

PALIN PARENT-CHILD INTERACTION THERAPY

– BEHANDLINGSPROGRAMMETS Plass i den stammeLOGOPEDISKE VERKTØYKASSEN

«Palin Parent-Child Interaction therapy» (PCI) er et behandlingsprogram utviklet ved «The Michael Palin Centre For Stammering Children», for barn opp til 7 år. Artikkelen tar for seg hvilken rolle PCI kan ha i den stammeLOGOPEDISKE verktøykassen, dette basert på erfaringene til fem svenske logopeders sertifisert i bruk av PCI. Da behandlingsprogrammet synes å være lite utbredt i Norge, har det vært nødvendig å oppsøke svenske logopeders ettersom PCI virker å være mer brukt i Sverige.



Tommy Olsen

Logoped i pedagogisk-psykologisk tjeneste, Oslo kommune. Kurset i Palin Parent-Child Interaction therapy ved Michael Palin senteret.

Skrev masteroppgave om logopeders opplevelse av foreldresamarbeidet ved bruk av «Palin Parent-Child Interaction therapy» (PCI) for førskolebarn som stammer.

Epost:

tommy.olsen@ude.oslo.kommune.no

INSPIRASJONEN TIL DENNE ARTIKKELEN

Bakgrunnen for denne artikkelen er min masteroppgave som omhandlet svenske logopeders erfaringer med foreldresamarbeidet ved bruk av PCI. Det ble benyttet en kvalitativ tilnærming med oppsøkende intervju som metode. Jeg intervjuet fem logopeders, hvorav fire var ansatt ved offentlige logopedmottagninger, mens en hadde egen privat praksis. Selv om fokuset var deres erfaringer med foreldresamarbeidet, fikk jeg også mye nyttig informasjon om hvilken rolle PCI har i deres behandlingsrepertoar. Da behandlingen synes å være lite utbredt i Norge, synes jeg det er viktig å vise PCI sin rolle i behandling av svenske førskolebarn. Dette kan forhåpentligvis bidra til økt kjennskap til PCI-behandlingen, samt refleksjon rundt vår egen praksis.

MÅLSETNINGER OG TEORETISK UTGANGSPUNKT

Behandlingen er ment for barn opp til 7 år (Botterill & Kelman, 2010) og har som mål å øke foreldrenes kunnskap om stammingen og forståelsen av hva som påvirker den, samt øke deres selvtryllit til å forholde seg til stammingen på en måte som støtter barnets taleflyt. Dette kan omtales som å øke deres evne til håndtering. Et annet mål som henger nært sammen med dette, og som

derfor ikke kan ses separat, er å redusere foreldrenes angst og bekymring for stammingen. Som et sluttprodukt er det også et mål at barnet skal redusere stammingen betraktelig, men dette er ikke det primære målet (Botterill & Kelman, 2010; Kelman & Nicholas, 2008). PCI skiller seg her fra «The Lidcombe Program for Preschool Children Who Stutter» ved at Lidcombe har full eller tilnærmet full taleflyt som sitt primære mål (Harrison & Onslow, 2010; Onslow & Millard, 2012). Begge behandlingene tar for seg omtrent samme aldersgruppe, da Lidcombe er ment for barn opp til 6 år (Onslow, Packman & Harrison, 2003).

PCI bygger på «den multifaktoriske modellen» utviklet ved Michael Palin senteret i London. Denne viser til fysiologiske faktorer, faktorer knyttet til språk og tale, miljømessige faktorer og psykologiske faktorer. Disse faktorene fremstilles som samvirkende og viser slik at stammestart og stammeutvikling kan influeres av flere forhold (Kelman & Nicholas, 2008). Behandlingen synes imidlertid i vesentlig grad å bygge på «kapasitet og krav»-modellen, blant annet vist til av Starkweather, Gottwald og Halfond (1990). Gjennom PCI skal logopeden hjelpe foreldrene å se hva de *allerede* gjør i samspill med barnet som bidrar til å øke barnets taleflyt. Behandlingen er

således å anse som indirekte ved at logopeden ikke arbeider med selve barnet, men foreldrene. Den kan allikevel også integrere mer direkte behandlingsstrategier om nødvendig (Kelman & Nicholas, 2008).

BEHANDLINGENS OPPBYGNING

Behandlingen er både indirekte og direkte. Man vil alltid gjennomføre 12 uker med indirekte behandling, mens direkte tiltak, altså mer arbeid med selve stammeatferden, kun er nødvendig om stammingen ikke er tilfredsstillende redusert. Slik er det ikke helt riktig å omtale PCI som både indirekte og direkte, da det kan være nok med den indirekte komponenten. De første seks ukene foregår som ukentlige «økter» hos logoped, mens de seks resterende ukene er «hjemmebaserte» hvor logoped følger opp foreldrene over telefon eller e-post. Foreldrene får også ukentlige hjemmeoppgaver. Den indirekte behandlingskomponenten innebærer anvendelse av interaksjons- og familierstrategier.

Interaksjonsstrategier

Interaksjonsstrategier går ut på å hjelpe foreldrene til å bli bevisste på hva som fremmer barnets taleflyt når forelder og barn samspiller. Kelman og Nicholas (2008) har identifisert en rekke slike interaksjonsstrategier som alle har sin teoretiske forankring. Eksempler på slike er: å følge barnets initiativ i lek, i større grad kommentere fremfor å stille spørsmål, senke talehastigheten og ikke benytte for komplekst språk. Hvilke interaksjonsstrategier man velger å fokusere på i den påfølgende uken, avhenger av hva man allerede identifiserer som anvendte samspillsmønstre. Hva foreldrene allerede gjør som støtter barnets taleflyt, er utgangspunkt for hvilke strategier man velger. Dette identifiseres primært gjennom bruk av videofilm og samtale omkring denne.

Familierstrategier

Familierstrategier er ikke nødvendigvis samspillsmønstre som direkte støtter barnets taleflyt, men forhold som omhandler familiens og barnets livssituasjon. Dette kan for eksempel være hjelp til å anvende to språk hjemme på en god og forutsigbar måte, eller øke barnets selvillit. Gjennom samtale med foreldrene vil logoped introdusere aktuelle familierstrategier for den enkelte familie. Det er imidlertid én strategi som alltid introduseres, nemlig «spesialtider». Det er i disse spesialtidene at foreldrene skal benytte seg av valgte interaksjonsstrategier.

«Special Times are central to Palin PCI. During Special Times parents focus on implementing their chosen interaction strategies, which we refer to as their «targets», to help the child's fluency. They also provide an opportunity for «quality time» for a child and a parent to spend together» (Kelman & Nicholas, 2008, s. 94).

Det bør gjennomføres omtrent fem slike spesialtider av hver forelder på en uke. De må imidlertid kunne binde seg til et antall som er realistisk. Spesialtidene skal ikke vare lengre enn fem minutter, hvilket er begrunnet med at det da er lettere å fokusere på interaksjonsstrategien, men også lettere å finne tid for gjennomføring (Kelman & Nicholas, 2008).

EVIDENS

I en effektstudie utført av Millard, Nicholas og Cook (2008) ble seks barn valgt ut for å se effekten av PCI-programmet. fire av seks hadde en familiehistorie med stamming og samtlige var under 5 år. Alle hadde stammet mer enn 12 måneder. De hadde ikke mottatt noen form for behandling de siste 12 månedene og ingen hadde lærevansker. Det var fire gutter og to jenter. Alle snakket engelsk og bodde hjemme med begge foreldrene. Med dette utgangspunkt startet PCI-behandling. Resultatene viste at stammingen ble redusert for fire av seks barn. For ett av de to barna som ikke opplevde vesentlig reduksjon ble stammingen kun redusert med én forelder. Mer direkte tiltak ble igangsatt for begge barna som ikke hadde hatt en tilfredsstillende stammereduksjon. Det ble konkludert med at PCI sin indirekte behandlingskomponent har effekt, men at det i enkelte tilfeller er nødvendig med mer direkte tilnærming. PCI sin effekt er også støttet i en senere studie av Millard, Edwards og Cook (2009). Her fant man også at foreldrene opplevde å være mer kunnskapsrike og selvsikre i å håndtere sitt barns stamming, samt at de var mindre bekymret enn før behandling startet.

KRITIKK

Evidens

Det er dokumentert at PCI har effekt både med tanke på stammereduksjon og å trygge foreldrene (jf. Millard et al., 2009; Millard et al., 2008). Det bør imidlertid være på det rene at disse effektstudiene er utført av personer nært knyttet til Michael Palin senteret selv, og heller ikke omfatter et stort antall kasus. Til sammen-

likning fremstår Lidcombe som et behandlingsprogram med tyngre evidensbasert grunnlag. Tanken bak evidensbasert praksis er at vår behandlingspraksis skal ha et faglig grunnlag, en faglig forklaring på hvorfor vi velger å gjøre akkurat dette (Haaland-Johansen, 2007). Slik skal vi tilby det som har påviselig effekt og ikke det som tilsynelatende ikke har det. Det blir derimot opp til den enkelte fagperson å forholde seg reflektert til den ulike forskningen. At noe har mindre evidens enn noe annet betyr ikke nødvendigvis manglende effekt. Kanskje betyr det heller at det er gjort for lite forskning eller at forskningen gir et feilaktig bilde (Haaland-Johansen, 2007).

Behandlingsopplegget

Onslow (Onslow & Millard, 2012) kritiserer PCI for å være individualisert i så stor grad at hver behandling i praksis er en helt ny behandling. Onslow påpeker også at PCI ikke er et adekvat behandlingsprogram for førskolebarn som stammer, dette på bakgrunn av at det godtar å avslutte behandling for barn som fortsatt stammer. Millard (Onslow & Millard, 2012) svarer til dette at det ikke er aktuelt å avslutte behandlingen for barn som har blokkeringer, forlengelser, press og/eller bekymring over taleflyten. Man avslutter heller ikke behandlingen om foreldrene ikke føler seg tryggere i situasjonen.

HVORFOR INFORMANTENE SERTIFISERTE SEG

Det er flere grunner til at informantene valgte å sertifisere seg i bruk av PCI, blant annet trakk de frem gode rykter og at behandlingen primært er indirekte. Noen av informantene viste også til at behandlingsprogrammet setter indirekte behandling inn i en tydeligere ramme og at behandlingen følgelig oppleves som mer «håndfast» og strukturert.

(...) de här råden som vi alltid ger... PCI är ju verkligen en fördjupning av dem råden ved att man verkligen ser till... istället för att man ger ett papper och säger «gör så här», så följer man och ser att man verkligen gör på det här viset, och det känns väldigt, väldigt bra tycker jag. Håndfast.

Jag hade ju läst om metoden så, tyckte att det verkade vara en väldigt smart sett att jobba på, liksom få mer struktur på dem här råden som vi hade gett till föräldrar innan också.

PCI synes altså å ha satt den indirekte behandlingen i form av veiledning av foreldre inn i en tydeligere og mer strukturert ramme. En av informantene opplevde også at å arbeide direkte med barnet uten særlig involvering av foreldre, ikke gav ønskede resultater. Foreldreinvolvering fremstår dermed som et viktig element i stammebehandling for førskolebarn, hvilket står sterkt både innenfor PCI og Lidcombe.

En naturlig del av det svenske behandlingstilbudet

PCI synes å være en naturlig del av det svenske stammebehandlingstilbudet for førskolebarn som stammer, og følgelig en nødvendig del av stammelopedisk kompetanse. Slik synes det ikke å være store motforestillinger mot et relativt svakt evidensgrunnlag. Det er som nevnt ikke slik at et svakt evidensgrunnlag er ensbetydende med lav effekt. Dette kan også være et resultat av for lite eller mangelfull forskning (Haaland-Johansen, 2007). Dette kan være tilfellet for PCI sitt vedkommende, nettopp fordi behandlingen synes å være brukt i såpass stor utstrekning at det er rimelig å anta at det ligger en evidens i den kliniske anvendelsen.

LOGOPEDENES OPPLEVELSE AV FORELDRENE UTVIKLING GJENNOM BEHANDLINGEN

Økt opplevelse av håndterbarhet

Det er dokumentert at foreldre føler seg mer kunnskapsrike og selvsikre i å håndtere sitt barns stamming etter PCI (Millard, Edwards, & Cook, 2009). Dette kommer også til uttrykk hos de svenske informantene.

(...) Å sen också att jag tycker att det är en bra metod att börja med för att jag tycker det är bra att alla föräldra till barn som stammar har denne kunskapen, för att PCI blir jo som et slags kurs i stamning på ett sätt. Man lärar sig så mycket liksom, så att det händer nesten aldrig att jag väljer Lidcombe först (...)

For at foreldrene skal oppleve en økt håndterbarhet, blir kunnskap og forståelse trukket frem som viktige elementer. En slik kunnskap innebærer bevissthet rundt hva som påvirker stammingen.

Hela behandlingen syftar ju till att göra föräldrarna medvetna om hur omgivningen påverkar barnet, så att säga.

Informantene var imidlertid av noe ulike oppfatninger når det kom til hvordan foreldrene ervervet seg denne kunnskapen. Noen la vekt på logopedens informasjonsformidling rundt årsak og påvirkende mekanismer, mens andre trakk frem foreldrenes bakgrunn og hva de hadde i «bagasjen». Informantene som vektla «kunnskap dem har från innan», la spesielt vekt på foreldrenes evne til å reflektere over egen atferd. Foreldrenes evne til å analysere egen atferd og drøfte hvordan denne påvirker interaksjonen med barnet, oppleves som viktig for hvordan de tar rollen som aktive medbehandlere.

Forståelse av barnets stamming blir også trukket frem som viktig med tanke på foreldrenes opplevelse av «meningsfullhet».

Jag tror att lägga grunden med information om stamning och att dem ska förstå stamningens mekanismer, har betydelse. Annars kommer man inte förstå kopplingen mellan det här «stamningens mekanismer» och «vilken roll spelar det vad jag gör».

Kunnskapen og forståelsen av barnets stamming, samt hvordan foreldrenes egen atferd påvirkes av denne forståelsen, kan sies å manifestere seg i deres holdninger til stammingen. Dette trekkes frem som deres «forhållningssätt». Jeg har tolket dette begrepet til å omfatte selve holdningene til et fenomen, men også hvordan disse påvirker måten vi *forholder* oss til dette fenomenet.

(...) jag tycker att det är så viktigt att föräldre till små barn förstår hur deras eget förhållningssätt kan påverka barnet.

Økt følelse av trygghet

I tillegg til å øke foreldrenes evne til å håndtere barnets stamming, har behandlingen som mål å redusere deres angst og bekymring overfor stammingen, altså hjelpe dem å oppnå en økt opplevelse av trygghet i situasjonen.

(...) altså alla föräldrar sku jag nästan säga, om man utvärderar efter behandlingens slut, så säger alla föräldrar att dem är... att dem kan mer om stamning, och nästan alla känner sig mindre oroliga för stamningen. Så det tycker jag är en verkligen styrke, att föräldrarna lärar sig mer om stamning, att dem kan mer, att dem känner sig lugnare och mer kompetenta efteråt (...)

Om foreldrene kjenner seg usikre på hvordan de skal forholde seg til barnets stamming kan dette påvirke samspillet mellom dem og barnet. Dette kan igjen bidra til å påvirke stammingen negativt. At foreldrene gjennom PCI tilegner seg økt kunnskap om stamming, og følgelig økt trygghet, gjør at de kan påvirke samspillet på en måte som støtter barnets taleflyt. Slik er trygghet i situasjonen en nødvendighet for å føle økt evne til håndtering, og omvendt. Følgelig kan ikke de to målene ses separat. I likhet med opplevelse av økt håndterbarhet er også reduksjon av bekymring og angst et dokumentert utfall (Millard et al., 2009).

Samtlige informanter trakk på ulike måter frem en behandlingsprosess der foreldrene myndiggjøres og tar «eierskap» til kliniske avgjørelser, for eksempel ved å finne interaksjonsstrategier de skal anvende i spesialtidene. Denne myndiggjøringsprosessen er også med på å styrke foreldrenes trygghet og følelse av håndterbarhet.

Föräldrarna känner sig stärkt för de får veta att dem faktiskt kan påverka stamningen och ser det svart på vitt på filmen.

Bruk av videoopptak av samspill mellom forelder og barn er her et fasiliterende virkemiddel. Dette synes derimot ikke å være helt nytt i stammebehandling av førskolebarn, da også Gottwald (2010) trekker frem dette som et nyttig virkemiddel for foreldreinvolvering.

VALGET MELLOM PCI, LIDCOMBE OG STAMMEMODIFISERENDE BEHANDLING Barnets alder

Samtlige informanter gav uttrykk for å velge PCI fremfor Lidcombe når de behandlet førskolebarn. Denne vurderingen ble primært gjort på grunnlag av barnets alder. I PCI-manualen av Kelman og Nicholas (2008) fremgår det at behandlingen kan brukes på barn opp til 7 år. Dette virker derimot ikke å være tilfellet blant informantene, da de synes å begrense anvendelsen til i underkant av 5 års alder. Etter dette gir de uttrykk for heller å igangsette Lidcombe eller stammemodifiserende behandling. Interessant nok er det heller ikke evidens for behandlingens effekt på barn eldre enn 4,11 år, da de to evidensstudiene ikke tar for seg barn eldre enn dette. En effekt for barn eldre enn 5 år synes dermed å være mer teoretisk.

(...) så att det händer nesten aldrig att jag väljer Lidcombe först. Det är i så fall när barnen är stora när de kommer, om de är nesten 6, att det är lite bråttom med å starte Lidcombe.

Å velge Lidcombe når barnet er over 5 år er et valg basert på behandlingenes effekt. Informantene opplever Lidcombe svært effektiv for å redusere barnets stamming betraktelig. PCI kan også redusere stammingen mye, men logopedene opplever at reduksjonen kan være lavere og mindre stabil.

Det blir olika resultat med behandlingarna. Lidcombe har en annan målsättning än PCI har. Lidcombe har jo som mål att man ska sluta stamma och PCI minskar stamningen jättemycket, men inte att man slutar stamma. Och har man då bara én chans å ge en behandling, då kanske man måste ta Lidcombe då.

Denne behandlingsplanen er ganske rett frem. Man starter med PCI sin indirekte komponent, og om dette ikke er tilfredsstillende går man videre til Lidcombe, mer stammemodifiserende tiltak, eller for eksempel PCI sin egen direkte tiltakspakke. Allikevel er det interessant hvorfor informantene ikke holder seg til Lidcombe, i og med at de opplever denne behandlingen som svært effektiv. Hvorfor er PCI spesielt egnet for de yngre førskolebarna?

Behandlingenes mål

Informantene opplever at foreldrene i større grad enn ved bruk av Lidcombe, får en «plattform» å stå videre på. Ut fra informantenes svar synes denne plattformen å bestå av økte ferdigheter til å håndtere stammingen, samt økt trygghet til å gjøre dette. Denne tryggheten bygges opp gjennom økt selvtillit på at man kan støtte barnets taleflyt. Denne selvtilliten avhenger mye av måten foreldrene involveres i sitt barns behandling. Informantene opplever at behandlingens fokus på det foreldrene allerede gjør bra, involverer foreldrene på en annen måte enn Lidcombe gjør. I denne prosessen myndiggjøres foreldrene i behandlingen, altså at ansvaret for behandlingen overføres fra logoped til forelder (Askheim, 2003). En slik maktoverføring omtales ofte som «empowerment» (Askheim, 2003) og er grunnleggende både i Lidcombe og PCI, men på litt ulik måte. I Lidcombe er det riktignok foreldrene som har

ansvaret for å utføre behandlingen, men i PCI skal de i tillegg selv analysere egen atferd og finne passende interaksjonsstrategier. Dette er med på å hjelpe dem å etablere en plattform for å håndtere barnets stamming. Man kan også se det slik at denne plattformen er nødvendig ettersom PCI ofte ikke fjerner stammingen helt. Den gir da foreldrene verktøy for å forholde seg til stammingen og videre støtte barnets taleflyt, uavhengig av om stammingen forsvinner eller vedvarer inn i ungdomsårene. Informantene viser til at denne verktøykassen også er nyttig om man senere velger å benytte Lidcombe. En slik plattform er ikke like fremtredende i Lidcombe, da logopeden synes å ha en mer styrende rolle i behandlingen og i større grad veileder foreldrene i utførelsen. Kanskje er en liknende plattform heller ikke ansett som like nødvendig i Lidcombe, da målet er at stammingen skal være betydelig redusert eller fjernet ved behandlings-slutt.

Ressurser

I tillegg til at PCI gir foreldrene verktøy for å forholde seg til barnets stamming og at det derfor er ønskelig å anvende før Lidcombe, handler det også om hvilke ressurser de to behandlingene utløser. Da det er sterkt ønskelig at begge foreldrene er deltakende i PCI (Kelman & Nicholas, 2008), mens det i Lidcombe er én forelder som utfører behandlingen (Onslow, Packman, & Harrison, 2003), virker det som at informantene mer viser til behandlingens varighet enn grad av krav til foreldrenes oppmøte og deltakelse. En av informantene trekker også frem behovet for tolketjeneste.

Jag har haft lite PCI med tolk, till exempel, men ofta tycker jag att om man väljer mellan Lidcombe och PCI, så tycker jag personligt att det är lättare med PCI för att det är inte alltid man behöver tolk där i samma utsträckning. Har man Lidcombe behöver man alltid tolk, men har man PCI så kan man oftast... förstår dem här kommunikationsmönstren även utan översättning

(...) fördelen med PCI är jo att det är ganska avgränsad, att det är dessa 12 veckorna. Det är först 6 veckor i kliniken och sedan 6 veckor hemtrentning. Det är inte så som LP, som kan pågå jätte, jätte länge.

En informant trekker også frem at det er liten risiko for at foreldrene gjør noe «feil» ved bruk av PCI, i motset-

ning til om de anvender Lidcombe. Selv om noen av informantene knyttet et vellykket utfall av behandlingen nært opp mot deres overvåkning av at foreldrene gjorde sine hjemmeoppgaver, vil barnet som regel ikke reagere negativt på behandlingen. En av informantene sier imidlertid at dette kan være tilfellet ved Lidcombe om foreldrene utfører behandlingen feil. Slik virker det som at informantene opplever PCI som mer «lavterskel» enn Lidcombe, og at Lidcombe bør vurderes om PCI ikke har hatt tilstrekkelig effekt.

Det är alltid svårt och det är det lika med PCI och Lidcombe, eftersom det ligger så mycket på föräldrarna. Man kan aldrig säkert veta vad dem gör för nåt eftersom man inte är med. I Lidcombe kan det vara fara för att det blir helt fel. I PCI så ser jag ingen fara i det hela. Det är oftast så att dem inte har gjort det isåfall.

(...) så berättar jag lite grann för dem att jag brukar alltid starta med PCI när det gäller barn under 4 år på grund av att... på grund av olika faktorer... för det första kan det vara så att barnet är inne i en fas eller har en stamning som kommer att klinga av och försvinne av sig själv. Då finns det liksom ingen anledning å gå på med det tunga artilleriet, altså med Lidcombe, för det kräver mycket större insats, så att säga.

En nyansering

Selv om kjernen i informantenes svar synes å være at PCI er å foretrekke før Lidcombe når det kommer til stammebehandling for førskolebarn, trakk en av informantene frem et poeng jeg synes det er viktig å ha i bakhodet.

Men jag tror så här att det finns inte en behandlingsmetod som är perfekt och passar till alla, utan man måste ha flera å ta av och sen, ut från vad det här barnet behöver just nu, det är det man ska jobba med. Så jag tror aldrig man kan säga att «jag ska bara ha PCI, jag ska bara ha...», utan man behöver et brett spektrum som man kan välja från, så att det blir så bra som möjligt.

OPPSUMMERING

- Palin Parent-Child Interaction therapy (PCI) er et behandlingsprogram for førskolebarn opp til 7 år som stammer
- Behandlingens mål er å (1) øke foreldrenes kunnskap om stamming og hva som påvirker den, (2) øke deres selvillit til å forholde seg til stammingen, samt (3) redusere deres angst og bekymring
- PCI setter krav til foreldredeltakelse og foreldreinvolvering, hvilket innebærer ukentlige økter hos logoped, samt hjemmeoppgaver
- Behandlingen er bestående av en indirekte og direkte behandlingskomponent. Den direkte tiltakspakken vil kun være nødvendig om stammingen ikke er tilfredsstillende redusert etter indirekte behandling. Informantene supplerer imidlertid heller med Lidcombe i slike tilfeller.
- PCI godtar at det er igjen noe stamming, men den skal da være forholdsvis mild, samt at foreldrene ikke skal føle seg bekymret
- Informantene velger PCI som første behandlingsprogram da de opplever at dette gir foreldrene en plattform av kunnskap og trygghet til å forholde seg til stammingen på en måte som støtter barnets taleflyt. Denne plattformen er uansett gunstig om barnet slutter å stamme, om man går videre med Lidcombe eller stammemodifiserende behandling, og eventuelt om stammingen vedvarer inn i ungdomsårene. PCI oppleves også som noe mindre ressurskrevende enn Lidcombe. Lidcombe omtales som «tyngre skyts»

LITTERATUR

- Askheim, Ole Petter. (2003). *Fra normalisering til empowerment: ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Botterill, Willie, & Kelman, Elaine. (2010). Palin Parent-Child Interaction. I R. J. McCauley & B. Guitar (Red.), *Treatment of stuttering: established and emerging interventions* (s. XI, 448 s. : ill.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Gottwald, Sherly R. (2010). Stuttering Prevention and Early Intervention: A Multidimensional Approach. I R. J. McCauley & B. Guitar (Red.), *Treatment of stuttering: established and emerging interventions* (s. XI, 448 s. : ill.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Haaland-Johansen, Line. (2007). Evidensbasert praksis – av interesse for norsk logopedi? *Norsk tidsskrift for logopedi* 53(2).
- Harrison, Elisabeth, & Onslow, Mark. (2010). The Lidcombe Program for Preschool Children Who Stutter. I R. J. McCauley & B. Guitar (Red.), *Treatment of stuttering: established and emerging interventions*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kelman, Elaine, & Nicholas, Alison. (2008). *Practical Intervention for Early Childhood Stammering: palin PCI approach*. Milton Keynes, UK: Speechmark Publishing.
- Millard, Sharon K, Edwards, Susan, & Cook, Frances M. (2009). Parent-child interaction therapy: Adding to the evidence. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 11(1), 61-76.
- Millard, Sharon K, Nicholas, Alison, & Cook, Frances M. (2008). Is parent-child interaction therapy effective in reducing stuttering? *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 51(3), 636.
- Onslow, Mark, & Millard, Sharon. (2012). Palin Parent Child Interaction and the Lidcombe Program: Clarifying some issues. *Journal of fluency disorders*, 37(1), 1-8.
- Onslow, Mark, Packman, Ann, & Harrison, Elisabeth. (2003). *Lidcombe program of early stuttering intervention: a clinician's guide*. Austin, Tex.: Pro-Ed.
- Starkweather, C. Woodruff, Gottwald, Sherly Ridener & Halfond, Murray M. (1990). *Stuttering prevention: a clinical method*. New Jersey: Prentice Hall.