

Tom 2

# ZABURZENIA PŁYNNNOŚCI MOWY

– teoria i praktyka

pod redakcją  
Katarzyny Węsierskiej i Mikołaja Witkowskiego



WYDAWNICTWO  
UNIWERSYTETU ŚLĄSKIEGO

Sukces w terapii oznacza, że osoby z jąkaniami nie używają już pojęcia „jąkanie”, definiując to, kim są, że potrafią radzić sobie z jawnymi i ukrytymi objawami niepełności i że prowadzą pełne, bogate i znaczące życie, niezależnie od tego, czy się jękają, czy nie.

Rachel Everard

Sukces – to nie czuć ograniczeń w związku ze swoim sposobem mówienia. Znać i rozumieć sposób funkcjonowania swojego organizmu (aparatu mowy). Odczuwać spokój podczas mówienia, czerpać radość z komunikowania się, a także rozumieć reakcje rozmówcy, słuchacza i umieć rozmawiać o niepełności bez skrępowania.

Zdzisław Gładysz

Cele terapii jąkania zmieniają się wraz z wiekiem. W dzieciństwie istnieje realna szansa na całkowite ustąpienie objawów jąkania i dlatego też może to być celem terapii. W przypadku osób dorosłych szansa ta jest niewielka i dlatego ustąpienie objawów nie powinno być głównym celem terapii, by nie budzić fałszywych nadziei.

Tobias Haase



# **ZABURZENIA PŁYNNOŚCI MOWY**

– teoria i praktyka

**Tom 2**

Prace Naukowe



Uniwersytetu Śląskiego  
w Katowicach  
nr 3901



Tom 2

**ZABURZENIA  
PŁYNNNOŚCI  
MOWY**

– teoria i praktyka

pod redakcją  
Katarzyny Węsierskiej i Mikołaja Witkowskiego

Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego • Katowice 2020

Redaktor serii: Językoznawstwo Polonistyczne

**Mirosława Siuciak**

Recenzenci tomu:

Dr hab. Mirosław Michalik profesor Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie, Polska

Kurt Eggers, PhD., Thomas More University College, Belgia

Suzana Jelčić Jakšić, Ph.D., SLP, EFS, Children's Hospital in Zagreb, Chorwacja

Marilyn Langevin, PhD., CCC-SLP, University of Alberta, Kanada

R. Sertan Ozdemir, PhD, Istanbul Medipol University, Turcja

Martine Vanryckeghem, Ph.D., CCC-SLP University of Central Florida, USA

## Spis treści

|   |    |
|---|----|
| Wstęp . . . . .   | 9  |
| Paul Blanchet, Aleksandra Boroń, Grzegorz Chmielewski, Rachel Everard, Tobias Haase, Zdzisław Gładosz, Lucyna Jankowska-Szafarska, Benny Ravid, Kenneth O. St. Louis, Katarzyna Węsierska |    |
| Sukces w terapii jąkania – czym jest i jak go osiągnąć – opinie „podwójnych ekspertów” . . . . .  | 13 |
| Success in stuttering therapy – what is it and how to achieve it – opinions of ‘double experts’ . . . . .   | 13 |

### Część 1

#### Logopedia oparta na dowodach – doniesienia z badań

|  |     |
|--|-----|
| Tomasz Woźniak   |     |
| Zaburzenia płynności mowy – stan badań i praktyki logopedycznej na początku XXI wieku . . . . .                              | 35  |
| Fluency disorders: the state of research and speech-language therapy practice at the beginning of the 21st century . . . . . | 35  |
| Ehud Yairi, Nicoline Ambrose   |     |
| Epidemiologia jąkania – postępy w badaniach naukowych w XXI wieku . . . . .  | 51  |
| Epidemiology of stuttering: 21st century advances . . . . .  | 51  |
| Kurt Eggers  |     |
| Funkcje wykonawcze w jąkaniu wczesnodziecięcym – przegląd badań . . . . .  | 99  |
| Executive functioning in childhood stuttering: An overview . . . . .   | 99  |
| Trudy Stewart  |     |
| Eksperyment społeczny „Unspoken” – wykorzystanie sztuki teatralnej w celu zmiany postaw wobec jąkania . . . . .              | 117 |
| “Unspoken”: A social experiment in changing theatre audiences’ attitudes to stammering . . . . .                             | 117 |



## 6 Spis treści

|   |     |
|---|-----|
| Aleksandra Boroń, Katarzyna Węsierska, Joseph Agius   |     |
| Wczesna interwencja w jąkananiu na świecie w świetle wyników międzynarodowego sondażu diagnostycznego . . . . . | 133 |
| Early intervention for stuttering children around the world. Results of an international survey . . . . .       | 133 |

### **Część 2**

#### **Perspektywa klienta, różne odsłony terapii**

|   |     |
|---|-----|
| Julia Dziukiewicz   |     |
| Jakość życia dziecka jąkającego się – analiza przypadku w kontekście funkcjonowania psychospołecznego . . . . .   | 153 |
| Quality of life of a child who stutters – a case study in the context of psychosocial functioning . . . . .   | 153 |
| Anna Szerszeńska  |     |
| Aspekt dwujęzyczności w pracy z dzieckiem jąkającym się . . . . .   | 177 |
| The aspect of bilingualism in therapy with a child who stutters . . . . .   | 177 |
| Mieczysław Chęciek, Edwin Bazański  |     |
| Objawy nie płynności mówienia u osób dorosłych oraz propozycje terapeutyczne z użyciem strategii „mówienia bardziej płynnego” – studia przypadków . . . . . | 189 |
| Symptoms of speech dysfluency in adults and therapy suggestions for implementing the “fluency shaping” strategy – case studies . . . . .                    | 189 |
| Selma Saad-Merouwe  |     |
| Terapia dopasowana do potrzeb osoby jąkającej się – studium przypadku . . . . .   | 205 |
| Tailoring the treatment to the needs of the person who stutters – based on a clinical case study . . . . .  | 205 |
| Donatella Tomaiuoli, Francesca del Gado   |     |
| MIDA-SP – program wielowymiarowej, zintegrowanej, zróżnicowanej terapii jąkania z wykorzystaniem sztuki . . . . .   | 223 |
| Using MIDA-SP – a multidimensional, integrated, differentiated art program – with people who stutter . . . . .  | 223 |

### **Część 3**

#### **Perspektywa terapeuty – wiedza, kompetencje, umiejętności i doświadczenie**

|   |     |
|---|-----|
| Aleksandra Krawczyk   |     |
| Rozważania etyczne w badaniach i praktyce logopedycznej w zaburzeniach płynności mowy . . . . . | 235 |

|  |     |
|--|-----|
| Consideration of Ethics in Research and Practice for Speech-Language Therapists<br>in Fluency Disorders . . . . .  | 235 |
| Maria Fańciszevska   |     |
| Diagnoza funkcjonalna dziecka jękającego się w wieku szkolnym . . . . .  | 245 |
| Functional diagnosis of a school-age child who stutters . . . . .  | 245 |
| Lucyna Jankowska-Szafarska   |     |
| Wzmacnianie poczucia sprawstwa i samoakceptacji w terapii modyfikacji utrwa-<br>lonego jękania . . . . .   | 255 |
| Self-efficacy and acceptance in modification therapy for confirmed stutterers . . . . .  | 255 |
| Justyna Solecka-Głodek   |     |
| Budowanie relacji terapeutycznej w terapii jękania – kompetencje i umiejętności<br>balbutologpedy. . . . .   | 267 |
| Developing the therapeutic relationship during treatment of stuttering – compe-<br>tences and skills of the Speech Language-Therapist – fluency specialist . . . . . | 267 |
| Aleksandra Jastrzębowska-Jasińska  |     |
| Coaching kluczem do motywacji w terapii jękania u osób dorosłych . . . . .   | 275 |
| Coaching as a key to motivation in the stuttering therapy with adults . . . . .  | 275 |



## Wstęp

Unikalna zdolność logopedy do wspomagania procesu zmiany oraz pomagania osobom jękającym się i ich rodzinom w uświadomieniu sobie tkwiącego w nich potencjału obsadza terapeutę w podwójnej roli: oświeconego świadka i anioła stróża.

D. Shapiro, 1999

Zaburzenia płynności mowy, takie jak jękanie, gielkot czy inne formy utrudnień w komunikowaniu się o podłożu organicznym, neurogenym, czy psychogenym, wciąż wzbudzają lęk – nie tylko u osób postronnych, ale także często wśród profesjonalistów. Zarówno wyniki badań prowadzonych w różnych miejscach na świecie (m.in. w ramach ogólnoswiatowego projektu badawczego *IPATHA – International Project on Attitudes Toward Human Attributes*), jak i opinie logopedów praktyków potwierdzają, że zagadnienia związane z zaburzeniami płynności mowy są postrzegane jako trudne, kontrowersyjne i wciąż niezbadane. Wiąże się z tym traktowanie tych zjawisk z dużą rezerwą. Z ust logopedów można czasem usłyszeć: „Nie zajmuję się jękaniami, to za trudne”, czy też pytanie, niemal sugestię: „To chyba zadanie dla psychologów, a nie dla logopedów?!”. Tym niemniej zarówno w polskiej, jak i w światowej logopedii w tym zakresie dzieje się bardzo wiele, stale podejmowane są badania nad zaburzeniami płynności mowy, których wyniki publikowane są na bieżąco w różnych logopedycznych periodykach (co więcej balbutologopedia, jako jedna z nielicznych subdyscyplin logopedii, może pochwalić się specjalistycznym czasopismem – *Journal of Fluency Disorders*, w którym publikowane są prace z tego zakresu). Na całym świecie cyklicznie organizowane są specjalistyczne konferencje poświęcone wyłącznie tej tematyce, by wymienić tylko kilka: Oxford Dysfluency Conference (Wielka Brytania), Conference on Stuttering (Włochy), The Stuttering Croatia Clinical Symposium (Chorwacja) czy też organizowana w Polsce na Uniwersytecie Śląskim Międzynarodowa Konferencja Logopedyczna „Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka”. Wciąż jednak zaburzenia płynności mowy są postrzegane niemal jak upiory, które straszą na logopedycznych włościach. Wydaje się, że ta niezwykle fascynująca tematyka zasługuje na odczarowanie. Kolejny, drugi tom w serii *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka* wychodzi takim postulatom naprze-

ciw. Redaktorzy tomu zaprosili do współpracy autorów prezentujących bardzo różne poglądy i środowiska, podjęli oni wysiłek zastosowania integrującego podejścia łączącego *Evidence-Based Practice (EBP)* – praktykę opartą na dowodach (faktach) z nieco jej zmodyfikowaną wersją, określaną niekiedy żartobliwie jako *practice-based evidence* – dowody (fakty) oparte na praktyce. W ten sposób w tomie zaakcentowano ważny światowy trend, rehabilitujący rolę indywidualnego doświadczenia logopedy/terapeuty oraz wartości klienta/pacjenta jako równoprawne z dowodami naukowymi czynniki w podejmowaniu decyzji klinicznych.

Już pierwszy tekst tego tomu jest emanacją podejścia ukierunkowanego na klienta/pacjenta (*client/patient-oriented model of intervention*). Artykuł *Sukces w terapii jąkania – czym jest i jak go osiągnąć – opinie „podwójnych ekspertów”* jest zapisem wywiadu na ten temat, który jego pomysłodawczyni przeprowadziła z osobami mającymi w ich mniemaniu największy mandat, aby wypowiadać się na ten temat – owymi podwójnymi ekspertami. Lektura tego ważnego artykułu, poznanie poglądów na temat skuteczności terapii jąkania tak wyjątkowych osób, jak Paul Blanchet, Grzegorz Chmielewski, Rachel Everard, Tobias Haase, Zdzisław Gładosz, Lucyna Jankowska-Szafarska, Benny Ravid czy Kenneth O. St. Louis, nikogo nie pozostawia obojętnym.

W części pierwszej tomu zatytułowanej *Logopedia oparta na dowodach – doniesienia z badań* znalazły się teksty które z jednej strony referują dotychczasowy stan badań prowadzonych na gruncie balbutologopedii lub też prezentują wyniki badań przeprowadzonych przez autorów. W tej części tomu znalazły się dwa ważne teksty poświęcone omówieniu stanu badań prowadzonych na gruncie balbutologopedii: autorstwa Tomasza Woźniaka pt. *Zaburzenia płynności mowy – stan badań i praktyki logopedycznej na początku XXI wieku* oraz Ehuda Yairi i Noline Ambrose pt. *Epidemiologia jąkania – postępy w badaniach naukowych w XXI wieku*. Kurt Eggers, belgijski badacz, a zarazem współtwórca niezwykle ważnej europejskiej inicjatywy akademickiej, jaką jest Europejska Kliniczna Specjalizacja Zaburzeń Płynności Mowy, jest autorem rozdziału, w którym dokonuje omówienia stanu badań nad funkcjami wykonawczymi w jąkanii wczesnodziecięcej. Kolejne rozdziały zostały przygotowane przez brytyjską autorkę Trudy Stewart i międzynarodowy polsko-maltański zespół badaczy: Josepha Agiusa, Aleksandrę Boroń i Katarzynę Węsierską, którzy opisują w nich wyniki badań własnych. Na tym tle bardzo ciekawie prezentuje się zwłaszcza tekst autorstwa wymienionej już wyżej wybitnej brytyjskiej logopedki i badaczki Trudy Stewart, który traktuje o możliwości zmiany postaw wobec jąkania za pomocą medium, jakim jest teatr. Niezaprzeczalną jego wartością, szczególnie w kontekście całej publikacji, do której tekst ten został włączony, jest opis i analiza reakcji publiczności nie tylko na spektakl, ale i – poprzez spektakl – na zjawisko jąkania w ogóle. Artykuł jest tym bardziej ważny i wartościowy, że obecnie trwają prace nad przygotowaniem filmowej polskiej wersji tej wyjątkowej sztuki teatralnej noszącej wymowny tytuł *Niewypowiedziane (Unspoken)*. Z kolei rozdział autorstwa Boroń, Węsierskiej i Agiusa referuje wyniki międzynarodowego sondażu diagno-

stycznego, którym rozpoznawano stan opieki logopedycznej w różnych krajach na świecie w przypadku jąkania wczesnodziecięcego.

Część druga tomu zatytułowana *Perspektywa klienta, różne odśłony terapii* została poświęcona prezentacji zagadnień klinicznych z uwzględnieniem perspektywy klienta, pacjenta. W tej części znalazły się teksty prezentujące różne podejścia terapeutyczne. Rozdział przygotowany przez Julię Dziukiewicz jest analizą zagadnienia jakości życia dziecka jąkającego się w kontekście jego funkcjonowania psychospołecznego. Aspekt dwujęzyczności w pracy z dzieckiem jąkającym się to temat kolejnego rozdziału przygotowanego przez polską absolwentkę Europejskiej Klinicznej Specjalizacji Zaburzeń Płynności Mowy Annę Szerszeńską. Mieczysław Chęciek wraz z Edwinem Bażańskim, wykorzystując metodę studium przypadków, nakreślają natomiast szerokie konteksty związane z zaburzeniami płynności mówienia u osób dorosłych oraz formułują konkretne wskazania do terapii z wykorzystaniem jako dominującego podejścia metody kształtowania płynności mówienia, tzw. mówienia bardziej płynnego. Libańska logopedka Selma Saad-Merouwe w swoim studium przypadku pt. *Terapia dopasowana do potrzeb osoby jąkającej się* pokazuje, jak podążając za oczekiwaniami klienta i wychodząc naprzeciw jego potrzebom, można stosować terapię integrującą podejścia modyfikacji jąkania i mówienia bardziej płynnego. Tę część zamyka tekst autorstwa dwóch wybitnych włoskich badaczek i logopedek: Donatelli Tomaiuoli i Franceski del Gado. Możliwość zapoznania się z podejściem terapeutycznym stosowanym przez nie w rzymskim Centrum Terapii Jąkania – CRC-Balbusie będzie zapewne inspirującą lekturą dla wielu polskich czytelników. W artykule opisana została interesująca autorska metoda zróżnicowanej terapii jąkania z wykorzystaniem sztuki.

Ostatnia, trzecia część tomu zatytułowana *Perspektywa terapeuty – wiedza, kompetencje, umiejętności i doświadczenie* jest wielkim ukłonem w stronę klinicystów i ich działań na drodze do stawania się logopedą czy terapeutą, który jest wyposażony w aktualną i rzetelną wiedzę, jest silnie zmotywowany, a przy tym posiada wysokie kompetencje do wykonywania swojego zawodu. Co więcej, nie brak mu refleksyjności i gotowości do ciągłego uczenia się – także, a może przede wszystkim – od tych, którym w swojej pracy zawodowej stara się pomagać. Tę część tomu otwiera bardzo ważny, zwłaszcza w polskich realiach, tekst autorstwa Aleksandry Krawczyk zatytułowany *Rozważania etyczne w badaniach i praktyce logopedycznej w zaburzeniach płynności mowy*. W kolejnym rozdziale Maria Fańciszevska prezentuje możliwości wdrażania kompleksowej diagnozy jąkania u dziecka w wieku przedszkolnym i wczesnym wieku szkolnym. Lucyna Jankowska-Szafarska podejmuje natomiast bardzo głębokie rozważania na temat wzmacniania poczucia sprawstwa i samoakceptacji w terapii modyfikacji utrwalonego jąkania. Umiejętności interpersonalne wymagane od terapeuty zajmującego się zaburzeniami płynności oraz możliwości ich rozwijania analizuje Justyna Solecka-Głodek. Tom zamyka rozdział autorstwa Aleksandry Jastrzębowskiej-Jasińskiej noszący niezwykle optymistyczny tytuł: *Coaching kluczem do motywacji w terapii jąkania u osób dorosłych*.

Ta wieloautorska publikacja jest ważna i wyjątkowa z kilku powodów. Na kartach tej książki autorzy z jednej strony akcentują znaczenie gromadzenia i upowszechniania wiedzy opartej na zweryfikowanych empirycznie dowodach. Wielowymiarowość i złożoność zaburzeń płynności mowy manifestuje się z kolei poprzez podkreślanie znaczenia czynników społecznych, emocjonalnych i kognitywnych. W tomie tym została ukazana rola środowiska uwzględniająca oddziaływania z zakresu wczesnej interwencji, edukacji włączającej, także działań w tym zakresie podejmowanych z wykorzystaniem sztuki. Publikacją, którą polecamy Państwu uwadze, jest ważna także dlatego, że akcentuje to, o czym zapomnieć w logopedii nie wolno – że komunikacja jest narzędziem, a zarazem prawem każdego z nas. Każdy z nas ma prawo do korzystania z tego narzędzia w taki sposób, aby móc w pełni doświadczać radości komunikowania się i aby móc żyć pełnią życia – bez dobrej komunikacji to niezwykle trudne, a wręcz niewykonalne zadanie. David Shapiro, wybitny amerykański badacz i terapeuta, zarazem osoba jękająca się, pisząc o znaczeniu relacji terapeutycznej i uwarunkowaniach sukcesu w terapii, zatytułował jeden z podrozdziałów swojej książki *Logopeda jako anioł stróż (The clinician as a guardian angel)*<sup>1</sup>. Wydaje się, że uważna lektura artykułów zebranych w tym tomie pomoże czytelnikom spojrzeć na zagadnienia związane z jękaniami z nieco innej perspektywy, w której logopeda jest gotów się uczyć przez całe swoje życie, także od swoich klientów, pacjentów.

Wszystkim czytelnikom tego tomu życzymy owocnej lektury, dedykując zarazem słowa napisane u schyłku życia przez profesora Charlesa Van Ripera: *Uwielbiałem patrzeć na rozkwitające kwiaty, a zwłaszcza gdy rozkwitali ludzie...*

Katarzyna Węsierska i Mikołaj Witkowski

---

<sup>1</sup> D.A. Shapiro (1999). *Stuttering intervention: A collaborative journey to fluency freedom*. Austin, TX: Pro-Ed.

## Sukces w terapii jąkania – czym jest i jak go osiągnąć – opinie „podwójnych ekspertów”

Success in stuttering therapy – what is it and how to achieve it – opinions of ‘double experts’

Wierzę, że cele terapii w największym stopniu zależą od tego, czego poszukuje klient, i to ważne, by zrozumiał, że terapia może być czymś więcej niż tylko pracą nad poprawą płynności mowy<sup>1</sup>.

Rachel Everard

Niełatwo jest zdefiniować jednoznacznie pojęcie sukcesu w przypadku terapii jąkania. W potocznym rozumieniu tego problemu osoba jåkająca się powinna starać się całkowicie usunąć objawy niepłynności ze swej mowy i często takie efekty terapii są rzeczywiście oczekiwane. Istnieje duże prawdopodobieństwo ustąpienia jåkania u małych dzieci i w tej grupie wiekowej do tak rozumianego sukcesu może prowadzić np. odpowiednie postępowanie osób z otoczenia dziecka starających się ułatwić wystąpienie naturalnej remisji. Takie prawdopodobieństwo wraz z upływem czasu jednak maleje, a zatem całkowite wyeliminowanie objawów jåkania jako cel terapeutyczny wydaje się trudne do osiągnięcia. Co więc może być sukcesem terapeutycznym w przypadku tego zaburzenia płynności mowy i w jaki sposób można go osiągnąć?

O odpowiedź na te i wiele innych ważnych pytań zostali poproszeni znakomici eksperci: Paul Blanchet, Aleksandra Boroń, Grzegorz Chmielewski, Rachel Everard, Zdzisław Gładosz, Tobias Haase, Lucyna Jankowska-Szafarska, Benny Ravid i Kenneth O. St. Louis. Osoby zaproszone do tego panelu dyskusyjnego to z jednej strony wybitni specjaliści w zakresie terapii jåkania (logopedzi, profesorzy logopedii, psycholodzy, psychoterapeuci) oraz liderzy ruchu samopomocowego w Polsce, Anglii, Izraelu, Stanach Zjednoczonych i Niemczech. Z drugiej zaś strony wszyscy oni mają

---

<sup>1</sup> „I believe the goals of therapy are largely dependent on what the client is looking for and that it is important for them to understand that therapy can be so much more than working on improving fluency” [tłum. własne A.B., K.W.].



osobiste doświadczenia związane z jąkaniem – są osobami jękającymi się. Można uznać, że są oni „podwójnymi ekspertami” w dziedzinie terapii jąkania. Wypowiedzi tzw. podwójnych ekspertów, czyli osób jękających się, które zajmują się zawodowo lub społecznie niesieniem pomocy ludziom zmagającym się z zaburzeniami płynności mowy, mają szczególny wydźwięk. Wymowne jest to, że właśnie oni z uporem powtarzają, że przezwyciężanie jąkania to coś więcej niż tylko uzyskiwanie płynności mówienia. Z ich wypowiedzi można odczytać jasne przesłanie, że najważniejsza jest dobra komunikacja, pozwalająca na spełnianie się w różnych rolach, odnalezienie swojego własnego głosu, wypowiadanie się zawsze, gdy ma się na to ochotę – jękając się lub nie. Czuć się dobrze „we własnej skórze”, przejmować kontrolę nad swoim jąkaniem, mieć poczucie sprawstwa w swoim życiu – zdaniem zaproszonych do dyskusji panelistów to cele zarówno profesjonalnej interwencji terapeutycznej, jak i wsparcia uzyskiwanego w ramach grup samopomocy. Oto, co powiedzieli owi „podwójni eksperci”...

### **Uczestnicy panelu:**

**Paul Blanchet [P.B.]** – profesor na Uniwersytecie Baylor w USA i certyfikowany logopeda specjalizujący się w zaburzeniach płynności mowy. Jego obecne badania naukowe dotyczą percepcji i fizjologicznych reakcji słuchaczy na wypowiedzi osób z jąkaniem i gielkotem. Autor licznych publikacji naukowych, redaktor naukowy renomowanych czasopism (w tym *Journal of Fluency Disorders*). Od roku 2015 koordynuje działania współzałożonej przez niego grupy samopomocowej dla osób jękających – The Baylor University Stuttering Support Group.

**Aleksandra Boroń [A.B.]** – logopeda, specjalizuje się w problematyce zaburzeń płynności mowy u dzieci, ukończyła liczne szkolenia w tym zakresie w Polsce i w Niemczech. Stara się propagować wiedzę na ten temat poprzez publikowanie artykułów, prowadzenie warsztatów dla logopedów, nauczycieli, rodziców i opiekunów dzieci z jąkaniem. Autorka tłumaczenia z języka niemieckiego poradnika autorstwa Petera Schneidera pt. *Moje dziecko się jąka. Co mogę zrobić?* (Wyd. Centrum Logopedyczne, Katowice 2017). Laureatka Grantu im. prof. G.J. Bruttana w 2018 roku przyznanego za szczególne zasługi i zaangażowanie w dziedzinie zaburzeń płynności mowy w uznaniu podejmowanych przez nią wysiłków w celu szerzenia wiedzy i wymiany doświadczeń w tym zakresie.

**Grzegorz Chmielewski [G.C.]** – z wykształcenia psycholog, neurologopeda i oligofrenopedagog. Założyciel Fundacji „Powiemy To” i Niepublicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej „Powiemy To” im. S. Chmielewskiego. Specjalizuje się w terapii osób z zaburzeniami płynności w mowie, korzysta przy tym z osobistych doświadczeń. Od kilku lat aktywnie współpracuje z Ogólnopolskim Stowarzyszeniem Osób Jękających się „Ostoja” poprzez prowadzenie spotkań klubu „J” dla osób dorosłych oraz grupy

wsparcia dla rodziców dzieci z niepełnościami w mowie, udział w ogólnopolskich turnusach terapeutycznych i ogólnopolskich zjazdach osób jękających się.

**Rachel Everard [R.E.]** – wybitna brytyjska logopedka specjalizująca się w terapii jękania. Przez wiele lat pracowała w ośrodku City Lit w Londynie. W lutym roku 2019 powierzono jej prestiżową funkcję Service Director w British Stammering Association (BSA). Z BSA związana od wielu lat, początkowo jako podopieczna – w wieku 20 lat po raz pierwszy zwróciła się do organizacji o pomoc i wsparcie w związku z własnym jękaniami. Jest autorką licznych artykułów i prezentacji poświęconych problematyce jękania. Wspólnie z Carolyn Cheasman i Sam Simpson zredagowała publikację pt. *Stammering Therapy from the Inside. New Perspectives on Working with Young People and Adults*.

**Zdzisław Gładysz [Z.G.]** – prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Jękańcych się OSTOJA, od 2005 roku współorganizator wakacyjnych Turnusów Terapeutycznych dla osób jękańcych się, od 2002 roku organizator Ogólnopolskich Zjazdów Osób Jękańcych się. Inicjator powstania i od 1991 roku animator grupy wsparcia dla osób jękańcych się przy Specjalistycznej Poradni Psychoprofilaktyki i Terapii Rodzin w Lublinie, w latach 2001–2002 Klubu J w Lublinie działającego w ramach Polskiego Związku Jękańcych się. Autor artykułów prasowych, artykułów w czasopiśmie branżowych oraz na forach internetowych, wystąpień na konferencjach, gość audycji radiowych i telewizyjnych związanych z tematyką zaburzeń płynności mowy.

**Tobias Haase [T.H.]** – magister biochemii, pracuje w poradni dla osób z jękaniami i innymi zaburzeniami komunikacji pod nazwą Sprehraum (Przestrzeń dla Mowy) z siedzibą w Berlinie. Jest osobą, która jęka się od dzieciństwa. Od prawie 10 lat jest aktywnym członkiem ruchu samopomocowego dla osób jękańcych się w Niemczech. Stara się rozpowszechniać wiedzę na temat tego zaburzenia płynności mowy m.in. podczas wystąpień publicznych, a także udzielając wywiadów w mediach. Próbuje przekonać osoby z jękaniami do otwartego mówienia o własnych trudnościach w płynnym wypowiedzianiu się, zaakceptowania siebie jako osoby z jękaniami i aktywnego stawiania czoła problemom. Wraz z Philippo Smerillim jest współwydawcą zbioru tekstów różnego autorstwa pt. *„Ihr seid viel stärker als ihr denkt!“ – Texte zu positiven Aspekten des Stotterns* (Köln: Demosthenes Verlag, 2019)<sup>2</sup>.

**Lucyna Jankowska-Szafarska [L.J.-S.]** – psycholog kliniczny, nauczyciel akademicki. Pracuje w Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Babińskiego w Krakowie oraz prowadzi Gabinet Psychologa Klinicznego „Spotkanie”. Ma ponad 25-letnie doświadczenie w terapii osób jękańcych się. W przeszłości przedstawicielka Polskiego Związku Jękańcych się w Europejskiej Lidze Związków Jękańcych się (ELSA). Współprowadzi spotkania Grupy „J” w podejściu Charles’a Van Ripera działającej przy Instytucie

---

<sup>2</sup> Polska wersja tytułu brzmi: *Jesteście silniejsi, niż myślicie* [tłum. A. Boroń].

Psychologii UJ. Przetłumaczyła na język polski książkę autorstwa Carla W. Della *Terapia jąkania u dzieci w młodszy m wieku szkolnym (Treating the School Age Stutterer)*.

**Benny Ravid [B.R.]** – założyciel Izraelskiego Stowarzyszenia Osób Jąkających się (Israel Stuttering Association, AMBI), w latach 1999–2015 pełnił funkcję przewodniczącego tego stowarzyszenia. W latach 2007–2010 przewodniczący Międzynarodowego Stowarzyszenia Osób Jąkających się (International Stuttering Association). Obecnie honorowy przewodniczący AMBI, realizuje w ramach stowarzyszenia różne zadania, tj.: organizowanie konferencji, prowadzenie grup wsparcia, treningów z zakresu wystąpień publicznych, warsztatów i in. Wykłada ponadto w izraelskich szkołach wyższych, wdraża działania edukacyjne ukierunkowane na przyszłych logopedów dotyczące trudności, jakich doświadczają osoby jąkające się w życiu codziennym.

**Kenneth O. St. Louis [K.S.L.]** – twórca IPATHA (International Project on Attitudes Toward Human Attributes), emerytowany profesor West Virginia University w USA, współpracuje z badaczami z wielu krajów na świecie, zwłaszcza w zakresie badań nad społecznymi postawami wobec jąkania. Wyniki jego badań naukowych zaowocowały ponad 150 publikacjami i 300 prezentacjami. Wśród nagród, które otrzymał, jest między innymi ASHA Fellow oraz Nagroda im. Deso Weissa za wybitne osiągnięcia na polu badań nad gielkotem, Nagroda im. Claude’a Worthingtona Beneduma dla uznanych badaczy przyznawana przez UWV, Nagroda im. Ethel i Gerry’ego Heebinków za ofiarną służbę przyznawana przez jego macierzysty uniwersytet. Jest również laureatem nagrody za całokształt dokonań w pracy badawczej przyznanej przez International Fluency Association.

**Katarzyna Węsierska [K.W.]** – adiunkt na Uniwersytecie Śląskim; założyła i prowadzi Centrum Logopedyczne w Katowicach. W pracy naukowej i praktyce logopedycznej zajmuje się przede wszystkim zaburzeniami płynności mowy. Wspólnie z Izabelą Michtą koordynuje działania terapeutycznej grupy samopomocowej dla osób zmagających się z jąkaniem lub/i gielkotem działającej na UŚ. Jest coachem w ramach Europejskiej Klinicznej Specjalizacji Zaburzeń Płynności Mowy. Jest członkinią ASHA, the International Fluency Association (IFA) oraz International Cluttering Association (ICA) – w ICA pełni funkcję sekretarza i redaktora newslettera. W roku 2017 (Oxford, UK) została uhonorowana nagrodą im. Dave’a Rowleya przyznawaną za podejmowanie międzynarodowych inicjatyw w dziedzinie zaburzeń płynności mowy.

**Katarzyna Węsierska i Aleksandra Boroń [K.W. i A.B.]: Co dla Was prywatnie – w związku z Waszym własnym jąkaniem – oznacza sformułowanie „sukces w terapii jąkania”?**

**Rachel Everard [R.E.]:** Sukces oznacza taką pewność siebie, by móc otwarcie mówić o własnym jąkaniu. To zdolność do wyrażania siebie w pełni, w każdej sytuacji; zdolność do mówienia o sobie w zgodny z rzeczywistością, w pełen godności i nieprzepraszający sposób oraz umiejętność użycia strategii modyfikacji jąkania w celu

zmniejszenia napięcia i wysiłku podczas mówienia. Zmagalam się z ukrytą postacią jąkania i przez lata wierzyłam, że było ono kłopotliwym i wstydlivym sekretem, że należało go unikać za wszelką cenę. Po latach dzięki terapii otwarcie przyznaję się do jąkania i paradoksalnie obraca się to na dobre, bo nie byłabym osobą, którą obecnie jestem, i nie wykonywałabym pracy, którą wykonuję, gdyby nie jąkanie.

**Paul Blanchet [P.B.]:** Dla mnie sukces oznaczał dotarcie do punktu, w którym mogłam komunikować się wystarczająco skutecznie, aby osiągać moje cele (np. akademickie, zawodowe). Kiedy byłem młodszy, miarą „sukcesu” było dla mnie to, jak bardzo „byłem płynny” lub czy „normalnie” mówiłem. W końcu zdałem sobie sprawę, że nie było to ani realistyczne, ani też konieczne. To, co było realistyczne i konieczne, to znajdowanie okazji do mówienia niezależnie od tego, czy się jąkałem, czy nie. Jak na ironię, kiedy przestałem mieć obsesję na punkcie całkowitej płynności, zacząłem mówić płynniej.

**Tobias Haase [T.H.]:** Sukces w terapii jąkania oznacza dla mnie nigdy więcej nie być zdany na taskę objawów jąkania i pod względem językowym móc czynić wszystko to, na co mam ochotę. Z jednej strony – mieć możliwość reagowania na objawy jąkania (np. wykorzystując techniki modyfikacji jąkania, takie jak *anulowanie epizodu jąkania – cancellation* czy *wycofywanie się z momentu zajknięcia – pull out*, swobodne pseudojąkanie lub inne strategie w ramach tego podejścia), z drugiej zaś strony – zachować spokój podczas jąkania, pozostać sobą. Oba te aspekty wymagają, bym potrafił znieść jąkanie, bym był wystarczająco na nie odwrażliwiony. Wystarczające odczulenie prowadzi poza tym do redukcji zarówno lęku przed mówieniem, jak i negatywnych strategii unikania.

**Benny Ravid [B.R.]:** W przeszłości sukces w terapii oznaczał, że nie będę się jąkał. Dzisiaj oznacza, że codzienność z niepłynnością mowy już mnie nie przeraża i mogę cieszyć się szczęśliwym i satysfakcjonującym życiem pomimo jąkania. Choć poprawa w zakresie płynności mowy jest jak najbardziej pożądana.

**Kenneth O. St. Louis [K.S.L.]:** Dla mnie sukcesem jest niezbyt mocno się jąkać i nie myśleć o tym. I choć ja sam wciąż doświadczam jąkania od czasu do czasu, to w tych przypadkach sukces oznacza możliwość kontrolowania go (używając strategii Van Ripera) i nie przejmowania się nim.

**Grzegorz Chmielewski [G.C.]:** Sukcesem w terapii jest dla mnie postrzeganie własnego jąkania jako części mnie samego. Postrzegam siebie jako osobę, która jest komunikatywna i może realizować się w życiu prywatnym i zawodowym. Na sukces mojej terapii składały się szeroko pojęta praca nad rozwojem i budowaniem świadomości samego siebie oraz odczulanie się i poznawanie własnego jąkania.

**Lucyna Jankowska-Szafarska [L.J.-S.]:** Dla mnie było to dojście do stanu, w którym przestałam uznawać jąkanie za przekleństwo życiowe, przestałam marzyć o jego usunięciu na zawsze; gdy nauczyłam się wplatać jąkanie w tkankę mojego życia,

uznawać za swoją część i odnalazłam dla niego adekwatne miejsce w obrazie samej siebie. Zaznaczam jednocześnie, że uznaję to za proces; nie jest on zakończony, ale wystarczająco mocno zaawansowany. Podobnie jest z samą umiejętnością modyfikacji jąkania. Pomimo bowiem znalezienia rozwiązania w postaci zapanowania nad paniką i tendencją do unikania wypowiedzi oraz nabycia poczucia sprawstwa w czasie bloku, co udaje się w znakomitej większości sytuacji życiowych, jąkanie w pewnych szczególnych momentach pojawia się w swojej niemal niezmiennej formie. Nie pozwala o sobie zapomnieć ani spocząć na laurach. Lubiąc filozofowanie, powiedziałabym, że ma to dla mnie swoistą wartość: jąkanie zyskuje podobieństwo do problemów egzystencjalnych, które nigdy nie dają się rozwiązać do końca, i skłania do pokory, nie naruszając jednocześnie poczucia wartości. Podsumowując, za sukces uznaję stan, w którym można swobodnie wypowiadać się, przyjmując zająknięcia z godnością, uznając je za część swojego normalnego sposobu mówienia, to znaczy tolerując chwile zahamowania płynności mowy, nie podejmując niepotrzebnej walki czy ucieczki, mówiąc możliwie pewnym głosem, bez pośpiechu i utrzymując względną równowagę psychiczną. Spróbuję to ująć w jednym zdaniu: gdy postać jąkania i nasz sposób jego przeżywania nie ogranicza komunikatywności. Jedno zdanie jednak nigdy nie wyczerpie tego złożonego tematu.

**Zdzisław Gładosz [Z.G.]:** Sukces to nie czuć ograniczeń w związku ze swoim sposobem mówienia. Znać i rozumieć sposób funkcjonowania swojego organizmu (aparatu mowy). Odczuwać spokój podczas mówienia, czerpać radość z komunikowania się, a także rozumieć reakcje rozmówcy, słuchacza i umieć rozmawiać o niepłynności bez skrępowania.

**[K.W. i A.B.]:** Jakie największe sukcesy w terapii jąkania osiągały osoby, którym pomagaliście jako terapeuci czy liderzy ruchu samopomocowego?

**[R.E.]:** Największym sukcesem były momenty, gdy ludzie, z którymi pracowałam, mówili, że jąkanie nie jest już ważne w ich życiu, że dążą do swoich marzeń i aspiracji oraz że nie postrzegają już jąkania jako przeszkody w ich osiągnięciu. Innym wielkim sukcesem są relacje osób z jąkaniem, które nabyły umiejętność radzenia sobie z nim na co dzień, nie boją się już jąkania i rzadziej niż w przeszłości stosują strategię unikania. Sukcesem dla mnie jako terapeuty jest znajdowanie namacalnych dowodów, że terapia jąkania zmieniła jakość życia ludzi, np. podczas korzystania z telefonu, w sytuacjach społecznych, podczas zawierania nowych znajomości, poszukiwania awansu w pracy i ubiegania się o taką pracę, jaką sobie wymarzyli.

**[K.S.L.]:** W swojej karierze pomogłem wielu małym dzieciom całkowicie pokonać ich jąkanie, do tego stopnia, że nawet nie pamiętały, że się jąkały. Większość dorosłych, z którymi pracowałam podczas terapii grupowej i/lub spotykałem się z nimi w ramach grup samopomocy, poprawiło swoją płynność, przeważnie przepracowali

swoje emocje związane z jąkaniem i z większym lub mniejszym sukcesem wdrażali usprawnienia w mowie. Wielu z nich czuje się dobrze ze swoim jąkaniem. Nie zapytałyście o moje porażki. Miałem również w tym swój udział, głównie dlatego, że klientom łatwiej było zaakceptować jąkanie i/lub korekty podczas mówienia, niż pracować nad mową.

**[T.H.]:** Gdy mam okazję towarzyszyć osobom z jąkaniem przez dłuższy czas i obserwować, jak się rozwijają – także dzięki pozytywnemu wpływowi grup samopomocowych – i stają się świadomi swoich możliwości w życiu, uznają to za duży sukces.

**[B.R.]:** Jako lider grupy samopomocy uważam, że największym sukcesem jest, gdy dana osoba nie boi się mówić i odważy się przemawiać publicznie pomimo jąkania. Sukcesem jest także znalezienie przez nią pracy. Osobistym sukcesem dla mnie jako lidera grupy samopomocy było to, że osoba z jąkaniem zaprosiła mnie na wesele.

**[G.C.]:** Każde pozytywne doświadczenie, jakie uczestnicy wnoszą ze spotkania, traktuję jako ich sukces. Na spotkaniach podkreślam, że największa siła tkwi w nich samych. W grupie jest łatwiej rozmawiać o doświadczanych trudnościach i szukać rozwiązań.

**[P.B.]:** Większość członków mojej grupy wsparcia (The Baylor University Stuttering Support Group) opowiada o sukcesach podobnych do moich. Wydają się najbardziej dumni z tego, że są w stanie osiągnąć swoje życiowe cele niezależnie od jąkania. Pojęcia „akceptacja” i „radzenie sobie z jąkaniem” często pojawiają się podczas naszych rozmów grupowych; bardzo niewielu członków grupy (jeśli w ogóle ktokolwiek) dyskutuje o ciągłym pragnieniu, aby ich jąkanie „odeszło”.

**[K.W. i A.B.]:** **Jakie potencjalnie są cele skutecznej terapii jąkania i na ile różnią się one w zależności od wieku osoby jąkającej się?**

**[R.E.]:** Mogę odpowiedzieć na to pytanie tylko odnośnie do dorosłych osób z jąkaniem, ponieważ mam niewielkie doświadczenie w pracy z innymi grupami wiekowymi. Wierzę, że cele terapii w największym stopniu zależą od tego, czego poszukuje klient, i to ważne, by zrozumiał, że terapia może być czymś więcej niż tylko pracą nad poprawą płynności mowy. Dla kogoś z nasilonym, jawnym jąkaniem może być ważne zredukowanie częstotliwości i napięcia podczas jego zająknięć. Stosownie do poziomu jąkania wierzę, że zawsze jest ważne, by zredukować strategie unikania. Mogą one mieć negatywny wpływ na jakość życia. To istotny pierwszy krok, gdy wprowadzamy techniki modyfikacji. Wierzę także, że to ważne dla osób z jąkaniem, by nauczyły się sposobów na radzenie sobie z myślami i uczuciami dotyczącymi jąkania, by rozwinęły inne do niego nastawienie i stopniowo stawały się mniej wrażliwe na jąkanie. Ostateczny cel dla osób z jąkaniem: nie postrzegać już jąkania jako przeszkody w realizowaniu planów życiowych, mieć pewność, że można powiedzieć

to, co się chce, mieć sposoby na radzenie sobie z jąkaniem, myślami i uczuciami wobec tego problemu.

**[B.R.]:** Cele terapii należy ustalić z klientem, terapeuta musi zgodzić się z jego oczekiwaniami wobec terapii. Muszą one być dostosowane do wieku i stanu psychicznego osoby z jąkaniem.

**[K.S.L.]:** Zwykle myślę o celach terapii w kategoriach możliwości zastosowania różnych podejść (np. kształtowanie płynności mówienia połączone z modyfikacją jąkania, a może nawet wykorzystaniem aparatury *SpeechEasy*<sup>3</sup>), następnie po zaprezentowaniu ich klientowi pomagam mu wybrać – i być może nawet w przyszłości dokonać nowego wyboru – podejście, które prawdopodobnie będzie dla niego najlepsze. Pytam go, co chciałby osiągnąć, choć często wiem, co jest możliwe do osiągnięcia. Czasem więc zamiast zaprzeczyć wyborom mojego klienta, mówię: „Cóż, spróbujmy tego, co wybrałeś, ale nie jestem pewien, czy uznasz to za pomocne, choć teraz jesteś o tym przekonany. Wyjaśnię, dlaczego...”.

**[Z.G.]:** Zazwyczaj pierwszym celem osoby podejmującej terapię jest oczywiście pozbycie się jąkania. Przebieg terapii, indywidualne cechy, metoda terapeutyczna, sytuacja osobista, zawodowa, społeczna oraz wiek weryfikują te cele, pokazując faktyczne możliwości. Realizacja celów pośrednich to ważna sprawa w osiąganiu celów podstawowych. Osiągane sukcesy i doznane porażki to ważne czynniki budowania motywacji do pracy oraz opracowania indywidualnej dla danego klienta ścieżki terapeutycznej.

**[P.B.]:** Cele terapii, moim zdaniem, powinny odnosić się do poziomów jąkania, o których mowa w modelu „góry lodowej” (tj. objawów pierwotnych, objawów wtórnych i emocji/postaw). Chociaż widoczne objawy pierwotne (np. powtórzenia, przedłużenia i bloki) są najczęściej poddawane terapii przez wielu terapeutów, stanowią one jedynie wierzchołek góry lodowej jąkania. Dla wielu klientów (np. osób z ukrywanym jąkaniem) objawy wtórne (tj. to, co robią, by się nie jękać) i negatywne emocje są bardziej wyniszczające niż same momenty niepłynności. Dlatego terapia każdej konkretnej osoby powinna być dostosowana do poziomów jąkania, które są dla niej najbardziej istotne.

**[T.H.]:** Cele terapii jąkania zmieniają się wraz z wiekiem. W dzieciństwie istnieje realna szansa na całkowite ustąpienie objawów jąkania i dlatego też może to być celem terapii. W przypadku osób dorosłych szansa ta jest niewielka i dlatego ustąpienie objawów nie powinno być głównym celem terapii, by nie budzić fałszywych nadziei. Naturalnie cele są zmienne: chodzi o to, by poradzić sobie w szkole, znaleźć

---

<sup>3</sup> Urządzenie o nazwie *SpeechEasy* ([www.speecheasy.com](http://www.speecheasy.com)) wykorzystuje efekt opóźnienia sprzężonego zwrotnego, generując głos słyszany w słuchawce, który jest opóźniony w stosunku do wypowiedzanego, co pomaga osobie jękającej mówić wolniej i zarazem płynniej. Odpowiednik urządzeń wykorzystujących zjawiska DAF i/lub FAF, np. polskiego echokorektora mowy.

dobrą pracę, wygłosić referat podczas studiów, zagadnąć partnera, bez lęku i pomimo jąkania rozmawiać z kolegami z pracy oraz przełożonymi.

**[K.W. i A.B.]: Czy zatem da się jednoznacznie określić, co to oznacza „osiągnąć sukces w terapii jąkania”?**

**[K.S.L.]:** Oczywiście, ale terapeuta musi mieć wszechstronną wiedzę na temat dostępnych metod oraz ogólnego działania każdej z nich. Sukces powinien być definiowany w zgodzie z tym, co zdaniem terapeuty jest możliwe, z tym, co zdaniem klienta jest możliwe, a następnie z tym, co jest faktycznie możliwe do osiągnięcia w ramach **dobrej** terapii. Czasami cele te nie mogą być osiągnięte z wielu powodów, np. z powodu obciążenia genetycznego, problemów osobowościowych, współistniejących innych zaburzeń, np. zaburzeń mowy, kryzysów osobistych lub rodzinnych, ograniczeń intelektualnych itp.

**[G.C.]:** Sukcesem w terapii jąkania jest wyzbycie się ograniczeń w komunikowaniu się, jakie mogą się z nim wiązać. Jest to cel realny i możliwy do osiągnięcia po przejściu faz odczulania i identyfikowania jąkania oraz po zbudowaniu efektywnych strategii radzenia sobie z nim w trudnych momentach. Duże znaczenie mają postawy wobec jąkania osób z otoczenia.

**[T.H.]:** Warunkiem wstępnym do realistycznej oceny terapii jako sukcesu jest zdefiniowanie realistycznych celów. Gdy celem jest „mówienie bez jąkania”, to żadna terapia, której poddawane są osoby dorosłe, nie powiedzie się. Jeśli jednak postawię sobie konkretne i osiągalne cele („Chciałbym bez lęku rozmawiać z moimi kolegami z pracy podczas przerwy obiadowej”, „Chciałbym zamówić w restauracji takie potrawy, na które mam ochotę, a nie takie, których nazwy potrafię wymówić”), wówczas terapia może być oceniana realistycznie.

**[Z.G.]:** Zastanawiam się, czy można odpowiedzieć na to pytanie, oddzielając jąkanie od innych obszarów. Moim zdaniem nie można koncentrować się wyłącznie na jąkanii, ale raczej na całej osobie. Zarówno problem jąkania, jak i postrzeganie sukcesu, są związane z wieloma czynnikami, takimi jak sukces w każdej innej dziedzinie. Osoby osiągające sukcesy w różnych obszarach często nie szukają dodatkowych osiągnięć w obszarze mówienia – są spełnione. Osoby, które nie osiągają sukcesów na innym polu lub mają poczucie dużego ograniczenia, często obwiniają o to swoje jąkanie i wskazują płynną mowę jako podstawowy cel, do którego dążą.

**[R.E.]:** Sukces w terapii oznacza, że osoby z jąkaniem nie używają już pojęcia „jąkanie”, definiując to, kim są, że potrafią radzić sobie z jawnymi i ukrytymi objawami niepełności i że prowadzą pełne, bogate i znaczące życie, niezależnie od tego, czy się jękają, czy nie.



**[K.W. i A.B.]: Jak ten sukces osiągnąć? Czy drogi dochodzenia do niego są różne?**

**[K.S.L.]:** Tak, moim zdaniem zawsze ważne jest wzięcie pod uwagę różnych kwestii prognostycznych i praktycznych, takich jak mocne strony klienta, oraz potencjalnych wyzwań. Mogą one wpłynąć na jego zdolność do radzenia sobie z jąkaniem.

**[R.E.]:** Tak, myślę, że do sukcesu można dojść różnymi drogami, np. w przypadku dzieci z jąkaniem otoczenie odgrywa główną rolę w sygnalizowaniu, że to jest w porządku mówić w inny sposób, co zapobiega rozwinięciu się u dziecka negatywnej postawy wobec własnego mówienia i jąkania lub przynajmniej zmniejsza jego ryzyko. Niezależnie od wieku wszystkie osoby z jąkaniem wymagają wsparcia rodziny, przyjaciół, nauczycieli, pracodawców. Mają one potrzebę poczucia przynależności do grupy.

**[T.H.]:** Nie jest tak, że każda terapia pasuje do każdej osoby w każdym czasie. To odnosi się także do wiarygodnych i zasadniczo skutecznych podejść terapeutycznych. Pewną rolę odgrywają stres, aktualna sytuacja życiowa („Czy jestem gotowy na wprowadzanie zmian?”), otoczenie i osoba terapeuty. Wspierające otoczenie może nieść istotną pomoc. Jeśli wsparcie nie nadchodzi ze strony osób najbliższych, można je uzyskać w grupie samopomocowej.

**[L.J.-S.]:** Według mnie kluczowe jest przełamanie poczucia bezradności wobec jąkania. Także jako dorośli najczęściej potrzebujemy do tego pracy terapeutycznej czy grupy samopomocy. Jestem przekonana, że zajmując się tym wyłącznie samodzielnie, możemy zwodzić samych siebie, tkwiąc w utartych koleinach. W terapii konfrontujemy się z możliwością zmiany swojego podejścia do jąkania i samego sposobu mówienia i jąkania. Ponieważ przez lata czuliśmy się wyłącznie ofiarą jąkania, niezmiernie trudne jest dopuszczenie do siebie myśli, że możliwe jest zbudowanie poczucia sprawstwa w momencie zajknięcia oraz w zakresie sposobu myślenia o sobie i miejscu płynności mowy w hierarchii naszych wartości życiowych. Tym samym przyjmujemy pewną odpowiedzialność przynajmniej za część problemu jąkania, a tylko z tej perspektywy zyskujemy dostęp do konstruktywnego działania. Działanie może następować oczywiście różnymi drogami. Ja jestem najbardziej przekonana do podejścia modyfikacji jąkania, odpowiada mi praca polegająca na umiejętności przewyższania kryzysów w miejsce prób usuwania ich w całości. Im jednak dłużej zajmuję się tym tematem, tym bardziej doceniam także inne ścieżki, zarówno te polegające na stosowaniu technik kształtowania płynności mowy, podejść integracyjnych, także z włączaniem technik psychoterapeutycznych, jak też pracę opartą na wzajemnym wsparciu, akceptacji jąkania i innych wartościach samopomocy. W przypadku gdy zaistnieje impas w terapii – zablokowanie postępu czy uporczywy nawrót poprzednich trudności – zachęcałabym do poszukiwania przyczyn i rozwiązań w psychoterapii. Przed podjęciem decyzji o terapii w pewnym nurcie należałoby się zapoznać wstępnie z tym, co oferuje każda z dostępnych metod (oprócz ortodoksyjnych, fałszywie oferujących

gwarancję stuprocentowej skuteczności), by dokonać wyboru. I to będzie wstęp do przyjmowania pewnej odpowiedzialności, także za sukces w terapii. Oczywiście nigdy nie unikniemy ryzyka, często dopiero angażując się w terapię, odkrywamy jej możliwości, ale także – zawsze – jej ograniczenia. Chociaż wiele można zrobić z jąkaniem, nie ma idealnej drogi terapii i każda – oprócz satysfakcji – pozostawia pewien niedosyt. Powstaje pytanie: a może wewnętrzna zgoda na ten fakt będzie najlepszym zakończeniem każdej z nich?

**[K.W. i A.B.]: Czy można wskazać jakieś uniwersalne czynniki, które pomagają osiągnąć sukces w terapii jąkania?**

**[R.E.]:** Myślę, że to zależy od wieku. W przypadku osób dorosłych z jąkaniem uniwersalne czynniki to: gotowość do podjęcia terapii, do wdrażania zmian, otwartość w zakresie zmiany przekonań, chęć i gotowość do wychodzenia poza strefę własnego komfortu, dobre relacje z terapeutą i zrozumienie, że terapia nie zawsze jest łatwym procesem.

**[T.H.]:** Terapia może być skuteczna tylko wówczas, gdy jest w nią włączone otoczenie osoby z jąkaniem. To oznacza, że nie będzie skuteczna taka terapia, która odbywa się wyłącznie w gabinecie i brak jest przeniesienia jej efektów na życie codzienne. Każda technika, każda inna strategia pomocna w radzeniu sobie z jąkaniem może być długoterminowo skuteczna tylko wtedy, gdy jest przenoszona do codzienności krok po kroku.

**[K.S.L.]:** Zwiększanie szans na sukces terapeutyczny u osób jękających się jest możliwe. W jaki sposób? Przede wszystkim poznaj historię jąkania swojego klienta – poszerz swoją wiedzę, wykorzystując ankiety, wywiad – najlepiej zrobić to w pierwszej kolejności. Przeprowadź staranną diagnozę. Wykorzystuj kompleksowy protokół w sposób wystarczająco spójny, aby opracować własne „normy” lub oczekiwania. Uwzględnij ocenę perspektyw życiowych i jąkania przez osoby zmagające się z niepłynnością mowy. Upewnij się, że wiesz, czego chciałbyś nauczyć swojego klienta, a on być może powie Ci, jak to zrobić. Najlepsza terapia to taka, która jest dopasowana do potrzeb konkretnej osoby z jąkaniem. W terapii ta osoba NIE POWINNA próbować się nie jękać, POWINNA ona próbować mówić w nowy sposób. Bądź chętny i gotowy, by jako pierwszy robić to, o co prosisz swoich klientów. Nie pracuj zgodnie z hasłem: „trenuj i miej nadzieję”. Zaplanuj i wykonaj logiczny proces przenoszenia umiejętności nabywanych w Twoim gabinecie na sytuacje życia codziennego, a także zaplanuj różne formy aktywności, by te umiejętności mogły stawać się nawykami. Większość klientów w pewnym stopniu doświadczy nawrotów jąkania. Porozmawiaj z nimi o tym, by zmniejszyć ich obawy. Zaangażuj w proces terapii rodzinę, rówieśników i społeczność. Zachęcaj klientów do udziału w spotkaniach grup samopomocy. Koniecznie zajmij się negatywnymi emocjami, jeśli są obecne. Ignorowaliśmy je przez kilka dziesięcioleci, ale one nie zniknęły! Należą

do nich: strach i niepewność (mogą to być specyficzne komórki pamięci strachu w mózgu), frustracja i gniew. Mów o złości, zajmij się dokuczaniem i zastraszaniem, jeśli to konieczne. Do negatywnych emocji należą także wstyd i poczucie winy, one mogą być najtrudniejsze do przepracowania. Czasem obecny jest lęk społeczny lub inne problemy ze zdrowiem psychicznym, które towarzyszą jąkaniu. Niektóre osoby mogą potrzebować skierowania do specjalisty w tym zakresie. Jeśli w terapii bardzo się starasz i naprawdę się troszczysz o jej przebieg, jest bardzo mało prawdopodobne, że możesz skrzywdzić osobę z jąkaniem! Warto jednak pamiętać, że być może nie będziesz w stanie pomóc każdej osobie z jąkaniem, tak jak nie jest to możliwe w przypadku każdego innego zaburzenia komunikacji językowej (wady wymowy, zaburzenia głosu itp.). Współwystępujące trudności (np. ADHD, współistniejące zaburzenia fonologiczne/językowe) mają wpływ na prognozy terapeutyczne – zazwyczaj negatywny. Czasami przerwa w pracy terapeutycznej po kilku latach terapii, która dziecku niewiele pomogła, jest wskazana. Pokaż się z najlepszej strony! Bądź kreatywny i ewaluuj wyniki swojej pracy. Nie bój się próbować czegoś nowego. Często to, czego oczekujesz, dostajesz od swoich klientów.

**[K.W. i A.B.]: Czy jeśli osoba z jąkaniem osiągnie sukces w terapii, jest on trwały, niezmienny? Czy może nastąpić regres? A jeśli tak, co może mieć na to wpływ?**

**[K.S.L.]:** Jak już wspomniałem, w przypadku większości klientów (nie dotyczy to jedynie małych dzieci) nawrót jąkania jest faktem. Jeśli w terapii klient jest odpowiednio przygotowywany – na tyle, na ile to możliwe – do ponownego wystąpienia objawów jąkania, wtedy większość związanych z tym problemów może zostać przepracowana. Te nawroty mogą wystąpić z wielu powodów...

**[Z.G.]:** Bardzo ciekawym tematem jest monitorowanie klienta po tzw. ukończonej terapii przez dłuższy czas. Okresy lepszej i gorszej kondycji w mowie są zauważane zarówno przed terapią, jak i po niej – oczywiście inne mogą być sposoby radzenia lub nieradzenia sobie z nimi. Regres może być spowodowany wieloma czynnikami. Czasem reakcje na tzw. mowę terapeutyczną mogą być gorsze niż na samo jąkanie. Osoba, która pokazała, że nie jest w stanie mówić płynnie w sytuacji regresu, może mieć poczucie winy za zaistniałą sytuację.

**[T.H.]:** Jąkanie charakteryzuje się nawrotami. Głównym tego powodem jest prawdopodobnie to, że nie można uleczyć jego przyczyny. Predyspozycje organiczne do jąkania utrzymują się – zgodnie z wiedzą, jaką obecnie na ten temat posiadamy – przez całe życie. Reakcja polegająca na jąkaniu się w odpowiedzi na utrudnione wypowiedzanie się, tj. to, czym właściwie jest jąkanie się, to wysoce zautomatyzowany proces. Ten proces jest podczas terapii jąkania przełamywany. W podejściu polegającym na upłynnianiu mowy dzieje się to poprzez naukę nowego sposobu mówienia, w modyfikacji jąkania – poprzez opanowanie nowych reakcji na jąkanie. Oba podejścia są oparte na procesie uczenia się, próbują daną osobę „oduczyć” sta-

rego wzorca jąkania się. Ten proces nie jest nieodwracalny, więc osiągnięte postępy mogą znów zostać utracone.

**[R.E.]:** Wiemy, że nawroty jąkania po przebytej terapii to częste doświadczenie osób zmagających się z tym zaburzeniem, gdyż łatwo jest wrócić do wcześniejszych nawyków. To część ludzkiej natury – wracać do tego, co najbardziej znajome. Co potwierdza słynne zdanie wypowiedziane przez Charlesa Van Ripera: „Trzymamy się tego, co znane, nawet jeśli to nieprzyjemne”. W związku z tym ważne jest, by osoby z jąkaniami wiedziały, że nawroty jąkania są normalne, by zapoznały się z modelem procesu wdrażania zmian (model Prochaska i DiClemente<sup>4</sup>) i by były przygotowane na te nawroty oraz wiedziały, jak radzić sobie z nimi, gdy nadejdą.

**[G.C.]:** Regres w terapii jąkania jest czymś naturalnym. Wszyscy jesteśmy ludźmi, sukcesy i porażki są wpisane w nasze życie. Nawrót jąkania, nasilenie objawów jest dla nas szansą na głębsze przyjrzenie się jąkaniami i poszukiwanie jeszcze skuteczniejszych sposobów na radzenie sobie z nim. Największe znaczenie ma to, jak patrzymy na samych siebie. Jeśli konstruktywnie przepracujemy trudności, jakich doświadczamy w związku z jąkaniami, to w przyszłości możemy je w sposób znaczący ograniczyć.

**[K.W. i A.B.]: Jakich wskazówek moglibyście udzielić rodzicom dzieci w wieku szkolnym, które się jąkają?**

**[P.B.]:** Warto, by rodzice mieli możliwość stałego dokształcania się na temat jąkania, a także angażowania się w działalność grup samopomocy. Na przykład w Stanach Zjednoczonych organizacje, takie jak Stuttering Foundation i National Stuttering Association, udostępniają różne materiały (książki, płyty DVD, adresy lokalnych oddziałów grup samopomocy, listy adresowe terapeutów w każdym stanie, informacje o krajowych konferencjach itp.) i zapewniają wsparcie osobom z jąkaniami i członkom ich rodzin. Rodzice powinni mieć poczucie, że zarówno ich jąkające się dzieci, jak i oni sami, nie są osamotnieni.

**[K.S.L.]:** Ojej! Mógłbym napisać o tym cały artykuł. Gdybym musiał być zwięzły, to chciałbym w przystępny sposób podać rodzicom aktualne informacje o jąkaniami, w tym (na podstawie danych epidemiologicznych) na temat prawdopodobieństwa spontanicznego ustąpienia objawów u młodszych dzieci lub znacznej poprawy w ramach skutecznej terapii. Podkreśliłbym, że nie są oni winni temu, że ich dziecko się jąka. Później pewnie omówiłbym z nimi najważniejsze ustalenia wynikające z naszych badań z użyciem PASS-Ad (*Personal Appraisals of Support from Stuttering Adults*), które zawarliśmy na opracowanym przez nas plakacie – dostępnym także po polsku<sup>5</sup>.

<sup>4</sup> J. Prochaska, C. DiClemente (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Towards an integrated model of change. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 51, 390–395.

<sup>5</sup> Wyniki badań prowadzonych w ramach projektu naukowego *Personal Appraisals of Support from Stuttering Adults in Lebanon, Poland, Slovakia, and the Czech Republic* zostały zaprezentowane podczas światowego kongresu zaburzeń płynności mowy w sierpniu 2018 roku w Hiroszimie.

**[B.R.]:** Rodzice muszą wiedzieć, że jąkanie nie zatrzyma rozwoju dziecka ani nie uczyni go gorszym w stosunku do innych dzieci. Może ono poradzić sobie z trudnościami, które jąkanie powoduje, musi jednak otrzymać odpowiednią pomoc terapeutyczną. To, że dziecko się jąka, jest w porządku. Bardzo ważne jest, aby rodzice przekazywali powyższe informacje dziecku.

**[T.H.]:** Otwarte mówienie o jąkanii w szkole jest bardzo pomocne. Nauczyciele powinni zostać odpowiednio wcześniej poinformowani o jąkanii i uwrażliwieni na jego objawy. Także rówieśnicy powinni zostać o tym problemie poinformowani, po wcześniejszym ustaleniu tego z uczniem jąkającym się. Jeśli to możliwe, powinny zostać wdrożone procedury wyrównywania szans, np. odpytywanie tylko wówczas, gdy uczeń sam się zgłasza, udzielenie dłuższego czasu na wygłoszenie referatu, udzielenie pozwolenia na przygotowanie go w formie pisemnej lub też wygłoszenie wyłącznie przed nauczycielem. Celem powinno być to, że uczeń/uczennica bez lęku idzie do szkoły.

**[G.C.]:** Dla dziecka niezwykle ważna jest akceptacja ze strony rodziców. Mają oni szansę stworzyć dziecku w jego środowisku warunki ku temu, aby jąkanie nie było dla niego ograniczeniem. Okazywanie uwagi, dawanie wsparcia – to szansa na zbudowanie pozytywnych postaw wobec samego siebie.

**[K.W. i A.B.]:** **Jakimi słowami moglibyście wesprzeć osobę z jąkaniiem, która zaczyna aktywnie poszukiwać pomocy w związku z doświadczanym zaburzeniem płynności mowy?**

**[R.E.]:** Osobie szukającej pomocy w związku z jąkaniiem powiedziałabym, że pierwszym krokiem w tym kierunku jest znalezienie logopedy, który przedstawi jej różne dostępne formy terapii i różne drogi wiodące do sukcesu.

**[Z.G.]:** Taką rozmowę najlepiej zacząć od wysłuchania, co ta osoba ma do powiedzenia o sobie i swoim problemie. Opieranie się tylko na tym, co widzimy, słyszymy i wiemy ogólnie o jąkaniiem, nie zawsze jest tym, co ta konkretna osoba chce usłyszeć. Jąkanie przybiera różne postacie i trudno tych samych argumentów używać w każdym przypadku. Te same słowa dla jednych zabrzmiały odkrywczo i pozytywnie, podczas gdy u innych mogą wywołać frustrację i negatywne reakcje. Dodałbym: „Jesteś w dobrym towarzystwie, pokochaj siebie, staraj się zrozumieć swój organizm, nie jesteś sam, w taki sposób żyje wiele osób, osiągnięcie płynnej mowy jest możliwe”.

---

W wyniku tego projektu powstał również plakat profilaktyczny. Polska wersja plakatu (*Jak najlepiej wspierać dorosłe osoby jąkające się w świetle międzynarodowych badań opartych na dowodach?*) wraz z innymi wersjami językowymi (angielską, arabską, czeską, francuską i słowacką) jest dostępna na stronie Międzynarodowej Konferencji Logopedycznej „Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka” (zakładka: MULTIMEDIA I MATERIAŁY): [www.konferencja-zpm.edu.pl](http://www.konferencja-zpm.edu.pl).

**[B.R.]:** Moja rada to: „Jesteś w porządku taki, jaki jesteś, z jąkaniem. Można prowadzić doskonałe życie pomimo jąkania. Zgłoś się do grupy samopomocy, która może być dla ciebie najlepszym wsparciem, a w razie potrzeby poszukaj odpowiedniej terapii”.

**[K.S.L.]:** Powiedziałbym jej, że jak każdy trudny problem, radzenie sobie z jąkaniem wymaga odwagi, wytrwałości i szczerości wobec samego siebie. Oczywiście pozwoliłbym jej odkryć niektóre z nich na własną rękę, by się mogła w tym utwierdzić. I dodałbym, że większość jąkających się nastolatków i dorosłych, choć rzadko jest w stanie całkowicie wyeliminować jąkanie, może nauczyć się skutecznie radzić sobie z nim. Potem zaprosiłbym taką osobę na spotkanie grupy samopomocy, by sama mogła doświadczyć wynikających z tego korzyści.

**[P.B.]:** Takiej osobie powiedziałbym, że nie jest sama ze swoim jąkaniem i że skuteczna pomoc jest dostępna. Zaproponowałbym jej, by zaangażowała się w działalność grupy samopomocy, by mogła spotykać innych ludzi, którzy się jękają. Oprócz możliwości uzyskania wsparcia i znalezienia się w dobrym towarzystwie członkowie grup samopomocy mogą polecić lokalnych specjalistów w zakresie zaburzeń mowy.

**[T.H.]:** Skutecznej pomocy udzielają grupy samopomocowe dla osób z problemem jąkania. Wydają one bardzo dobre materiały informacyjne, które są często bezpłatne i dostępne online. Terapeuci powinni się specjalizować w terapii jąkania. Odpowiedniego specjalistę może być jednak trudno znaleźć. Także w tym wypadku mogą pomóc grupy lub organizacje samopomocowe.

**[G.C.]:** Powiedziałbym: „Pamiętaj, że nie jesteś sam ze swoim problemem, na całym świecie są inne osoby jękające się. Jesteś niepowtarzalny, wyróżniasz się w swoim otoczeniu. Możesz mieć poczucie, że jąkanie ogranicza się. Mogą Ci towarzyszyć różne negatywne emocje. Nie poddawaj się im. To, co czujesz, co myślisz, jest częścią Ciebie. Nie zrażaj się, jeśli początki nie przyniosą efektów. Terapia jąkania jest procesem, zaczynasz ją prawdopodobnie od wizyty u logopedy, potem być może trafisz do grupy osób jękających się. Daj sobie czas, ciesz się najmniejszymi sukcesami. Zmiany, które wiążą się z celami, jakie sobie stawiasz, przyjdą w tym momencie, w którym będziesz na nie gotowy”.

**[K.W. i A.B.]:** **Jakie mielibyście przesłanie dla młodych logopedów, którzy są dopiero na początku swojej drogi, a chcieliby pracować z osobami jękającymi się?**

**[R.E.]:** Zwracając się do młodych logopedów, przede wszystkim chciałabym dodać im odwagi i ich wesprzeć: „Jeśli chciałbyś pracować z osobami z jąkaniem, to najważniejsze jest uważne słuchanie klientów i czerpanie z ich doświadczeń, ważne jest także, by dowiedzieć się, czego oczekują od terapii. Po drugie istotne jest stałe doskonalenie się w zakresie różnorodnych nurtów w terapii jąkania i rozwijanie własnej filozofii odnośnie do tego, co jest ważne w pracy terapeutycznej”.

**[G.C.]:** Moje przesłanie dla młodego logopedy byłoby następujące: „Otwarcie się na osoby z jąkaniem, kontakt z nimi jest kluczem do ich zrozumienia. Jeśli zrozumiesz, co czuje i co myśli osoba jåkajåca się, łatwiej Ci będzie jej pomóc. Nie ograniczaj się do jednej metody, szukaj metod, jakie obecnie są rekomendowane w terapii jåkania. Nie bój się jåkania, a staraj się nim zaciekawić. Uwierz w to, że poprzez własną empatię, wiedzę i doświadczenie zostaniesz czołowym specjalistå w dziedzinie balbutologopedii”.

**[T.H.]:** Jåkanie jest pasjonujåcym i kompleksowym zaburzeniem mowy. Właśnie u dorosłych osób z tym problemem, od lat doświadczajåcych jåkania i reakcji otoczenia na nie, ugruntowały się wzorce zachowania, które powinny być przez terapeutę rozumiane i poddane oddziaływaniom terapeutycznym. W kaÅdym razie niezbędna jest specjalizacja w tej dziedzinie.

**[P.B.]:** WaÅne jest, aby poczåtkujåcy logopeda poszerzył swå perspektywę w postrzeganiu tego, czym jest jåkanie. Jak wspomniałem wcześniejsz, cele terapii powinny odnosić się do poziomów jåkania (tj. objawów pierwotnych i wtórnych oraz emocji/postaw), które są najbardziej istotne dla kaÅdego konkretnego klienta. ChociaÅ wielu terapeutów czuje się zmuszonych do koncentrowania się na tych podstawowych objawach (np. powtórzeniach, przedłuÅzeniach i blokach), nie jest to konieczne ani wystarczajåce dla kaÅdej osoby z jåkaniem szukajåcej pomocy u logopedy. Na przykådad spędzanie 6 miesiåcy na pracy nad łagodnym startem mowy i delikatnym kontaktem narządów artykulacyjnych nie przyniesie Åadnych korzyści funkcjonalnych dla klienta, jeśli jest on zbyt zaniepokojony lub boi się wykorzystać te umiejåtności poza gabinetem. W przypadku niektórych osób postawy, emocje, lęk i zachowania zwiåzane z unikaniem naleÅy bezpoÅrednio przepracowywać w terapii. Przy odrobinie kreatywności moÅliwe jest okreÅlenie iloÅciowe, pomiar i przepracowanie tych uczuć oraz zachowań.

**[B.R.]:** Powiedziałbym im: „Jåkanie to piękna tajemnica! Twoim głównym zadaniem jest pokazać osobom z jåkaniem piękno i moÅliwoÅci zwiåzane z tym fenomenem. Jeśli płynność ulegnie poprawie – będzie to bonus!”.

**[K.S.L.]:** Moja rada dla młodego logopedy to: „Nie bój się jåkania! O ile tylko nie jesteÅ jakimÅ paskudnym typem, to jest bardzo mało prawdopodobne, abyÅ zaszkodził osobie z jåkaniem. Dowiedz się jak najwiåcej o tym zaburzeniu, poniewaÅ nie ma dróg na skrót, tak jak zresztå w kaÅdym innym procesie terapeutycznym. Bådz odwaÅny, bådz szczery, bådz sobå! Nie bój się popełniać błędów. Bådz dobrym coachem. Åyczę Ci: ciesz się tå podróÅå, nigdy się nie znudzisz!”.

### **[K.W. i A.B.]: Jakå rolę odgrywajå grupy samopomocowe w osiåganiu sukcesu w terapii jåkania?**

**[B.R.]:** Grupy samopomocy pomagajå uczestnikom spotkań zaakceptować siebie jako osoby z jåkaniem i dodajå im odwagi do codziennych zmagañ, co wspiera proces terapeutyczny.

**[K.S.L.]:** Działania grup samopomocowych w wielu przypadkach są kluczem do sukcesu w terapii jąkania poszczególnych osób. Nic nie pomaga zniwelować skutków jąkania tak, jak interakcja z innymi osobami jękającymi się. Nie byłbym w stanie wdrożyć tylu skutecznych terapii z wieloma osobami jękającymi się bez zaangażowania ich w działalność ruchu samopomocy. Spotkania twarzą w twarz są oczywiście najlepsze, ale pomoc wirtualna także może być bardzo przydatna.

**[P.B.]:** Osobom z jękaniem potrzebne jest poczucie, że nie są same i że wsparcie jest dostępne. Zdecydowanie opowiadam się za ich zaangażowaniem się w działalność lokalnej grupy wsparcia, rekomenduję im spotkania z innymi osobami jękającymi się. Grupy te pomagają w promowaniu akceptacji jąkania poprzez tworzenie „zbiorowej tożsamości”. Oznacza to, że osobie z jękaniem łatwiej jest zaakceptować i skonfrontować się z trudną sytuacją dzięki wsparciu osób, które dzielą to samo doświadczenie.

**[GC]:** Ten temat był poruszany wielokrotnie w trakcie zjazdów, konferencji, turnusów, spotkań grup, w których biorą udział osoby jękające się. Celem grup samopomocy nie jest zastąpienie terapeutów. Są one nieodłącznym uzupełnieniem terapii jąkania. Poprzez kontakt z innymi osobami jękającymi się można doświadczyć odczulania się na jękanie, dzielić się swoimi doświadczeniami, otrzymać wsparcie, a także móc pomagać innym. W takiej grupie uczestnicy mają poczucie, że nie są sami. Uczą się dystansowania do jąkania, omawiają nurtujące ich trudności, dzielą się swoimi pozytywnymi doświadczeniami. Dynamicznie rozwijający się w Polsce ruch samopomocy pokazuje, że w grupach tkwi ogromna siła.

**[R.E.]:** Grupy samopomocy odgrywają istotną rolę w odnoszeniu sukcesu w terapii, gdyż zapewniają forum dla ludzi z jękaniem, gdzie można przyjść i być częścią społeczności, czerpiąc siłę i pewność od innych. Mogą być miejscem praktykowania poszczególnych technik, rozmów o doświadczanych problemach i sposobach ich rozwiązania. Mogą stanowić też bezpieczne i wspierające środowisko, w którym ludzie czują się zrozumiani i wysłuchani.

**[T.H.]:** Grupy samopomocowe mogą odegrać ważną rolę w życiu osób z jękaniem. Można dzięki nim poznać inne osoby z tym problemem w mowie, wymienić się doświadczeniami. Podczas spotkań grup samopomocy można wypróbować i utrwalić wyuczone w trakcie terapii techniki. Spotkania te mogą działać wspierająco podczas nawrotów jąkania. Poza tym grupy samopomocowe działają jako pewnego rodzaju parasol ochronny, oferując przestrzeń do sprawdzenia siebie i do stawiania sobie nowych wyzwań.

**[Z.G.]:** Uczestnictwo w grupach wsparcia to uzupełnienie terapii logopedycznej, zdobywanie praktycznej i teoretycznej wiedzy na temat jąkania, kontakt z osobami przeżywającymi podobne stany emocjonalne, odczulanie się na jękanie swoje i innych. Przychodzimy do grupy po pomoc, a zostajemy w niej, aby pomagać. Podtrzy-



mywanie takich kontaktów to często ważny okres stabilizacji po przebytej terapii, nauka praktycznego funkcjonowania w różnych sytuacjach życiowych. Jest często warsztatem uzupełniającym, podtrzymującym, wspomagającym proces terapeutyczny. Daje poczucie przynależności do grupy, więzi emocjonalnej, zrozumienia swoich problemów. Czasem pomocą terapeutyczną jest obniżenie presji związanej z uzyskaniem płynności mowy, akceptacja istniejącego stanu rzeczy, aby po pewnym czasie budować warunki, motywując do poprawy swojej komunikacji. Współpraca z grupą wsparcia staje się czasem kluczem, aby zmotywować osobę jąkającą się do podjęcia kolejnego wysiłku.

Dziękujemy za rozmowę i poświęcony czas – Katarzyna Węsierska oraz Aleksandra Boroń

### Streszczenie

Jąkanie jest zjawiskiem wielowymiarowym, definiowanym na wielu płaszczyznach. W związku z tym istnieją różne podejścia do terapii tego zaburzenia, a zatem na różne sposoby można też określać zarówno cele interwencji terapeutycznej, jak to, co należy uznawać za sukces w terapii. Pomysłodawczyni tego artykułu-wywiadu – Katarzyna Węsierska i Aleksandra Boroń zaprosiły do dyskusji na ten temat osoby, które wystąpiły w roli „podwójnych ekspertów”. Gospodynie tego wywiadu za takie osoby uznały tych, którzy na co dzień mają osobiste doświadczenia z jąkaniem, a którzy jednocześnie – zawodowo lub społecznie – angażują się w działalność pomocową na rzecz osób jąkających się. Do udziału w panelu dyskusyjnym zaproszone zostały więc osoby, które reprezentują środowisko profesjonalistów – są terapeutami (logopedami, psychologami, badaczami na gruncie logopedii) lub są społecznikami na tym polu – aktywnymi działaczami ruchu samopomocowego, liderami grup wsparcia. W dyskusji udział wzięli rozmówcy z Polski: Grzegorz Chmielewski (psycholog i logopeda), Zdzisław Gładosz (lider polskiego ruchu samopomocy dla osób jąkających się), Lucyna Jankowska-Szafarska (psycholog kliniczny i liderka grupy terapeutyczno-samopomocowej) oraz goście z zagranicy: z Izraela – Benny Ravid (lider izraelskiego ruchu samopomocy), z Niemiec – Tobias Haase (aktywny działacz niemieckiego ruchu samopomocy), z USA – profesorowie Paul Blanchet i Kenneth O. St. Louis (logopedzi, badacze i liderzy lokalnych grup samopomocowych), a także z Wielkiej Brytanii – Rachel Everard (logopedka i liderka brytyjskiego ruchu samopomocy). Tematyka rozważań podjętych w rozmowach z tymi „podwójnymi ekspertami” koncentrowała się wokół takich zagadnień, jak percepcja sukcesu w terapii jąkania, określenie celów skutecznej terapii, udzielenie wskazówek/porad rodzicom dzieci z tym problemem w mowie, osobom dorosłym poszukującym pomocy i młodym logopedom, a także określenie roli grup samopomocowych w procesie terapii jąkania.

**Słowa kluczowe:** jąkanie, terapia, eksperci, sukces

## Summary

Stuttering is a multidimensional phenomenon which should be defined on many levels. There are different approaches to how to treat this disorder, and therefore, it is also possible to define both the objectives of therapeutic intervention as well as what should be considered as success in therapy in different ways. To discuss these topics Katarzyna Węsierska and Aleksandra Boroń, who were the originators of this article-interview, invited people whom they perceived to be in the role of 'double experts'. The interviews' hosts have recognized as such 'double experts' those who every day have personal experience with stuttering, and who, at the same time – professionally or socially – engage in outreach activities to support people who stutter (PWS). To this panel discussion participation were invited people who represent the environment of professionals (speech-language therapists – SLT, psychologists, researchers on the basis of Speech Pathology) or/and leaders of support movements or groups communities for PWS. The following interlocuters attended the discussion – from Poland: Grzegorz Chmielewski (a psychologist and SLT), Zdzisław Gładysz (leader of a Polish self-help movement for PWS), Lucyna Jankowska-Szafarska (a clinical psychologist and the leader of the Jagiellonian University self-help group for PWS), as well as foreign guests: from Israel – Benny Ravid (leader of AMBI – Israeli Stuttering Association), from Germany – Tobias Haase (an activist of the German self-help movement), from the USA – professors Paul Blanchet and Kenneth O. St. Louis (SLTs, researchers, and leaders of local self-help groups), and from the UK – Rachel Everard (an SLT and leader of the British Stammering Association). The discussion with these 'double experts' focused on the following topics: the perception of success in the stuttering therapy, the definition of the objectives of effective therapy, the provision of guidance/advice to the parents of children who stutter, as well as adult seekers and young or unexperienced SLTs. The role of self-help groups in the process of stuttering therapy was also discussed.

**Key words:** stuttering/stammering, therapy/treatment, experts, success



Część 1

**LOGOPEDIA OPARTA NA DOWODACH –  
DONIESIENIA Z BADAŃ**



## Zaburzenia płynności mowy – stan badań i praktyki logopedycznej na początku XXI wieku<sup>1</sup>

Fluency disorders: the state of research and speech-language therapy practice at the beginning of the 21st century

### Wprowadzenie

Zaburzenia płynności mowy wciąż stanowią wyzwanie dla wielu logopedów – zarówno pod względem wiedzy na temat ich przyczyn i mechanizmów, jak również pod względem prowadzenia skutecznej terapii osób nimi dotkniętych. Dane zebrane w ciągu ostatnich 20 lat, pochodzące z badań i terapii prowadzonej wedle zasad EBP (*Evidence-Based Practice* – praktyki opartej na dowodach), w istotny sposób przyczyniają się do rozwiania wielu wątpliwości. Synteza i analiza danych dotyczących podłoża, mechanizmu i uwarunkowań zaburzeń płynności mowy jest szczególnie ważna dla logopedów praktyków, ponieważ pozwala na lepszą diagnozę, wyznaczenie celów terapii i określenie bardziej efektywnych sposobów udzielania pomocy osobom dotkniętym tymi zaburzeniami.

Za zaburzenia płynności mowy uznajemy jąkanie i gielkot, ponieważ należy przyjąć, że występująca w tych zaburzeniach niepłynność patologiczna stanowi komponent najistotniejszy diagnostycznie. Warto przy tym pamiętać, że w logopedii niepłynność mówienia jest objawem, który występuje w różnych zaburzeniach mowy: jąkaniu, gielkocie, dyzartrii, afazji, wypowiedziach ludzi z autyzmem, oligofazją, zaburzeniami słuchu, syndromem Tourette'a. W wymienionych przypadkach niepłynność pojawia się na skutek różnych przyczyn związanych z patologią procesów leżących u podstaw czynności mowy, nie jest jednak problemem podstawowym. Niepłynność mówienia może się ponadto ujawnić w okresie rozwoju mowy, występując u niektórych dzieci w większym nasileniu, co nazywamy rozwojową niepłynnością mówienia. Niepłynność pojawia się także chwilami u ludzi mówiących płynnie. Niepłynność rozwojowa czy sytuacyjna jest prawdopodobnie sygnałem przejściowych

---

<sup>1</sup> Artykuł ukazał się tomie 47 (2) „Logopedii” z roku 2018 – przedruk za zgodą Autora i redakcji.

trudności procesów planowania i kodowania syntaktycznego wypowiedzi. Mówienie mniej płynne pojawia się dlatego, że wypowiedź jest dla mówcy w danej sytuacji nowa lub nietypowa – na przykład bardziej emocjonalna. Potrzebny jest czas na odpowiednie zbudowanie wypowiedzi poprawnej gramatycznie i stosownej do sytuacji – jest to zjawisko normalne (Woźniak, 2012).

Jak zaznaczono we wstępie, w jąkanii i gielkocie sytuacja przedstawia się inaczej. W obu tych przypadkach występuje patologiczna nie płynność mówienia utrzymująca się względnie stale. Obszernych informacji na temat nie płynności i oceny płynności mowy dostarczają artykuły we współczesnej polskiej literaturze logopedycznej (Woźniak, 2012; Woźniak, Soboń, 2015). Zainteresowany czytelnik znajdzie tam podstawy odróżniania nie płynności patologicznej od normalnej, a także sposoby, skale służące do pomiaru tych zjawisk.

W opisie zaburzeń płynności, szczególnie w odniesieniu do ich etiologii, wyróżniamy trzy grupy czynników:

- predysponujące,
- wyzwalające,
- utrzymujące zaburzenie.

Zwykle czynniki predysponujące mają charakter biologiczny (szerzej omówimy je poniżej) i nie mamy na nie dużego wpływu. Te czynniki decydują o predyspozycji do mówienia nie płynnego. Czynniki wyzwalające i podtrzymujące są z obecnej perspektywy trudniejsze do ustalenia. Mają charakter psychologiczny i środowiskowy. Wiążą się z szeregiem zmiennych związanych z osobowością człowieka (np. skłonność do perfekcjonizmu w jąkanii, powierzchowność i zachowania ekstrawertyczne w gielkocie), jego temperamentem (np. duża emocjonalność, impulsywność), jak również z występowaniem czynników stresujących w otoczeniu (np. obawy związane z reakcjami słuchaczy czy przewidywaniem wystąpienia nie płynności w określonych sytuacjach). Na te czynniki mogą mieć wpływ inni w otoczeniu osoby z problemami płynności mowy, ale też ona sama.

Przyznać trzeba, że niekiedy napotykamy problem w dyskusji na temat zaburzeń płynności, co powodowane jest utrzymywaniem się w logopedii dwu sposobów, dwu stylów dyskursu na temat zaburzeń mowy:

- stylu naukowego – formułowanego w oparciu o profesjolekt medyczny, lingwistyczny i psychopedagogiczny;
- stylu potocznego – formułowanego w odniesieniu do praktyki, a opartego na potocznej polszczyźnie.

Występuje wyraźny problem spójności opisu zaburzeń i prowadzenia terapii osób nimi dotkniętych, co prowadzić może do „zaburzeń komunikacji” między specjalistami. Styl naukowy domaga się precyzji, odpowiedniej terminologii, przedstawienia dowodów popierających formułowane tezy czy proponowane sposoby prowadzenia terapii. Styl potoczny może sobie pozwolić na ogólne stwierdzenia niepoparte dowodami, prowadzące do konkluzji „magicznych”: „rób to a to, bo to działa, nieważne dlaczego” lub prezentacji swoich przekonań: „jestem przekonany,

że jest tak a tak”. Wypowiedzi formułowane w takim dyskursie nie mogą być już akceptowane w logopedii XXI wieku, ponieważ potencjalnie prowadzić mogą do związków nieetycznych, pseudonaukowych, narażających na szkodę osoby poddawane terapii lub ich rodziny.

Na progu XXI wieku należy natomiast postawić kilka ważnych pytań, na które udzielone odpowiedzi będą miały zasadnicze znaczenie dla logopedii. W przypadku zaburzeń płynności mowy brzmią one następująco:

- Jakie są wzajemne zależności czynników biologicznych i psychospołecznych?
- Czy i w jaki sposób neurobiologiczne podłoże wpływa na psychikę i funkcje wykonawcze?
- Czy i w jaki sposób stany psychiczne wpływają na funkcjonowanie somatyczne?
- Czy wnioski mogą być przydatne w praktyce?

Udzielenie odpowiedzi na powyższe pytania pozwoliłoby prawdopodobnie na syntezę teorii i praktyki w opisywanych zaburzeniach.

## Jąkanie – teoria i praktyka

### Teoria

Jąkanie jest najczęściej występującym zaburzeniem płynności mowy, towarzyszy naszemu gatunkowi od samego początku posługiwania się mową. Wedle różnych źródeł jąka się mniej więcej 1% (dokładnie 0,76%) populacji (Craig, Tran, 2005) – przy czym odsetek zmienia się od około 1,5% w dzieciństwie do około 0,5% u dorosłych. Przypadki jąkania opisują różne źródła historyczne oraz Biblia. Jąkał się prawdopodobnie Mojżesz (ST, Wj 4,10) i wiele innych postaci znanych w historii cywilizacji.

Obecnie dość powszechnie przyjmuje się już kompleksowy charakter zaburzenia, to jest uważa się, że jąkanie jest zaburzeniem płynności mówienia, w którym występują symptomy opisywane na różnych poziomach: komunikacyjnym, psychicznym i neurofizjologicznym. Na poziomie komunikacyjnym objawem dominującym jest patologiczna niepełność mówienia polegająca przede wszystkim na blokowaniu, przeciąganiu i powtarzaniu dźwięków mowy. Na poziomie psychicznym zwraca uwagę świadomość występowania zaburzenia, przewidywanie wystąpienia niepełności i wiążące się z tym reakcje lękowe o charakterze patologicznym (logofobia). Na poziomie neurofizjologicznym głównym objawem jest podniesione napięcie mięśniowe w obrębie narządów mowy (spastyczność). Chociaż między opisywanymi symptomami zachodzą sprzężenia zwrotne, to za symptom podstawowy jąkania należy uznać specyficznie patologiczną niepełność mówienia (Woźniak, 2008a).

Poniżej rozpatrzmy czynniki warunkujące to zaburzenie, co sprowadza się głównie do wyjaśnienia przyczyn zaburzenia płynności wypowiedzi.

Analiza czynników predysponujących sprowadza się obecnie do rozważania ich na poziomie biologicznym. Szczególne zasługi dla określenia podłoża jąkania mają tech-



niki neuroobrazowania, które umożliwiły badanie nie tylko struktur anatomicznych, ale aktywności poszczególnych rejonów mózgu w czasie mówienia (pozytonowa tomografia emisyjna – PET, tomografia emisyjna pojedynczych fotonów – SPECT, funkcjonalny rezonans magnetyczny – fMRI) czy architektury i gęstości połączeń w obrębie traktów neuronalnych istoty białej (traktografia/obrazowanie tensora dyfuzji – DTI). Badania oparte na neuroobrazowaniu prowadzone od lat 90. XX wieku pozwalają sformułować szereg wniosków na temat biologicznego podłoża jąkania. Są to:

- 1) wnioski neuromorfologiczne;
- 2) wnioski neurofunkcjonalne (por. Neumann, Euler, 2010).

### **Ad 1. Wnioski neuromorfologiczne**

W podsumowaniu licznych prac dotyczących strukturalnych zmian zachodzących u osób jękających się Katrin Neumann i Harald Euler (2010: 363) wymieniają:

#### **W przypadku utrzymującego się jąkania (*persistent stuttering*):**

1. Zaburzenia integracji istoty białej dotyczące:
  - sensomotorycznej reprezentacji narządów artykulacyjnych, takich jak krtań, gardło, język w lewej okolicy wieczka Rolanda – dorośli i dzieci;
  - traktu korowo-rdzeniowo/korowo-jądrowego i zakrętu nadbrzeża (40. pole Brodmana) – dzieci;
  - wewnętrznej kory przedruchowej – młodzież.
2. Obniżona albo atypowa (pravo-lewa) asymetria funkcjonalna półkul w obszarach mowy – dorośli.
3. Powiększony płat skroniowy, prawy większy niż lewy – dorośli.
4. Odmienności w pofałdowaniu kory i inne anatomiczne anomalie – dorośli, młodzież, dzieci.
5. Zwiększenie istoty szarej w jądrach podstawnych – dorośli.

#### **W przypadku wyleczonych z jąkania**

- zmniejszenie istoty szarej w lewym zakręcie czołowym dolnym (dorośli i dzieci) i obustronnie w obszarach skroniowych (dzieci).

Zasadnicze znaczenie dla objaśnienia powstawania nie płynności przy odwołaniu się do neuroanatomii ma udowodnienie rozrzedzenia/zmniejszenia liczby połączeń w istocie białej w obszarach istotnych dla powstawania wypowiedzi. Badania osób jękających się oparte na neuroobrazowaniu rozpoczęły się w latach 90. XX wieku. Jednym z pierwszych doniesień wpływających na istotną zmianę postrzegania podłoża nie płynności była praca Martina Sommera i in. (2002). Praca ta dowodziła prawie trzykrotnej redukcji połączeń w istocie białej w okolicach wieczka Rolanda w lewej półkuli mózgu u jękających się dorosłych, którzy jękają się od dzieciństwa. Tak znaczna redukcja połączeń istotnie zaburza przygotowanie i realizację motoryczną płynnej wypowiedzi. Nie można było jednak rozstrzygnąć, czy obserwowany deficyt był następstwem wieloletniego jąkania, czy jego przyczyną. Odpowiedź na to pytanie mogły przynieść tylko badania wykonane na dzieciach, które zaczynają się

jąkać. W ostatnich latach dowodów na potwierdzenie tej tezy dostarczyły badania Soo-Eun Chang i Davida C. Zhu (2013).

Badania te wykazują, iż jąkające się dzieci w porównaniu z niejąkającymi się rówieśnikami mogą wykazywać osłabioną funkcjonalną i strukturalną łączliwość zarówno w sieciach neuronowych obszarów słuchowo-motorycznych (odpowiedzialnych za autokontrolę), jak i w połączeniach jąder podstawnych z obszarami wzgórzo-korowymi (odpowiedzialnych za planowanie wypowiedzi „naprzód”), przede wszystkim w lewej półkuli mózgu (Chang, Zhu, 2013). U jąkających się dzieci może ponadto dochodzić do odmienności w zakresie organizacji istoty białej w mózgu (struktur odpowiedzialnych za połączenia), szczególnie w obszarach wymienionych wyżej, ale też w innych rejonach mózgu (prawa półkula i ciało modzelowate – struktura łącząca obie półkule), co powodowane jest subtelnymi różnicami w rozwoju istoty białej między 3. a 10. rokiem życia. Zaobserwowano także zmniejszenie liczby połączeń między lewą skorupą a dodatkową korą ruchową i słuchową oraz lepsze połączenia słuchowo-ruchowe u niejąkających się w lewej półkuli, a u jąkających się dziewczynek w półkuli prawej (Chang, Zhu, Choo, Angstadt, 2015).

W podsumowaniu należy stwierdzić, że w świetle najnowszej wiedzy przyczyną niepłynności w jąkaniu w większości przypadków są neuroanatomiczne różnice na poziomie mózgu, prawdopodobnie warunkowane genetycznie. Różnice anatomiczne dotyczą głównie osłabienia połączeń w obwodach planowania i kontroli wypowiedzi. Może to prowadzić do zaburzeń funkcjonalnych: opóźnień w przetwarzaniu informacji oraz wiązać się z zaburzeniami lateralizacji w zakresie słuchowej kontroli wypowiedzi (wykorzystywanie prawej półkuli i lewego ucha do kontroli wypowiedzi u praworęcznych) (por. Woźniak, 2015).

## Ad 2. Wnioski neurofunkcjonalne

Dowody neuroanatomiczne skłoniły badaczy do formułowania wniosków na temat konsekwencji wpływu zaburzeń aktywności jąder podstawnych oraz zbyt małej wydolności połączeń w obwodach planowania i kontroli wypowiedzi półkuli lewej u osób jąkających się. Dotyczy to głównie połączeń istotnych w przygotowaniu motorycznym wypowiedzi (pętli I), w skład których wchodzi następujące struktury mózgu: prążkowie, gałka biała, istota czarna → wzgórze → ośrodek Broki → kora ruchowa → prążkowie..., a także połączeń wykonawczo-kontrolnych (pętli II), które obejmują takie jednostki, jak: kora ruchowa (→ sygnał mowy) → → kora słuchowa ↔ ośrodek Broki → kora ruchowa... Fizjologiczne modele powstawania wypowiedzi niepłynnej wskazują na fazowość zmiany przebiegu funkcji pierwotnie fizjologicznie prawidłowej (Giraud i in., 2008). W przypadku mówców płynnych uproszczony fizjologiczny przebieg powstawania sygnału mowy wygląda następująco: wzbudzenie następuje w pętli I, czego wynikiem jest sekwencyjna aktywność motoryczna narządów mowy i wytworzenie sygnału mowy, po czym następują sprzężenia zwrotne w pętli II, pomiędzy korą motoryczną, ośrodkiem Broki i korą słuchową, których pozytywny wynik umożliwi dalszą płynną mowę.

U osób jękających się występują strukturalne zaburzenia połączeń w pętli I (głównie w połączeniach między ośrodkiem Broki a korą ruchową), co powoduje zaburzenia w funkcjonowaniu pętli korowo-prążkowiowej i oznacza w rezultacie problemy z rozpoczynaniem wypowiedzi, występowanie bloków, powtórzeń, tłumienie planowania kolejnych segmentów wypowiedzi, zaburzenia artykulacyjnych i czasowych wzorców mowy – zaburzenia realizacji rytmicznej (faza 1). Kolejną fazą jest próba kompensacji zaburzonych funkcji poprzez uaktywnienie analogicznych obszarów w prawej półkuli mózgu i zwiększenie jej aktywacji. Prowadzi to do częściowej poprawy, ale powoduje też wystąpienie w wypowiedzi poprawiania i opóźnień. Stan taki stabilizuje jękanie (faza 2). Jeżeli osoba jękająca się podda się terapii, następuje reaktywacja obszarów sąsiadujących z anatomicznymi anomaliami i powrót przebiegu funkcji mowy do lewej półkuli, przy jednoczesnym zmniejszeniu aktywności półkuli prawej (faza 3). **Oznacza to konieczność wykorzystania w terapii osób jękających się metod kształtowania płynności mowy, które aktywizują ośrodki lewopółkulowe, a zmniejszają aktywację półkuli prawej. Dowodzą tego liczne badania osób po terapii zakończonej sukcesem wykonane w oparciu o neuroobrazowanie** (Neumann, Euler, 2010).

Nadaktywacja ośrodków mowy prawej półkuli mózgu tłumaczona jest zatem obecnie jako kompensacja deficytu półkuli lewej. W tym kontekście rozważenia wymagają bardzo interesujące obserwacje, które wynikają z badań audiogennych uwarunkowań zaburzeń jękania. 65% osób jękających się ma przewagę ucha lewego w autokontroli słuchowej (przy uwzględnieniu rodzaju przewodnictwa sygnału mowy – w tym wypadku: kostnego). Jednocześnie 75% spośród badanych wykazywało dominację ucha prawego dla rozumienia mowy (Kurkowski, 2013). Powyższe wnioski mogą potwierdzać tezę o funkcjonalnej kompensacji prawopółkulowej, a jednocześnie tłumaczyć zwiększoną podatność na zaburzenia przygotowania wypowiedzi z powodu stresu: wykorzystanie prawopółkulowych mechanizmów kontrolnych mowy łatwiej ulega zaburzeniom z powodu negatywnych emocji, a ponadto wymaga włączenia w proces powstawania i kontroli wypowiedzi dodatkowych połączeń międzypółkulowych (ciało modzelowate). Zaburzenie lateralizacji słuchowej może być czynnikiem nasilającym jękanie, działającym na tle innych funkcjonalnych i strukturalnych deficytów połączeń w mózgu, na przykład (poza opisanymi wcześniej) liczby połączeń w ciele modzelowatym. Jest to dodatkowo prawdopodobne, ponieważ 17% populacji z lewopółkulowo zlokalizowaną mową ma dominację lewego ucha w kontroli słuchowej (Kurkowski, 2013: 138), a jękanie notujemy tylko w niecałym 1% populacji, z których tylko 2/3 ma lateralizację lewouszną. Oznacza to niemożność uznania audiogennych uwarunkowań za główną przyczynę powstawania niepłynności. Tendencję do lewouszności uznamy raczej za strategię kompensacyjną. Nie zmienia to faktu konieczności wyjaśnienia powiązań strategii autokontroli słuchowej z czynnikami środowiskowymi (np. stresem) oraz strukturalnymi i funkcjonalnymi połączeniami w mózgu. Przyszłe badania osób jękających się, uwzględniające ocenę logopedyczną, czas wystąpienia jękania, neuroobrazo-

wanie, testy przetwarzania słuchowego i skale lękowe, prawdopodobnie przyniosą rozstrzygnięcia w omawianych kwestiach. Nieprawdopodobne natomiast wydaje się całkowite wykluczenie czynników emocjonalnych z etiologii jąkania i zastąpienie ich tylko anatomicznymi.

W przypadku rozważania kwestii emocji, stresu i reakcji lękowych występujących u osób jąkających się należy obecnie postawić pytanie: do jakiego stopnia nasilenia objawów można mówić o logofobii jako o symptomie jąkania? Czy nie należy w przypadku dużego nasilenia objawów nie traktować jej jako odrębnej jednostki, to jest fobii społecznej? Fobia społeczna jest jednostką wyróżnianą przez współczesną psychiatrię i charakteryzuje się bardzo zbliżonymi objawami do tych, które są opisywane w przypadku lęku występującego w rozwiniętym jąkanu, przy czym nie musi się koniecznie wiązać z niepełnością mówienia. Fobia społeczna ma swoje wykładniki na poziomie neurofunkcyjnym (dotyczące neurotransmisji) i jest leczona farmakologicznie.

Uwzględnienie psychicznego wymiaru jąkania ma głęboki sens terapeutyczny, jest jedną z podstaw diagnozowania tego zaburzenia. W tym kontekście należy rozważać czynniki wyzwalające i podtrzymujące jąkanie, które mają charakter psychologiczny i środowiskowy. U niektórych osób jąkających rozwija się silna fobia środowiskowa. W związku z tym otrzymujemy wzajemny układ powiązań między jąkanem a fobią społeczną:

- 1) jąkanie bez fobii społecznej;
- 2) fobia społeczna bez jąkania;
- 3) jąkanie współwystępujące z fobią społeczną:
  - a) wyrażoną w stopniu lekkim i umiarkowanym,
  - b) wyrażoną w stopniu ciężkim.

Można zatem stwierdzić, że fobia społeczna (zespół lęku społecznego) i jąkanie to często zjawiska wzajemnie się przenikające. Wiele objawów niepełności mowy wynika z lęku przed mówieniem – logofobii, a jednocześnie niepełność prowadzi do logofobii. Z drugiej strony logofobia – definiowana jako lęk przed wypowiedzeniem określonych dźwięków czy wyrazów lub mówieniem w pewnych sytuacjach – jest jednym z objawów fobii społecznej. Nierzadkie są sytuacje, w których pomimo skutecznej terapii niepełności mówienia pozostają objawy fobii społecznej, będąc potem czynnikiem ryzyka nawrotu jąkania i zaostrzenia się innych objawów fobii społecznej.

## Terapia

Rozważania na temat terapii osób jąkających się należy rozpocząć od określenia jej zamierzonych celów. Obecnie przyjmuje się, że nie ma obligatoryjnego wymogu osiągnięcia u pacjenta stałej płynności mówienia we wszystkich sytuacjach komunikacyjnych. **Cele terapii są dopasowywane do potrzeb pacjenta:** od redukcji niepełności do prawie zerowego poziomu niepełnych sylab (poniżej 2%), utrzy-

mującej się stale, poprzez możliwość wykorzystywania technik kontroli płynności w sytuacjach tego wymagających a swobodnym jękananiu się w sytuacjach łatwych dla pacjenta emocjonalnie, aż do zmiany nastawienia do mówienia przy utrzymującej się niepełności. Przyjmuje się także różne strategie i sposoby prowadzenia terapii w zależności od wieku, rodzaju jękania i oczekiwań pacjenta. Są to na przykład: terapia pośrednia, terapia bezpośrednia, metody kształtowania płynności lub modyfikacji niepełności, oddziaływania psychoterapeutyczne i społeczne. Za najważniejszy należy uznać czynnik jakości życia pacjenta, jego zadowolenia.

Dość powszechnie przyjmuje się podział metod terapii osób jękanujących się ze względu na wiek na trzy grupy wiekowe (McCauley, Guitar, 2010):

- 1) dzieci w wieku przedszkolnym,
- 2) dzieci w wieku szkolnym i młodzież,
- 3) osoby dorosłe.

### **Ad 1. Dzieci w wieku przedszkolnym**

Najbardziej rozpowszechnioną metodą pracy z dziećmi jest stosowanie metod terapii pośredniej, opierającej się na założeniach Charlesa Van Ripera (1973). Zakłada się zatem oddziaływanie na dziecko poprzez jego otoczenie: redukcję kar, frustracji, lęków związanych z mówieniem niepełnym, akceptację dla występujących u dziecka niepełności, redukcję stresu komunikacyjnego, jak również dostarczanie wzorców prawidłowego mówienia oraz budowanie pewności siebie.

Co ciekawe, w ostatnich latach wzrasta popularność stosowania terapii bezpośredniej, głównie za sprawą Lidcombe Program, który opiera się na założeniach terapii behawioralnej. Jego celem jest osiągnięcie wolnej od niepełności mowy (etap I) i utrzymaniu tego efektu, jego stabilizację (etap II). Praca w programie jest wykonywana głównie przez rodziców i polega na koncentrowaniu uwagi dziecka na jego płynnych wypowiedziach i eliminowaniu wypowiedzi niepełnych podczas codziennych konwersacji. Zadaniem logopedy jest wyszkolenie rodziców w odpowiednim reagowaniu na wypowiedzi dziecka i wykonywaniu pomiarów nasilenia niepełności oraz zapewnienie odpowiedniego tempa realizacji programu. Rodzice podczas codziennych wymian dialogowych, w wielu różnych sytuacjach, w zmiennym otoczeniu, okazjonalnie komentują wypowiedzi dziecka, zarówno płynne, jak i niepełne. Zadaniem logopedy jest nauczenie rodziców takiego sposobu komentowania, aby było ono przyjemne dla dziecka i nie ingerowało znacząco w formułowanie samej wypowiedzi. Ann Packman określiła cel programu jako mówienie bez jękania w naturalnym otoczeniu pomimo „szorstkich” wymagań komunikacji dnia codziennego (Onslow i in., 2003: 204). Kolejną zasadą Lidcombe Program jest to, aby dzieci dobrze bawiły się przy jego realizacji. Nikt nie oczekuje od nich zrozumienia tego, co się dzieje, chodzi tylko o to, aby w rozmowach z rodzicami znajdowały przyjemność. Jeśli dziecko w trakcie realizacji programu nie chce „bawić się” w rozmowy z rodzicami, to jest to wyraźnym sygnałem, że coś idzie „nie tak” i wówczas albo logopeda, albo rodzice muszą dokonać szybkiej zmiany sposobu prowadzenia terapii (Harrison, Onslow, 2010: 119).

U podstaw opracowania programu leżały obserwacje praktyczne wskazujące, że zmniejszenie napięcia w sylabach inicjalnych i „zwolnienie” mowy dziecka prowadzi do znacznej poprawy płynności. Rozległe badania kliniczne prowadzone przez długi czas, uwzględniające dokładne pomiary procentu nie płynnych sylab i rygorystyczną ocenę statystyczną wyników dowiodły, że u dzieci, które chwali się za momenty płynnego, nienapiętego, wolniejszego sposobu mówienia, zarówno podczas konwersacji terapeutycznych w bezpośrednim kontakcie, ale także na odległość, przy pomocy telełączy (*telehealth*, telemedycyna – to rozwiązanie często stosowane w Australii), pojawia się i utrzymuje poprawa płynności mowy. Co ciekawe, mimo wyrażanych przez niektórych autorów obaw o bezpieczeństwo emocjonalne dzieci, którym zwraca się uwagę na nie płynność, badania statystyczne nie wykazały wzrostu lęku czy niepokoju po terapii LP (Harrison, Onslow, 2010).

Pomimo różnic w podejściu do objawów jąkania w przypadku różnych metod terapii warto zwrócić uwagę na podobieństwa ujawniające się w różnych formach pracy z dziećmi jękającymi się – mam tu na myśli programy: Lidcombe, Charlesa Van Ripera, Ingerit Wygotskiej (za: Tarkowski, 1985), program Palin Parent-Child Interaction (Botterill, Kelman, 2010). Znajduję aż 7 takich podobieństw:

1. Wszystkie metody podkreślają konieczność włączenia do terapii rodziców, często w interakcjach sam na sam z dzieckiem.
2. Wszystkie podkreślają konieczność przeznaczenia czasu w celu „specjalnych oddziaływań”: czy to zabaw, relaksacji, wolniejszego mówienia do dziecka, czy stosowania pochwał i próśb o korektę.
3. W każdym przypadku ćwiczenia mają być dobrą zabawą, a nie nudnym obowiązkiem.
4. Wszystkie podejścia terapeutyczne podkreślają konieczność zbudowania kontaktu z dzieckiem opartego na zaufaniu i wzajemnej akceptacji oraz zapewnienie dziecku poczucia bezpieczeństwa i wiary we własne siły.
5. Rola logopedy sprowadza się w większości przypadków do cotygodniowego instruktażu, wspierania i kontroli terapii rodziców. Bardzo ważne jest rozbudzenie u rodziców nadziei i wiary w powodzenie terapii, zachęcanie ich do konsekwentnego i długotrwałego wysiłku. Konieczna jest likwidacja często występujących u rodziców negatywnych emocji związanych z występowaniem jąkania u dziecka czy poczucia winy.
6. Czas trwania terapii zwykle wynosi minimalnie 3 miesiące, ale wymaga przedłużenia nawet do ponad 12 miesięcy, przy czym zakłada się skrupulatną i systematyczną ocenę postępów.
7. Dąży się do normalnej płynności mowy.

## **Ad 2. Dzieci w wieku szkolnym i młodzież**

W przypadku dzieci w wieku szkolnym i młodzieży obecnie powszechne jest łączenie metod kształtowania płynności mowy (techniki przedłużonego mówienia,

delikatny start mowy – techniki rytmizacji mówienia) z treningiem efektywnej komunikacji społecznej.

Aktualny stan wiedzy pozwala na sformułowanie tezy, że terapia nastawiona na kształtowanie płynności mówienia wpływa na zmianę organizacji zaburzonych funkcji programowania i kontroli mowy w mózgu. Dane pochodzące z badań przy wykorzystaniu funkcjonalnego rezonansu magnetycznego (fMRI) dowodzą, że następuje zmiana aktywności półkulowej w wyniku terapii kształtującej płynność: obserwuje się podniesienie prawidłowej aktywności lewej półkuli mózgu przy zmniejszeniu aktywności prawej półkuli. Efekt ten jest względnie trwały i utrzymuje się także w czasie 2 lat po zakończeniu terapii (Neuman, Euler, 2010). Należy uznać tę formę terapii za zalecaną, gdyż jej skuteczność jest udowodniona. W odniesieniu do niepłynności mówienia w jękanii zaawansowanym, o którym można już mówić w tej grupie wiekowej, przyjmujemy dwa różne cele:

- ukształtowanie płynności mówienia;
- modyfikację niepłynności w jej łatwiejszą postać.

W terapii nie napotkamy całkowicie nowych sposobów kształtowania płynności – w znanych na świecie ośrodkach i powszechnie stosowanych programach terapeutycznych wciąż używa się w różnych proporcjach technik wykorzystujących podparcie oddechowe, delikatny start mowy i jej zwolnienie, pauzowanie, rytmizację mówienia, wspomaganie aparaturowe lub modyfikacje niepłynności oparte na zasadach opracowanych przez Ch. Van Ripera. Uwagę zwracają precyzyjne reguły prowadzenia ćwiczeń (częstotliwość, czas, przebieg ćwiczeń), szerokie wykorzystywanie technik komputerowych, audiowizualnych oraz wspomaganie aparaturowego, ciągła ewaluacja wyników i wielka systematyczność wykonywanych działań.

Za główne cele redukcji logofobii i kształcenia kompetencji efektywnej komunikacji społecznej należy uznać:

- przeciwdziałanie zachowaniom lękowym;
- akceptacja zdarzających się niepłynności i towarzyszących im innych objawów;
- trening pewności siebie we wszystkich sytuacjach komunikacyjnych.

Cele te osiąga się głównie poprzez włączenie do terapii rodziny, budowanie społeczności komunikacyjnej (grupy), stosowanie wzmocnień poprzez system nagradzania oraz stopniowanie trudności: trening indywidualny łączony jest początkowo z treningiem grupowym, stopniowo wprowadza się sprawdziany pozagabinetowe, w coraz trudniejszych sytuacjach społecznych (por. Yaruss, Pelczarski, Quesal, 2010).

### **Ad 3. Osoby dorosłe**

Należy zwrócić uwagę na generalne stosowanie u osób dorosłych metod analogicznych jak u młodzieży. Biorąc pod uwagę fakt występowania u niektórych osób dorosłych znacznego nasilenia objawów fobii wykraczających poza lęk związany z mówieniem, warto rozważyć kwestię włączenia do terapii lekarzy psychiatrów i stosowania farmakoterapii. Oczywiście nie są to leki na płynność mowy, ale na współwystępującą z jękaniem fobią społeczną. Najrozsądniejsze wydaje się w takich

wypadkach prowadzenie terapii logopedycznej przy wsparciu farmakoterapii. Tego rodzaju rozwiązania wydają się na razie bardziej skuteczne niż stosowanie leków na płynność mowy, choć próby tego rodzaju także są podejmowane. Testuje się leki oddziałujące na neurotransmisję: głównie z grupy antagonistów receptorów GABA – kwasu gamma-aminomasłowego (pagoclone) i dopaminy (risperidon i olanzepina). Wstępne wyniki wskazują na możliwość redukcji objawów jąkania, ale postuluje się także stosowanie terapii kombinowanej: logopedyczno-farmakoterapeutycznej (Maguire i in., 2010).

U osób dorosłych możliwe jest też stosowanie cyfrowych korektorów mowy, choć w tym wypadku konieczna jest odpowiedź na pytanie, czy ma być to „przezwyciężenie” pacjenta, czy element terapii (motywacja, wsparcie w treningu komunikacji społecznej). Oba rozwiązania są możliwe – pierwszy w przypadku uporczywego jąkania niepoddającego się terapii, stanowi wsparcie w komunikacji jak aparat słuchowy, drugi w treningu płynności mowy umożliwi łatwiejsze wprowadzanie technik płynnego mówienia w sytuacji pozagabinetowej.

W ogólnej ocenie wszystkich metod terapii osób jąkających się na początku XXI wieku zwraca uwagę powszechny wymóg oceny skuteczności metod przy pomocy metod statystycznych i eksperymentów naukowych, co w praktyce oznacza stosowanie zasad EBP i próbę przejścia w dyskursie terapeutycznym od stylu „magicznego” do naukowego.

## Giełkot – teoria i praktyka

### Teoria

Giełkot (ICD –10 F 98.6, ICD – 9 307.0) jest zaburzeniem płynności mówienia związanym z szybkim i nieregularnym tempem mówienia. Często występuje na tle innych zaburzeń: trudności w uczeniu się, ADHD. Objawy niepłynności mówienia w giełkocie różnią się od objawów w jąkaniu i polegają głównie na niespastycznych powtórzeniach, dźwiękach wtrąconych. Objawom tym towarzyszy ogólne obniżenie precyzji artykulacyjnej wypowiedzi. Z niepłynnością mówienia współwystępują objawy opisywane na płaszczyźnie językowej, psychicznej i neurofizjologicznej. Na płaszczyźnie językowej jest to obniżona spójność gramatyczna i semantyczna wypowiedzi, na płaszczyźnie psychicznej – słaba koncentracja, wąski zakres uwagi, osłabiona zdolność wsłuchiwania się, natłok myśli, nadpobudliwość, nieświadomość doświadczanych trudności, na płaszczyźnie neurofizjologicznej są to natomiast nieprawidłowości w zapisie EEG (Woźniak, 2008b).

Osoby z giełkotem nie kontrolują swoich wypowiedzi, w tym głównie tempa i artykulacji, co prowadzi do niepłynności (St. Louis i in., 1985). Już wczesne studia wskazywały na prawdopodobne istnienie czynnika organicznego, stanowiącego o podłożu tego zaburzenia – istniała hipoteza „centralnego zaburzenia mowy” (*cen-*



*tral language impairment*), które miałyby oddziaływać na wiele kanałów komunikacji i stanowić podłoże gielkotu, różne od jąkania, które miało mieć raczej podłoże funkcjonalne (Weiss, 1964, za: Tarkowski, Smul, 1988).

W ostatnich latach obszerne badania na temat gielkotu przedstawiła Yvonne van Zaalen-op't Hof (2009). W poszukiwaniu neurolingwistycznych różnic między obu zaburzeniami autorka prezentuje wyniki badań wykonanych przy pomocy fMRI grupy 16 praworęcznych jąkających się, u których nie występuje gielkot, i 14 osób z gielkotem, przy wykluczeniu jąkania. Badania wskazują na założone wstępnie różnice w patogenezie obu zaburzeń. U osób z gielkotem w porównaniu z jąkającymi się stwierdza się wyższą aktywność w prawym zakręcie przedśrodkowym, dolnym zakręcie czołowym i lewej wyspie. Interesujące jest, że aktywność obszarów motorycznych u osób z gielkotem w czasie wykonywania zadań stopniowo wzrastała, gdy u jąkających pozostawała względnie stabilna i dotyczyła innych obszarów – kory przedruchowej i płata skroniowego. Obszary nadmiernie aktywowane w prawej półkuli mózgu są prawdopodobnie wynikiem strategii kompensacyjnych i wskazują na deficyt analogicznych ośrodków lewopółkulowych. Obszary te biorą udział w kontroli motorycznej, planowaniu i wykonaniu zachowania motorycznego (artykulacji) i wymagają precyzyjnej integracji informacji w czasie.

Inne badania wskazują na deficyty w zakresie kory brzuszno-przedczołowej, które mogą powodować gielkot (Schmolck, Qureshi, Schulz, 2010).

W podsumowaniu należy stwierdzić, że główny deficyt neuroanatomiczny leżący u podłoża gielkotu dotyczy obszarów czołowych lewej półkuli odpowiedzialnych za planowanie motoryczne i kontrolę zachowania. Tym można tłumaczyć opisywane objawy niepełności, trudności w budowie wypowiedzi, ale też irytacji, osłabienia koncentracji i uwagi oraz zachowań antyspołecznych.

W gielkocie stwierdza się głównie deficyty w zakresie kodowania gramatycznego: syntaktycznego i fonologicznego zdania oraz monitorowania wypowiedzi. Powoduje to kłopoty z budowaniem prawidłowych struktur zdaniowych w odpowiednim czasie. Badania nie potwierdzają problemów z planowaniem treści wypowiedzi. Opisywany defekt nie dotyczy też problemów związanych z czynnościami motorycznymi narządów mowy (Van Zaalen-op't Hof, 2009).

## Terapia

W terapii logopedycznej osób z gielkotem nie możemy odnotować istotnych zmian w porównaniu do lat poprzednich (por. Tarkowski, Smul, 1988). Terapia logopedyczna w tym wypadku różni się od terapii osób jąkających się i w odniesieniu do sprawności komunikacyjnych polega na:

- zwolnieniu tempa mówienia;
- ukształtowaniu poprawnej dykcji;
- ćwiczeniach budowania poprawnych tekstów;
- usunięciu trudności w czytaniu i pisanii.

W odniesieniu do objawów psychicznych wyróżniamy dwa podstawowe cele:

- zwiększenie kontroli zachowania;
- zwiększenie koncentracji uwagi i poszerzenie jej zakresu (Woźniak, 2008b).

Należy zwrócić uwagę na fakt, że stosowanie niektórych metod skutecznych w przypadku jąkania – na przykład wykorzystanie echokorekcji dla poprawy płynności mowy lub technik relaksacyjnych – działa przeciwnie w przypadku gielkotu, nasilając jego objawy.

W aktualnej literaturze nie ma doniesień na temat stosowania leków w terapii gielkotu – jedyne opracowanie pochodzi sprzed pięciu dekad (Sedláčková, 1970). Autorka opracowania dokonuje przeglądu badań osób z gielkotem leczonych farmakologicznie i stwierdza skuteczne działanie neuroleptyków na objawy gielkotu (por. Tarkowski, Smul, 1988: 51).

W przypadku gielkotu należy, moim zdaniem, rozważyć możliwość zastosowania form psychoterapii i farmakoterapii podobnych jak w ADHD. Być może będzie to terapia wspomagająca logopedyczną terapię osób z tym zaburzeniem. Wymaga to jednak dalszych badań.

W podsumowaniu należy stwierdzić, że gielkot jest zaburzeniem, któremu poświęca się mniej uwagi niż jąkaniu. Prawdopodobnie wynika to z faktu, że jest ono mniej uciążliwe dla pacjentów i stanowi mniejszy problem społeczny. Terapię gielkotu rozpatruje się głównie w odniesieniu do trudności w uczeniu się i oddziaływaniu na poziom planowania i kontroli, nie realizacji motorycznej wypowiedzi (Van Zaalen-op't Hof, 2009).

## Bibliografia

- Botterill W., Kelman E. (2010). *Palin Parent-Child Interaction*. W: B. Guitar, R. McCauley, red., *Treatment of Stuttering. Established and Emerging Interventions* (s. 63–90). Baltimore, MD: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Chang S.E., Zhu D.C. (2013). Neural network connectivity differences in children who stutter. *Brain*, 136 (2), 3709–3726; doi: 10.1093/brain/awt275. Epub 2013 Oct 16.
- Chang S.E., Zhu D.C., Choo A.L., Angstadt M. (2015). White matter neuroanatomical differences in young children who stutter. *Brain*, 138 (3), 694–711; doi: 10.1093/brain/awu400. Epub 2015 Jan 24.
- Harrison E., Onslow M. (2010). The Lidcombe Program for Preschool Children Who Stutter. W: B. Guitar, R. McCauley (red.), *Treatment of Stuttering. Established and Emerging Interventions* (s. 118–140). Baltimore, MD: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Giraud A-L., Neumann K., Bachoud-Levi A.-C., von Gudenberg A.W., Euler H.A., Lanfermann H., Preibisch C. (2008). Severity of disfluency correlates with basal ganglia activity in persistent developmental stuttering. *Brain and Language*, 104, 190–194.
- Kurkowski Z.M. (2013). *Audiogenne uwarunkowania zaburzeń komunikacji językowej*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Maguire G.A., Riley G., Franklin D.L., Gumusaneli E. (2010). The Physiologic Basis and Pharmacologic Treatment of Stuttering, *Treatment of Stuttering. Established and Emerging Interventions*.

- W: B. Guitar, R. McCauley, red., *Treatment of Stuttering. Established and Emerging Interventions* (s. 329–342). Baltimore, MD: Lippincott, Williams & Wilkins.
- McCauley R.J., Guitar B.E. (2010). Summary and Future Directions. W: B. Guitar, R. McCauley, red., *Treatment of Stuttering. Established and Emerging Interventions* (s. 378–391). Baltimore, MD: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Neumann K., Euler H.A. (2010). Neuroimaging and Stuttering. W: B. Guitar, R. McCauley (red.), *Treatment of Stuttering. Established and Emerging Interventions* (s. 355–377). Baltimore, MD: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Onslow M., Packman A., Harrison E. (2003). *The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention: A Clinicians' Guide*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Schmolck H., Qureshi S.U., Schulz P.E. (2010). Neuropsychiatry and Behavioral Neurology. W: L.A. Rolak, red., *Neurology Secrets, Fifth Edition* (s. 247–260). Mosby – Elsevier; <https://doi.org/10.1016/C2009-0-55001-5>.
- Sedláčková E. (1970). A contribution to Pharmacotherapy of Stuttering and Cluttering. *Folia Phoniatria et Logopaedica*, 22 (4–5), 354–375.
- Sommer M., Koch M.A., Paulus W., Weiller C., Büchel C. (2002). Disconnection of speech-relevant brain areas in persistent developmental stuttering. *Lancet*, 360 (9330), 380–383.
- St. Louis K., Mowry A., Hull F.M. (1985). Studies of cluttering: disfluency and language measures in young possible clutterers and stutterers. *Journal of Fluency Disorders*, 10 (3), 151–172.
- Tarkowski Z. (1985). *Terapia jąkania dzieci w wieku przedszkolnym*. Warszawa: Materiały dydaktyczne Pomagisterskiego Studium Logopedii UW.
- Tarkowski Z., Smul M. (1988). *Giełkot*. Warszawa: Wydawnictwo ZSL.
- Van Riper Ch. (1973). *The Treatment of Stuttering*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Van Zaalen-op't Hof, Y. (2009). *Cluttering identified. Differential diagnostic between cluttering, stuttering and speech impairment related to learning disability*. Utrecht: University of Utrecht.
- Woźniak T. (2008a). Standard postępowania logopedycznego w przypadku jąkania. *Logopedia*, 37, 217–226.
- Woźniak T. (2008b). Standard postępowania logopedycznego w przypadku giełkotu. *Logopedia*, 37, 227–234.
- Woźniak T. (2015). Diagnostyka i terapia osób z zaawansowanym jąkaniem. W: S. Grabias, J. Pansius, T. Woźniak, red., *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego* (s. 797–835). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Yaruss J.S., Pelczarski K., Quesal, R.W. (2010). Comprehensive Treatment for School-Age Children Who Stutter: Treating the Entire Disorder. W: B. Guitar, R. McCauley, red., *Treatment of Stuttering. Established and Emerging Interventions* (s. 215–244). Baltimore, MD: Lippincott, Williams & Wilkins.

## Streszczenie

Artykuł jest próbą syntezy i uporządkowania najbardziej aktualnych danych na temat zaburzeń płynności mowy: jąkania i giełkotu. Rozpatrywane dane pochodzą zarówno z badań naukowych opartych na najnowszych technikach diagnostycznych (np. fMRI, PET, badania audiologiczne), jak i na refleksji nagromadzonej wokół praktyki logopedycznej. Wzięto pod uwagę czynniki predysponujące, wyzwalające i utrzymujące wyróżnione zaburzenia mowy, a także sposoby określania celów terapii osób z tymi zaburzeniami i sposoby jej prowadzenia. Wnioski wynikające z przepro-

wadzonej metaanalizy zebranych danych dowodzą istotnych zmian w teoretycznej i praktycznej perspektywie postrzegania jąkania i gielkotu.

W przypadku jąkania zasadnicza zmiana dokonana się w rozumieniu przyczyn tego zaburzenia: obecnie powszechnie przyjmuje się, że przyczyna jąkania tkwi w mózgu. Artykuł omawia wnioski neuromorfologiczne i neurofunkcjonalne wynikające z wielu ostatnich badań. Terapia osób jąkających ma obecnie na celu dostosowanie się do oczekiwań klienta. Została omówiona w podrozdziale grupy wiekowe.

W przypadku gielkotu również omówiono deficyty neuroanatomiczne leżące u jego podłoża, w tym głównie deficyty w okolicy obszarów czołowych lewej półkuli odpowiedzialnych za planowanie motoryczne i kontrolę zachowania. W gielkocie stwierdza się głównie deficyty w zakresie kodowania gramatycznego: syntaktycznego i fonologicznego zdania oraz monitorowania wypowiedzi, co należy wziąć pod uwagę w terapii.

**Słowa kluczowe:** logopedia, zaburzenia płynności mowy, jąkanie, gielkot

### Summary

The article is an attempt to synthesize and organize the most up-to-date data on speech fluency disorders: stuttering and cluttering. The analyzed data come from both scientific research based on the latest diagnostic techniques (eg fMRI, PET, audiological research) as well as the reflection accumulated around the speech-language therapy practice. The factors predisposing, triggering and maintaining distinguished speech disorders, as well as methods of determining the goals of therapy of people with these disorders and ways of its management were taken into account. Conclusions resulting from the meta-analysis of the collected data prove significant changes in the theoretical and practical perspective of stuttering and cluttering.

In the case of stuttering, the fundamental change occurred in the understanding of the causes of this disorder: nowadays, it is widely accepted that the cause of stuttering is in the brain. The article discusses neuromorphological and neurofunctional conclusions resulting from many recent studies. The therapy of stutterers is now aimed at adapting to the client's expectations. The therapy was discussed in the division of age groups.

In the case of the cluttering, the neuroanatomic deficits at its base are also discussed, mainly deficits in the frontal areas of the left hemisphere leading to motor planning and behavior control. In cluttering, there are mainly deficits in grammatical coding of sentences: syntactic and phonological and monitoring utterances, which should be taken into account in the therapy.

**Key words:** speech and language therapy, fluency disorders, stuttering, cluttering



## Epidemiologia jąkania – postępy w badaniach naukowych w XXI wieku<sup>1</sup>

Epidemiology of stuttering: 21st century advances

### Wprowadzenie

Epidemiologia leży u podstaw wiedzy naukowej na temat jakiegokolwiek choroby lub zaburzenia. Zawdzięczamy jej wiedzę o ogólnym ryzyku wystąpienia zaburzenia w populacji, ryzyku dla różnych subpopulacji, czynnikach, które determinują i wpływają na obecność lub brak zaburzenia, częstotliwości jego występowania i różnym rozłożeniu (np. według wieku, płci i rasy), okolicznościach i miejscach występowania, podatności na przedmiotowe zaburzenie, jak również na inne schorzenia lub zaburzenia, o różnym przebiegu, jaki może mieć zaburzenie, o podtypach i przyczynach. Informacje o tych złożonych aspektach są ze sobą powiązane. Na przykład, czas wystąpienia jąkania ma istotne znaczenie zarówno dla wyników dotyczących zapadalności, jak i częstości występowania (Howell, 2010; Yairi, Seery, 2011). W badaniach zapadalności, które nie obejmują dostatecznie młodego wieku, traci się precyzję, ponieważ pomijane są przypadki wczesnego wystąpienia i naturalnego ustąpienia jąkania. Również z powodu ustępowania jąkania różne są dane liczbowe na temat częstości występowania w zależności od badanej grupy wiekowej. „Ryzyko” może odnosić się do ryzyka wystąpienia jąkania w dowolnym momencie życia, które może skończyć się zarówno naturalnym bądź wspomaganym przez terapię ustąpieniem, jak i utrzymywaniem się jąkania. Te dwie ścieżki rozwojowe, utrzymujące się i ustępujące jąkanie, wydają się logicznymi kandydatami na podtypy, nie jest jednak jeszcze jasne, jaki zespół czynników biologicznych i środowiskowych determinuje podtypy, których może być znacznie więcej niż dwa. Do powyższych czynników należy dodać jeszcze wpływ kultury. Można postawić pytanie: czy w społeczeństwie, w którym jąkanie postrzega się bardzo negatywnie, jako rzecz wstydliwą, którą trzeba

---

<sup>1</sup> Pierwodruk: E. Yairi, N. Ambrose (2013). Epidemiology of stuttering: 21<sup>st</sup> century advances. *Journal of Fluency Disorders*, 38, 66–87. Copyright Elsevier (2018) – przedruk za zgodą Autorów i wydawnictwa Elsevier.

ukryć, ryzyko trwałego jąkania jest większe lub mniejsze niż w społeczeństwie, w którym jąkanie jest bardziej akceptowane?

Ogólnym celem tego artykułu jest podkreślenie postępu naukowego w kilku aspektach ogólnej dziedziny, jaką jest epidemiologia jąkania, osiągniętych w obecnym stuleciu, ze szczególnym uwzględnieniem ryzyka wystąpienia jąkania. W tym celu badamy postępy związane z pojawieniem się jąkania, zapadalnością, ogólną częstością występowania, częstością występowania w odniesieniu do kultury i innych czynników, ścieżki rozwoju, genetykę i podtypy jąkania. W każdym z tych tematów przed przedstawieniem niedawnych postępów dokonujemy przeglądu wyników badań poprzednich stuleci.

## 1. Pojawienie się jąkania

### 1.1. Tło

Kiedy zaczyna się jąkanie, kiedy ryzyko jest największe i kto jest zagrożony? Badania na ten temat prowadzone w różnych krajach w XX wieku jasno wykazały, że zdecydowana większość przypadków jąkania pojawiła się w dzieciństwie, zwłaszcza w jego wczesnym okresie, czasem nawet przed 18. miesiącem życia (Darley, 1955; Yairi, 1983). Większość badań nie donosiła o początku jąkania powyżej wieku 9 lat (np. Ohashi, 1977), również w przypadku prób obejmujących 22-letnie osoby jåkające się (OJS) (Milisen, Johnson, 1936). Odnotowano jednak parę przypadków u nastolatków (np. Andrews, Davis, 1964; Daskalov, 1962; Meltzer, 1934; Preus, 1981). Chociaż jest zgoda, że jåkanie pojawia się najczęściej we wczesnym dzieciństwie, istnieją znaczne różnice w opublikowanych danych dotyczących (a) średniej lub mediany wieku wystąpienia, (b) przedziału wiekowego, w którym występuje największe nagromadzenie przypadków wystąpienia jåkania i (c) górnej granicy okresu ryzyka. Pod koniec ubiegłego stulecia na podstawie 11 badań Yairi (1997) obliczył średni wiek wystąpienia jåkania jako 42 miesiące (3,5 roku), różnice w wielkości prób i procedurach tych badań, jak również wadliwość owych procedur obniżają jednak przydatność wspomnianej średniej. Uzyskane wyniki w bardzo dużym stopniu zależą tutaj od zakresu wieku w próbie badawczej. Przykładowo, próby obejmujące dzieci od urodzenia do 6. roku życia nie uwzględniają niektórych przypadków późniejszego wystąpienia jåkania i wykażą niższy średni wiek wystąpienia, niż próby obejmujące 4–10-latków również obejmujące okres 6 lat. Tym niemniej druga z prób pominię wiele przypadków wczesnego wystąpienia jåkania, w których ustąpi ono przed 4. rokiem życia (Yairi, Ambrose, 2005). Próby obejmujące starsze dzieci wykażą oczywiście późniejszy średni wiek wystąpienia. Można to zaobserwować w następującym zestawieniu: podczas gdy w badaniu Yairiego z 1983 roku dotyczącym dzieci w wieku poniżej 4 lat średni wiek w chwili pojawienia się jåkania wynosił 28 miesięcy, to gdy Johnson i in. (1959) badali dzieci poniżej 9 lat, wartość

wyniosła 42 miesiące, zaś w badaniu dzieci w wieku 11–13 lat (Andrews, Harris, 1964) wzrosła do 60 miesięcy.

Wpływ na wyniki mogą mieć również czynniki subiektywne. Jako że wystąpienie jąkania jest najczęściej zgłaszane przez rodziców, w przypadku rodziców starszych dzieci badania mierzą się z problemem niedokładnej pamięci dotyczącej zdarzeń z przeszłości, takich jak pojawienie się jąkania przed kilkoma laty. Na przykład w badaniu dotyczącym czasu pojawienia się jąkania Milisen i Johnson (1936) zadawali pytania rodzicom OJS będących w wieku od 3 do 22 lat. Odpowiedzi niektórych rodziców były oparte na wspomnieniach wydarzeń sprzed 20 lat. Im starsze dziecko i im dłuższa historia jąkania, tym większe ryzyko niedokładności wspomnień. Podsumowując, próby obejmujące młodsze dzieci, w wieku od 1 do 6 lat powinny przynieść bardziej poprawne dane. Pojawienie się jąkania u dorosłych jest stosunkowo rzadkie i wynika głównie z uszkodzenia mózgu (por. przegląd, którego autorami są De Nil, Jokel i Rochon, 2007). Niektóre przypadki wydają się mieć podłoże emocjonalne (Roth, Aronson, Davis, 1989). Odróżnia się je od jąkania rozwojowego u dzieci ze względu na prawdopodobieństwo odmiennej etiologii.

Oprócz powyższych rozważań pojawia się kwestia rozpoznania: Co rodzice uważają za jąkanie? Jak pokazuje kilka następných przykładów, badania nad początkiem jąkania układają się w uderzająco spójny obraz. W najwcześniejszym badaniu początków jąkania przeprowadzonym w stanie Iowa Taylor (1937) stwierdza, że 85% rodziców zgłaszało powtórzenia, zwłaszcza całych słów, jako najczęstszą oznakę, 12% dzieci wykazało również zatrzymania dźwięku, a 11% wykazywało cechy drugorzędne. Froeschels (1952) opiera się jedynie na spontanicznych komentarzach rodziców na temat wystąpienia jąkania i pisze, że mówili o powtórzeniach sylab lub słów jako pierwszej i jedynej oznace jąkania we wszystkich 800 przypadkach występujących w dzieciństwie. Również Johnson i in. (1959) donoszą, że większość rodziców 250 dzieci stwierdzało, iż mowa pierwotnie opisywana jako „jąkanie” składała się z prostych powtórzeń, sylab, całych słów lub wyrażeń. Dodatkowo u 12 do 15% występowały przedłużenia dźwięku i bloki. W badaniu Yairiego z 1983 roku znaczna większość rodziców bardzo małych dzieci, z którymi kontaktowano się w niedługim czasie od wystąpienia jąkania, zgłosiła, że wczesne jąkanie dziecka polegało na powtórzeniach sylab i słów; 85% rodziców mówiło, że słowa (szczególnie krótkie) i sylaby były powtarzane 3 do 5 razy w pojedynczym epizodzie jąkania. Znacznie mniejszy odsetek rodziców wymieniał również przedłużenia dźwięku, ciche interwały i bloki. Krótko mówiąc, powtórzenia sylab i słów jednosylabowych (SJS) to główne cechy mowy powodujące rozpoznanie wczesnego jąkania przez rodziców. Takie opisy rodziców zostały potwierdzone przez osobiste doniesienia specjalistów. Van Riper (1982), osobiście zbadał 61 dzieci w ciągu 3 tygodni od pojawienia się jąkania i stwierdził, że 80% z nich powtarzało sylaby lub słowa; u 28% występowały przeciągnięcia dłuższe niż 2 sekundy.

Omawiane powyżej oceny percepcyjne w znacznym stopniu potwierdzają badania, w których analizowano nagrane próbki mowy, takie jak badanie niepełności



normatywnej u 90 jąkających się dzieci, w wieku 2–5 lat, wszystkie w ciągu 6 miesięcy od pojawienia się jąkania, i próby kontrolnej 54 dzieci o zwyczajnej płynności (Ambrose, Yairi, 1999). U dzieci jąkających się powtarzanie części wyrazów było najczęściej występującym rodzajem w klasie niepłynności przypominających jąkanie, ze średnią 5,29 na 100 sylab. Powtarzanie wyrazów jednosylabowych było drugie ze średnią 3,34 na 100 sylab, a dysrytmia fonacyjna zajęła trzecie miejsce ze średnią 1,75 na 100 sylab. Odpowiednie wartości dla normalnie płynnych dzieci w próbie kontrolnej wynosiły: 0,56, 0,59 i 0,09.

Dzieci jąkające się wykazują ponadto znacznie więcej powtórzeń w pojedynczym epizodzie (Ambrose, Yairi, 1995; Yairi, Lewis, 1984). Na podstawie analiz akustycznych stwierdzono również duże różnice w tempie powtarzania, np. powtórzenia wyrazów jednosylabowych były 3 razy szybsze (odstęp między kolejnymi wypowiedziami powtarzanego słowa był krótszy) u dzieci jąkających się niż u dzieci normalnie płynnych (Throneburg, Yairi, 1994). Co ciekawe, powtórzenia wyrazów wielosylabowych, zazwyczaj nie uważane za jąkanie, były niemal nieobecne u dzieci, u których jąkanie pojawiło się niedawno.

**Tabela 1.** Średnia lub mediana (\*) wyrażonego w miesiącach wieku pojawienia się jąkania według badań z XXI wieku

| Badanie               | Wielkość próby | Stosunek M/F | Górna granica wieku    | Wiek w momencie pojawienia się jąkania |         |                   |
|-----------------------|----------------|--------------|------------------------|--|---------|-------------------|
|                       |                |              |                        | Wszyscy                                | Chłopcy | Dziewczynki       |
| Månsson (2000)        | 53             | 1,65         | do 8 lat <sup>a</sup>  | 33,0                                   | 34,0    | 31,0              |
| Buck i in. (2002)     | 61             | 2,2          | do 7 lat               | 36,3                                   | 35,1    | 39,1              |
| Yairi, Ambrose (2005) | 163            | 2,1          | do 6 lat               | 33,0                                   | 33,6    | 32,9              |
| Månsson (2005)        | 179            | 1,34         | do 4 lat               | 30,0                                   | 30,5    | 29,6              |
| Reilly i in. (2009)   | 137            | 1,58         | do 3 lat <sup>b*</sup> | 29,9                                   | 29,3    | 29,7 <sup>b</sup> |
| Howell i in. (2008)   | 76             | 5,33         | do 12 lat <sup>c</sup> | 54,8                                   | 54,0    | 58,5              |

<sup>a</sup> Za wyjątkiem dwojga dzieci wszystkie zaczęły się jąkać do 3. roku życia.

<sup>b</sup> Podział na płeć został nam przedstawiony przez Reilly w korespondencji prywatnej (2012).

<sup>c</sup> Dolna granica wieku wynosiła tutaj 8 lat.

Trzy źródła omówione powyżej: raporty rodziców, oceny kliniczne i analizy mowy wskazują na wagę powtarzania wyrazów jednosylabowych we wczesnej identyfikacji jąkania. Curlee (2007) oraz Yairi i Ambrose (2005) opisują ponadto bardzo wysoką zgodność pomiędzy rozpoznaniem jąkania przez rodzica i logopedę, przy czym drugie z badań opisuje również wysoką zgodność w ocenie nasilenia<sup>2</sup>. Ponieważ jąka-

<sup>2</sup> Inni badacze donosili również o wiarygodności raportów nauczycieli, których diagnozy zostały potwierdzone przez logopedów (np. Andrews, Harris, 1964; McKinnon i in., 2007; McLeod, McKinnon, 2007).

nie i normalna nieptylność są definiowane i klasyfikowane w oparciu o percepcję odpowiadającą kwantyfikowanym cechom mowy, powtarzanie wyrazów jednosylabowych pozostaje głównym elementem diagnozy i definicji jąkania, podobnie jak powtarzanie fraz jest zazwyczaj uznawane za normalną nieptylność.

Komentarze te są istotne, ponieważ niektórzy uczeni kwestionują uznawanie powtarzania wyrazów jednosylabowych za jąkanie (np. Jiang, Lu, Peng, Zhu, Howell, 2012; Ujihira, 2001; Wingate, 2001). W praktyce ich opinia oznacza, że „k-k-k-kot” jest jąkaniami, ale „kot-kot-kot-kot” nie jest [polskie przykłady słów pochodzą od tłumacza]. Jednym z powodów, dla których Howell (2009, 2010) kwestionuje wyniki dotyczące pojawienia się jąkania, do których dochodzą Reilly wraz ze współpracownikami (Reilly i in., 2009), jest ponadto fakt, iż podali oni rodzicom definicję zawierającą powtarzanie wyrazów. By spojrzeć na tę kwestię w nowym świetle, warto powrócić do debaty pomiędzy Wingate (2001) i Yairi, Ambrose, Watkins i Paden (2001), by uaktualnić tę kwestię.

## 1.2. Postępy w XXI wieku

Pięć badań dzieci w wieku przedszkolnym przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii (Buck, Lees, Cook, 2002), Danii (Månsson, 2000, 2005), USA (Yairi, Ambrose, 2005) i Australii (Reilly i in., 2009) pokazuje wiek, w jakim pojawia się jąkanie w bieżącym stuleciu. Szóste badanie zbiera pewne informacje o wystąpieniu jąkania od dzieci w wieku szkolnym (Howell, Davis, Williams, 2008). Tabela 1 przedstawia dane na temat wielkości próby badawczej i centralnej tendencji związanej z wiekiem, w którym pojawia się jąkanie. Jak widać, zauważalnym wzorem w tych badaniach jest niższy wiek wystąpienia jąkania, którego przybliżona średnia wynosi 33 miesiące. Jest to 9 miesięcy wcześniej od średniej dla 11 cytowanych powyżej badań z XX wieku. Jest to ponad 6 miesięcy wcześniej niż 41,2 miesiąca, które opisują Johnson i in. (1959), oraz ponad 24 miesiące wcześniej niż 60 miesięcy, o których piszą Andrews i Harris (1964). Według Yairiego i Ambrose (2005) występuje ponadto duża koncentracja, prawie 60%, pojawienia się jąkania w ciągu roku obejmującego wiek od 24 do 35 miesięcy. Zaledwie 6 miesięcy później, do wieku 42 miesięcy, wystąpiło 85% przypadków w całym zakresie badania, do 48 miesięcy wartość zaś wzrosła do 95%. Chociaż to konkretne badanie było otwarte dla dzieci w wieku do 6 lat, doniesiono, że tylko u 5% miało miejsce jąkanie w wieku po 4. roku życia. Podobnie Månsson (2000) donosi o jedynie 2 nowych przypadkach pomiędzy pierwszym przesiewem a kontynuacją mającą miejsce 5 lat później. Kontynuacja nie obejmowała osobistego badania, a opierała się na kartotekach 5 szkolnych logopedów, którzy prowadzili wstępną ocenę i stale monitorowali całą populację dzieci w wieku szkolnym na wyspie.

Dokumentacja szkolna w Danii prowadzona jest ze szczególną starannością. W każdym razie nasze rozpoznanie, że w 95% przypadków ryzyko jąkania mija, nim dziecko ukończy 4. rok życia, stanowi znaczące odejście od ustaleń, które prezentują

Andrews i Harris (1964), mówiących, że w 75% przypadków ryzyko wystąpienia jąkania mija w wieku poniżej 6 lat. Choć ich badanie obejmowało znacznie mniejszą liczbę dzieci jękanących się niż badania z Illinois [a więc Yairiego i Ambrose – przyp. tłum.], obejmowało ono dłuższy okres i zidentyfikowało kilka późniejszych przypadków. Mimo tego różnice w wieku i procentach są uderzające.

Istnieją również pewne doniesienia na temat roli płci. Pod względem wieku pojawienia się jękania ustalono jedynie niewielkie różnice między chłopcami i dziewczętami. We wszystkich 5 wyżej wymienionych badaniach dzieci przedszkolnych różnice były statystycznie nieistotne. Istnienie znacznego zróżnicowania wśród dorosłych OJS (stosunek mężczyzn do kobiet 4:1) było znane od dawna (Bloodstein, 1995), tabela 1 pokazuje jednak znacznie mniejsze różnice u małych dzieci w wieku bliskim wiekowi pojawienia się jękania; im młodsze dzieci, tym mniejsze różnice.

Jeśli chodzi o sposób, w jaki pojawia się jękanie, istnieją wyraźne różnice w stosunku do tradycyjnych poglądów i wcześniejszych badań. O ile przez długi czas początek jękania był opisywany jako przede wszystkim, jeśli nie wyłącznie, stopniowy (np. Froeschels, 1921, 1943; Johnson i in., 1959), ostatnie badania odzwierciedlają silną tendencję do zgłaszania przez rodziców nagłych wystąpień jękania. Yairi i Ambrose (2005) donoszą o nagłym początku u 40% dzieci, Reilly i współpracownicy (2009) u 50%, a przez Buck wraz z zespołem (2002) u 53,2%. Badanie Howella i współpracowników (2008) przeprowadzone w Wielkiej Brytanii reprezentowało inne podejście, gdyż zbierano w nim minimalną ilość informacji o pojawieniu się jękania uzyskanych od znacznie starszych dzieci, dlatego, jak można się było spodziewać, średni wiek pojawienia się jękania okazał się wyższy.

## Wnioski

Ostatnie postępy pokazują niższy wiek wystąpienia jękania, podobny wiek dla obu płci, mniejszą różnicę M/K, wiele przypadków nagłego pojawienia się jękania i węższy zakres wieku ryzyka (zamykający się wcześniej niż uprzednio). Rozbieżność widoczna u Howella i in. (2008) pokazuje wpływ wieku uczestników w czasie badania na otrzymane dane dotyczące wieku, w którym pojawia się jękanie. Tym niemniej takie badania późniejszego wystąpienia mogą okazać się istotne dla kilku kwestii, na przykład znaczenia nakładania się na siebie typowego wczesnego początku jękania i krytycznego okresu rozwoju mowy/języka (Ratner, 1997; Yairi, 1983). Czy jękanie pojawiające się po tym, jak rozwiną się mowa i język, jest różne od jękania pojawiającego się równocześnie z procesami rozwojowymi tych domen?

Czy w ciągu ostatnich 50 lat zaszły rzeczywiste zmiany w charakterze początków jękania, czy też poprawione procedury badawcze pomogły zdobyć dane bliższe rzeczywistości? Jeśli nastąpiły zmiany, jaki jest powód lub powody? Naszym zdaniem obecnie najbardziej prawdopodobnym wyjaśnieniem różnych wyników niedawnych i starszych badań są raczej ulepszone procedury, zwłaszcza wysiłki badaczy, by zba-

dać jąkanie jak najbliżej początku zaburzenia, co daje dokładniejsze informacje niż jakiegokolwiek zmiany w istocie początków jąkania, które mogłyby zajść na przestrzeni ostatnich 50 lat. Możliwość, by szybsze dojrzewanie biologiczne, możliwe do zaobserwowania chociażby we wcześniej pojawiających się cechach płciowych, udokumentowanych zarówno u dziewcząt, jak i chłopców (Herman-Giddens i in., 2012), wpływało również na wcześniejsze pojawienie się zaburzeń rozwojowych, takich jak jąkanie, jest intrygująca, lecz jest też na chwilę obecną wysoce spekulatywna.

Mniejsza rozbieżność między liczbą kobiet i mężczyzn jąkających się w wieku zbliżonym do typowego wieku pojawienia się jąkania w zestawieniu z większą rozbieżnością w wieku późniejszym sugeruje, że ustąpienie jąkania jest znacznie częstsze u dziewcząt niż u chłopców. Świadczące o tym dane zostały opublikowane przez Yairiego i Ambrose (1999). Tak więc uzasadnione jest podjęcie dalszych badań nad genetycznym podłożem związku między płcią a jąkaniem.

## 2. Ogólna zapadalność

### 2.1. Tło

Jak zauważono we wcześniejszym omówieniu dotyczącym czasu pojawienia się jąkania, zapadalność i częstość występowania jąkania w ogóle populacji może być znacząco różna, w zależności od obserwowanego wycinka czasu. W wąskim, 24-miesięcznym oknie między 2. a 4. urodzinami jest bardzo prawdopodobne, że zapadalność (tylko nowe przypadki) i częstość występowania (suma osób jąkających się w czasie badania) będą sobie bliższe niż w jakimkolwiek późniejszym wieku. Powodem jest to, że w miarę pojawiania się nowych przypadków są one częściowo równoważone przez istniejące przypadki, u których jąkanie w naturalny sposób ustępuje. Zgodnie z aktualną wiedzą to konkretne okno czasowe obejmuje szczyt zarówno pojawiania się jąkania, jak i jego naturalnego ustępowania (Yairi, Ambrose, 2005). Dlatego, zasadniczo, badania obejmujące ten przedział wiekowy dostarczają lepszych wskaźników zapadalności na przestrzeni życia niż te, w których dolna granica wieku uczestników umieszczona jest wyżej. Gdy spojrzymy na 24-miesięczne okno między 15. a 17. urodzinami, częstość występowania jąkania przewyższy zapadalność, ponieważ, jak wiemy, liczba nowych wystąpień jest tutaj minimalna. Istnieje zatem kilka sposobów badania lub analizowania zapadalności i częstości występowania. Jeśli chodzi o zapadalność, może być wyznaczana dla konkretnych okresów, uśredniana dla kilku okresów lub badana na przestrzeni całego życia.

Od kilku dekad w literaturze na temat jąkania można zaobserwować pewne nieporozumienie związane ze znaczeniem terminu *zapadalność*, często stosowanego, gdy tak naprawdę prezentowane dane i/lub dyskusja odnoszą się do częstości występowania. W artykule opublikowanym w 1951 roku w „Canadian Medical Association Journal” Douglass stwierdza, że zapadalność jąkania wynosiła 1,5%. O dziwo,

w odnoszącym się do tego artykułu liście do redakcji, Naughton (1951) pisze o powyższej liczbie jako „wytworze fantazji, bez umocowania w rzeczywistości”, twierdząc zamiast tego, że zapadalność była mniejsza niż 1/4 tej liczby (około 0,37%). Jeśli obaj autorzy zamierzali zająć się zapadalnością, oba zgłoszone szacunki były dalekie od obecnie akceptowanej wartości. „Korekta” oferowana przez Naughtona szła ponadto w złym kierunku (wartość powinna być wyższa). Bardziej niż prawdopodobne jest jednak, że mieli oni na myśli częstość występowania jąkania, choć nawet w tej kwestii obaj popełnili błąd, każdy w przeciwnym kierunku (Douglass przez przeszacowanie, a Naughton przez niedoszacowanie).

W rzeczywistości ryzyko wystąpienia jąkania w ogóle populacji jawi się jako znacznie wyższe, niż sugerowali cytowani powyżej Naughton i Douglass. Bloodstein i Bernstein Ratner (2008: 86–87) wymieniają 16 badań opublikowanych między 1921 a 1986 rokiem. Spośród nich 11, o próbach badawczych obejmujących około 1000 osób lub więcej, donosiło o zapadalności od 0,7% (Culton, 1986) do 15,4% (Glasner, Rosenthal, 1957). Zapadalność przekraczającą 4,0% wykazało 7 badań<sup>3</sup>.

Obliczyliśmy średnią zapadalność w tych 11 badaniach jako 5,88%. Tym niemniej zarówno wielkości próby wahające się od 996 do 30 586 uczestników, jak i ich wiek, który różnił się od bliskiego narodzinom do wieku studentów uniwersyteckich, pomniejszają znaczenie powyższej średniej.

Rozbieżności pomiędzy wynikami są zrozumiałe, ponieważ dokładna zapadalność w przypadku jąkania jest trudna do określenia. Najlepszy efekt osiągnięto by, gdyby prospektywnie, długofalowo obserwować duże populacje na przestrzeni wielu lat, co pozwoliłoby również na bezpośrednią identyfikację i weryfikację wszystkich nowych przypadków, jest jednak kosztownym i prawdopodobnie niemożliwym do realizacji ideałem. W praktyce różne badania wykorzystują różne metody, co nie pozostaje bez wpływu na wyniki. Ważnym czynnikiem jest np. wiek uczestników na początku obserwacji. Rozpoczęcie jej od 12. miesiąca życia powinno ująć **wszystkie** nowo pojawiające się przypadki **zanim** objawy samoistnie ustąpią. W przeciwnym wypadku przypadki te będą „stracone”, nie zostaną ujęte w obliczeniach ani w ocenie. Rozpoczęcie w wieku 3 lat sprawi, że pominiemy niektóre dzieci, u których objawy już ustąpiły; zaczynając od 4 lat, pominiemy liczne przypadki. Inne czynniki to częstotliwość śledzenia przypadków: jak często dzieci są obserwowane lub ponownie badane, kto je obserwuje, kto zgłasza jąkanie i jak określa się jego wystąpienie? Coroczna obserwacja małych dzieci jest np. zbyt rzadka, ponieważ może łatwo pominąć dzieci, u których objawy wystąpiły i ustąpiły w ciągu kilku miesięcy. Dodatkowymi czynnikami są sposób identyfikacji przypadków, czy dokonuje się ona w jednym, kilku lub wielu miejscach, czy oceny dokonuje ta sama osoba, panel, czy też różne osoby mogące stosować różne progi tego, co uznają za jąkanie, oraz kim

---

<sup>3</sup> Badanie, które przeprowadzili Seider i współpracownicy (1983) donoszące o zapadalności na poziomie 13,9%, zostało pominięte, ponieważ uczestnicy byli krewnymi osób jąkających się, a więc populacją o zniekształconym odbiorze sytuacji.

są te osoby (rodzicami, nauczycielami czy logopedami). Samoidentyfikacja może się ponadto różnić od identyfikacji dokonanej przez obserwatorów. Ogólnie rzecz biorąc, weryfikacja krzyżowa przy użyciu licznych prób lub wyszkolonych obserwatorów pozwoli uzyskać bardziej poprawne dane.

Alternatywą dla badań zapadalności są metody retrospektywne, w których osoby są proszone o zgłoszenie, czy one same lub członkowie ich rodzin **kiedykolwiek** się jękali, a więc obecnie lub w przeszłości. Chociaż w badaniach retrospektywnych brakuje kontroli zmiennych możliwej przy zastosowaniu bardziej bezpośrednich metodologii podłużnych, są one łatwiejsze i mniej kosztowne w prowadzeniu. Dlatego za wyjątkiem dwóch badań (Andrews, Harris, 1964, Månsson, 2000) we wszystkich innych wymienionych na liście Bloodsteina i Bernstein Ratner (2008) dane zostały wygenerowane za pomocą ankiet lub ankiet opartych na wywiadach polegających na metodach retrospektywnych (np. Culton, 1986). Dokładność jest tutaj zagrożona przez luki w pamięci informatorów, rzeczywiste luki w rodzinnej historii jękania, rozkład wieku uczestników oraz kryteria identyfikacji. Możliwe jest na przykład, że ojciec zgłosi jękanie u swojego dziecka, nie jest jednak świadomy, że on sam jękał się przez kilka miesięcy w wieku 3 lat. Taki przypadek nie zostanie zaliczony, jeśli (1) ojciec nie został poproszony o sprawdzenie u własnych żyjących rodziców możliwej krótkoterminowej historii jękania lub (2) rodzice ojca już nie żyją. Inną sytuacją sprzyjającą utracie przypadków jest nadmierna reprezentacja młodych rodzin, których kolejne dzieci dopiero się narodzą, lub mających jedno dziecko w wieku poniżej 2 lat, u którego jękanie wciąż może się pojawić. Czynniki te powodują **zaniżoną liczbę zgłoszeń i zaniżony wynik**, co skutkuje zachowawczymi statystykami zapadalności. Zarówno w warunkach klinicznych, jak i badawczych można znaleźć wiele przykładów. Z własnego doświadczenia znamy setki rodziców, którzy odwołali wizyty, ponieważ ich dziecko przestało się jękać lub jej/jego umiarkowane lub poważne jękanie znacznie złagodniało, gdy przez krótki czas byli na liście oczekujących. Rodzice, którzy przyprowadzili jedno dziecko jękające się, później przyznawali, że starsze rodzeństwo też kiedyś się jękało. Znamy rodziców (w tym dwoje w rodzinie E.Y.), którzy po prostu nie pomyśleliby o zgłoszeniu 2-miesięcznego okresu ciężkiego jękania, który miał miejsce w przeszłości.

Formalna definicja może być czynnikiem, który zaostrza kryteria określania, kto się jęka a kto nie, jednak jej wpływu na badania zapadalności / częstości występowania oparte na doniesieniach informatorów jak dotąd nie udokumentowano. Co ciekawe, definicje używane w dwóch badaniach opisanych poniżej (Craig, Hancock, Tran, Craig, Peters, 2002: 1100; Reilly i in., 2009: 276), w tym powtórzenia części lub całych wyrazów, przyniosły jedynie bardzo różne wskaźniki zapadalności we wczesnym dzieciństwie, jak wykazano poniżej. Wiele badań nie przedstawiało definicji, lecz opierało się na osądach percepcyjnych informatorów (np. van Borsel, Moeyaert, Rosseel, Van Loo, Van Renterghem, 2006). W związku z tym, jak opisano w poprzedniej sekcji dotyczącej pojawienia się jękania, rodzice ocenili jękanie w bardzo podobny sposób w różnych badaniach.

Zgodnie z ustaleniami przez kilka dziesięcioleci i do chwili obecnej zapadalność na poziomie około 5% w ciągu życia wydaje się najczęściej uznawaną i przyjmowaną statystyką. Podaje się ją w podręcznikach (np. Guitar, 2006; Howell, 2010; Van Riper, 1982; Yairi, Seery, 2011), artykułach naukowych (np. Ambrose, Cox, Yairi, 1997; Craig i in., 2002; Felsenfeld i in., 2000; McKinnon, McLeod, Reilly, 2007), a także w różnych drukowanych i elektronicznych źródłach ogólnych informacji o zaburzeniu, takich jak *American Family Physician* (1998), *NIH: National Institutes of Health* (2010), *Stuttering Foundation* (2011) i inne. Chociaż w tych i innych źródłach pojawiają się podobne liczby, ten konkretny szacunek opiera się głównie na wynikach dobrze znanego brytyjskiego badania podłużnego Andrews i Harrisa (1964), w którym około 1000 dzieci było monitorowanych od narodzin przez 16 lat, w czasie których epizody jąkania występowały u 4,9% z nich. Do tej pory było to jedyne badanie podłużne, zaczynające się od narodzin, obejmujące tak długi okres oparte na próbie populacji, którą można uznać za bliską reprezentatywnej. Reprezentatywność rozważamy tu w odniesieniu do zakładanej liczby zidentyfikowanych przypadków jąkania. Spośród 1000 dzieci, które przebadali Andrews i Harris, tylko 43 dzieci się jąkało, należy więc zadać pytanie: czy jest to liczba wystarczająca do formułowania sądów natury ogólnej? Niezależnie od odpowiedzi w tym badaniu śledzenie jąkania przez pracowników służby zdrowia, którzy dokonywali okresowych wizyt domowych, było raczej swobodne i często zależało od doniesień rodziców dotyczących identyfikacji jąkania, a nie od bezpośrednich obserwacji zespołu badawczego (Yairi, Seery, 2011). Krótkotrwałe jąkanie mogło ponadto pozostać niezauważone przez badaczy lub niezgłoszone przez rodziców, co powoduje, że wartość 4,9% może być – a nawet prawdopodobnie, że jest – niedoszacowana.

## 2.2. Postępy w XXI wieku

Od roku 2000 o zapadalności donosiło 6 badań; 4 z nich sugerują przewartościowanie 5% „standardu”. Rozważmy najpierw badanie Craig i in. (2002), najszerszą próbę przyjrzenia się zagadnieniu. Drogą wywiadu telefonicznego z jednym członkiem każdej z 4689 losowo wybranych rodzin (liczących łącznie 12 131 osób) w Nowej Południowej Walii w Australii pytano, czy ktoś z domowników jąka się lub kiedykolwiek się jąkał (powtarzanie wyrazów było częścią definicji). Dodanie na końcu pytania „kiedykolwiek się jąkał” sprawia, że badanie może obejmować zapadalność na przestrzeni całego życia. Kiedy było to możliwe, przypadki potwierdzano, nagrywając wywiady telefoniczne z członkami rodziny zgłoszonymi przez pierwotnego respondenta jako osoby obecnie jąkające się. Zgłaszana częstość występowania, a więc połączony procent osób jąkających się w czasie badania i tych, którzy, jak doniesiono, kiedykolwiek się jąkali, wahał się od 2,8% w grupie wiekowej 2–5 lat do 3,4% w grupie 6–10 lat. Jako że próba obejmująca w sumie 12 131 osób objęła 263 osoby, które kiedykolwiek się jąkały, zapadalność na przestrzeni życia wynosiła 2,16%. Do tak niskiej wartości należy podejść ostrożnie, biorąc pod uwagę zarówno

fakt, że posługiwano się informacjami z drugiej ręki (pojedynczy kontakt z informatorami przez telefon), jak i wszystkie możliwości utraty danych i niedostatecznego zgłaszania przypadków, które wyjaśniono powyżej. W przypadku jąkania wydaje się, że niedoszacowanie jest bardziej prawdopodobne niż przeszacowanie, ponieważ ludzie zazwyczaj nie twierdzą, że się jękali, gdy w rzeczywistości nie miało to miejsca. Chociaż jękanie jest czasami kojarzone z gętkotem, nie spotkaliśmy się z przypadkiem „czystego” gętkotu, który zostałby błędnie oznaczony jako jękanie. (Pierwszy autor natknął się jednak na jeden przypadek, w którym rodzice nazywali „jękaniem” mowę hipernasalną u swojego dziecka). Uznając wspomniane ograniczenia, Craig i in. (2002: 1103) stwierdzili: „[...] to badanie może jedynie pokazać dolną granicę ryzyka wystąpienia jękania”. Autorzy ci nie ujęli ponadto w swoim badaniu dzieci w wieku poniżej 2 lat, pomimo że wcześniejsze doniesienia wskazywały na pojawianie się jękania również u nich (zob. podrozdział o pojawianiu się jękania). Co ciekawe, ze względu na tak ustalony limit wieku z udziału w badaniu wykluczonych zostało jedynie 18 dzieci. Jednakże według Australijskiego Urzędu Statystycznego (2011) dzieci w wieku poniżej 2 lat stanowią około 3% populacji, dlatego w badanej grupie powinno się być znaleźć około 360 dzieci, co prawdopodobnie zaowocowałoby większą liczbą wykrytych przypadków jękania. O jękanii u dzieci w wieku poniżej 2 lat donoszą m.in. następujący badacze: Andrews, Harris, 1964; Darley, 1955; Dickson, 1971; Johnson i in., 1959; Milisen, Johnson, 1936; Yairi, 1983.

Pięć pozostałych badań wykazało wyższą zapadalność. W Danii Månsson (2000) badał zapadalność jękania na zamieszkałej przez około 40 000 osób wyspie Bornholm. Wyjątkowość tego badania polega na tym, że wzięta w nim udział **cała** populacja 1040 dzieci urodzonych na wyspie na przestrzeni 2 lat, a nie tylko jej część. Tym niemniej badanie zaczynano od dzieci w wieku 3 lat, co oznacza, że niemożliwe było bezpośrednie zweryfikowanie przypadków, w których rodzice donosili o wcześniejszym pojawieniu się jękania, a następnie samoistnym jego ustąpieniu. Z drugiej strony mogły też być przypadki krótkich okresów jękania, które już ustąpiło, a w ogóle go nie zgłoszono. Populację dzieci śledzono tylko przez 5 lat, co mogło skutkować pominięciem kilku kolejnych przypadków. Wynikającą z badania zapadalność na poziomie 5,09% należy więc traktować jako szacunek zachowawczy.

Argumentów na rzecz wyższej zapadalności dostarczyli Felsenfeld i in. (2000). Zespół ten przyjrzał się osobom figurującym w Australijskim Rejestrze Bliźniąt. Było wśród nich 3768 młodych dorosłych (średnia wieku: 23,2 lat), 60,6% kobiet i 39,4% mężczyzn, którzy odpowiedzieli na rozesłane pocztą kwestionariusze na temat jękania (oprócz nich niewielka próba OJS i grupa kontrolna wzięły udział w ankiecie telefonicznej). 331 uczestników udzieliło twierdzącej odpowiedzi na kluczowe pytanie, czy kiedykolwiek się jękali, co przyniosło zapadalność na poziomie 8,8%. Przyglądając się temu wynikowi, trzeba mieć na uwadze, że prawdopodobieństwo wystąpienia jękania u jednego z bliźniąt monozygotycznych jest podwyższone, podczas gdy dla bliźniąt dizygotycznych utrzymuje się ono na tym samym poziomie co w przypadku rodzeństwa nie będącego bliźniętami. (Howie, 1981). Istnieją również



dane z przeszłości wskazujące na cokolwiek większą tendencję do jąkania pośród bliźniąt (Nelson, Hunter, Walter, 1945). Z drugiej strony znacząca przewaga kobiet we współczesnym badaniu australijskim, przy odwróconej wartości stosunku K/M wynoszącej 1,53 kobiety na 1 mężczyznę (podczas gdy zazwyczaj jest to 3–4 mężczyzn na 1 kobietę), prowadziłyby do znaczącego zniżenia zapadalności jąkania. Brak zatem przekonujących powodów, by odrzucić wynik 8,8%. O ile wysoki odsetek kobiet w badaniu może sugerować, że mogą one chętniej niż mężczyźni odpowiadać na ankiety, prawdopodobieństwo to nie wpływa na wynik naszej oceny, to znaczy próba z nadreprezentacją kobiet nie powinna być podejrzewana o bycie czynnikiem powodującym podwyższenie odczytywanej zapadalności.

O ile już wyniki na poziomie 5% oraz 8,8% nie należą do niskich, znajdziemy późniejsze badanie, w którym wykazano jeszcze wyższą zapadalność jąkania. W publikacji z 2005 roku Månsson donosi o kolejnym badaniu na wyspie Bornholm. W tym drugim podejściu badanie objęło 928 dzieci stanowiących 92% wszystkich dzieci urodzonych na wyspie podczas odrębnego okresu 2 lat. Każde dziecko zostało indywidualnie ocenione krótko po swoich 3. urodzinach. Zastosowano te same kryteria diagnostyczne co w pierwszym badaniu (2000), zastosowano jednak bardziej bezpośrednie procedury. Próbkę mowy dzieci były nagrywane i analizowane przez osobę sprawdzającą, czy jąkanie jest obecne oraz jakie jest jego nasilenie. Podobnie jak w poprzednim badaniu dzieci były badane przez 5 lat. Tym razem Månsson i jego zespół zidentyfikowali 176 dzieci jąkających się (DJS): 101 chłopców i 75 dziewcząt, co przekłada się na zapadalność na poziomie 17,7%. O ile naturalne jest powątpiewanie w tak wysoki wynik, podkreślamy, że w naszej ocenie zastosowano tutaj bardzo precyzyjne procedury, lepsze od użytych w pierwszym badaniu na Bornholmie czy w wielu innych wcześniejszych badaniach, w tym diagnozę jąkania występującego w czasie badania prowadzoną zarówno przez rodziców, jak i dwoje logopedów, a także szczegółowe raporty rodziców dotyczące jąkania się dzieci w przeszłości, choć nie dawniejszego niż na 18 miesięcy przed badaniem, a prawdopodobnie w jeszcze mniejszym odstępnie czasu. Według Månssona (2012) dużą część różnic pomiędzy wynikami pierwszego i drugiego badania Duńczyków można wyjaśnić na podstawie znacznie poprawionych procedur. Pierwszy z autorów niniejszego artykułu miał okazję obserwować kilka z sesji identyfikacyjnych prowadzonych na Bornholmie i może poświadczyc rzetelność i dokładność wzmiankowanych procedur. Nawet jeśli przyjmie się bardzo wysoki, 50-procentowy poziom identyfikacji fałszywie dodatniej, zapadalność „z poprawką” byłaby bliska 8%, a i to jedynie w pierwszych kilku latach życia.

Kolejne badanie na osi czasu to również badanie bliźniąt, tym razem przeprowadzone w Wielkiej Brytanii i opublikowane przez Dworzynski, Remington, Rijdsdijk, Howella i Plomina (2007). Bardziej szczegółowo zostało ono opisane w części poświęconej ścieżkom rozwojowym. W oparciu o doniesienia rodziców w badaniu podłużnym obejmującym blisko 14 000 par bliźniąt w wieku 2–7 lat dane cząstkowe dostępne dla 12 892 dzieci wskazywały, że odsetek osób, które „kiedykolwiek się

jąkały”, wynosił przynajmniej 8,4%. Ustalenie to jest bardzo podobne do 8,8% wyliczonego dla bliźniąt dorosłych (Felsenfeld i in., 2000) i nieomal identyczne z ustaleniami kolejnego opisanego niżej badania.

**Tabela 2.** Zapadalność na jąkanie według badań z XXI wieku

| Badanie                 | Wielkość próby | Uczestnicy                              | Zapadalność (%) |
|-------------------------|----------------|---|-----------------|
| Månsson (2000)          | 1040           | Wszystkie dzieci urodzone w ciągu 2 lat | 5,09            |
| Felsenfeld i in. (2000) | 3768           | Doroste bliźnięta                       | 8,80            |
| Craig i in. (2002)      | 12131          | Pełen zakres wiekowy                    | 3,22            |
| Månsson (2005)          | 928            | 92% dzieci urodzonych w ciągu 2 lat     | 17,70           |
| Dworzynski i in. (2007) | 12892          | Pary bliźniąt w wieku 2–7 lat           | 8,40            |
| Reilly i in. (2009)     | 1619           | Przedszkolaki                           | 8,50            |

Najnowsze i naszym zdaniem najwłaściwsze metodologicznie badanie zapadalności jąkania na początku obecnego stulecia przeprowadzono w australijskim stanie Victoria jako część podłużnego badania nad wczesnym rozwojem językowym (Reilly i in., 2009). Naszą opinię uzasadniamy faktem, iż badanie dotyczyło przekroju populacji, spełniało kryterium wczesnego wieku początkowego, a więc przed pojawieniem się jąkania, i korzystało z profesjonalnej weryfikacji przypadków. Protokół zakładał, że pielęgniarki zajmujące się małymi dziećmi będą prosić rodziców przychodzących na wizytę kontrolną z dziećmi w wieku 8 miesięcy o udział w projekcie. Początkowo, a więc gdy dzieci miały po 8 miesięcy, próba obejmowała 1911 dzieci. Do czasu, gdy dzieci osiągnęły wiek 2 lat, z powodu wycofania się niektórych osób próba zmalała do 1619. Odnotowano jednak, że odsetek matek z wykształceniem wyższym był większy pośród grupy, która pozostała w badaniu (38,4%), niż pośród grupy, która odeszła (29,4%).

Rodziców poinstruowano, by poinformowali badaczy, kiedy zaobserwują pierwsze objawy jąkania. Przedstawiono im standardową definicję jąkania. W kolejnym kroku diagnoza jąkania przeprowadzona przez rodziców musiała być potwierdzona przez wykwalifikowanych logopedów doświadczonych w pracy z jąkaniem. W przypadku wątpliwości panel złożony z 2 innych ekspertów zapoznawał się z audiowizualną próbką mowy dziecka, by ustalić status jego jąkania. Według tego zespołu zapadalność w wieku do 3 lat była już na poziomie 8,5% (137 dzieci), co jest szacunkiem ostrożnym, jeśli weźmie się pod uwagę, że wykluczono 21 przypadków granicznych (ponad 13% z całkowitej liczby dzieci zgłaszanych przez rodziców, która wynosiła 158). Gdyby uwzględnić te przypadki, zapadalność wzrosłaby do 9,8%. Jeśli weźmie się pod uwagę możliwość zanizonej liczby przypadków, o których mogliby donieść rodzice, oraz omawiane wcześniej przewidywania dotyczące pojawienia się jąkania powyżej wieku 3 lat (przypadki nieujęte w raportach badaczy), w przypadku



ku, przez wzgląd na niewielką odległość dzielącą obserwatorów, zarówno nieprofesjonalnych, jak i zawodowych, od nowo zidentyfikowanych przypadków. Takie dane stanowią szacunki **minimalne**, ponieważ późniejsze wystąpienia podnoszą tylko statystyki dotyczące wczesnego etapu życia.

Możliwe jest oczywiście, że próby mające reprezentować całą populację i tak nie były zrównoważone, a w badania w nieznaną sposób wkradły się pojedyncze lub bardziej liczne błędy proceduralne. Możliwe jest również, że niektóre populacje po prostu różnią się od siebie. Na przykład blisko 1000 dzieci z badania Månssona (2005) nie stanowiło jedynie próby, ale niemal całą populację trzylatków na duńskiej wyspie Bornholm w momencie rozpoczęcia badania. W świetle bardzo silnych dowodów na występowanie u podstaw jąkania czynników genetycznych małe, zamknięte grupy z wysokim poziomem małżeństw zawieranych w ich obrębie mogą wykazywać wyższy odsetek jąkania, jeśli zaburzenie występowało w jednej lub kilku rodzinach zakładających kolonię. Czy to możliwe, że wysoka zapadalność odzwierciedla stosunkowo niską mobilność populacji wyspy liczącej sobie 40 000 osób, która to populacja, być może, przez wiele pokoleń znajdowała się pod genetycznym wpływem jednej lub kilku rodzin ze skłonnością do jąkania? Taki scenariusz, w znacznie mniejszej skali, opisany jest w badaniu genetyki jąkania w populacji założycielskiej przeprowadzonym na Huterytach w południowej Dakocie (Wittke-Thompson i in., 2007). Jednak dla badania z Bornholmu brakuje istotnych w tej kwestii informacji. Mimo to wydaje się mało prawdopodobne, aby wszystkie badania dowodzące dużej zapadalności obejmowały tego rodzaju próby lub całe populacje bardzo małych dzieci.

## Wnioski

W związku z powyższym skłaniamy się ku wnioskowi, że zwyczajowo przyjęta 5-procentowa statystyka zapadalności jest prawdopodobnie zbyt zachowawcza. Kiedy w badaniach z małymi dziećmi stosuje się bardzo dokładne metody obserwacyjne i inne, około 8% zapadalności, o których donosi parę ostatnich badań, nie powinno być, jak się wydaje, automatycznie odrzucane. Nie jesteśmy w tym poglądzie odosobnieni. Bloodstein i Bernstein Ratner (2008), choć nie korzystali z najnowszych informacji, formułują ocenę podobną do naszej. Swoją przeglądnę literatury podsumowali, stwierdzając, iż „wydaje się, że prawdopodobna zapadalność na przestrzeni całego życia wynosi **przynajmniej 10%**” (2008: 91). Zauważmy, że doszli do tego wniosku bez przytaczania wysokiego wyniku Månssona (2005), 8,4% Dworzynski i in. (2007) lub 8,5% Reilly i in. (2009), ponieważ ostatnie badania nie były jeszcze opublikowane, gdy Bloodstein i Bernstein Ratner tworzyli swoje opracowanie. W każdym razie nowe dane sugerujące większą zapadalność rzucają też nowe światło na inne aspekty zaburzenia, przede wszystkim na kwestię jego ścieżek rozwojowych. Aspekty te zostaną omówione w dalszej części artykułu.

## Zastrzeżenia

Dane przedstawione i omówione powyżej zostały zebrane głównie w populacjach rasy kaukaskiej i tylko w Ameryce Północnej, Europie i Australii, choć odnotowano też pewne zróżnicowanie w obrębie tych populacji, np. w próbie australijskiej opisanej w badaniu Craig i in. (2002). Mimo że opublikowano kilka raportów klinicznych z krajów położonych na innych kontynentach (zob. ASHA Leader, 2005), badań naukowych (np. Lee, Kwak, 1999 w Korei Płd.; Riaz i in., 2005 w Pakistanie) oraz opracowań dotyczących częstości występowania (np. Toyoda, 1959 w Japonii; Okasha, Bishry, Kamel, Hassan, 1974 w Egipcie; Ardila, Bateman, Nino, 1994 w Kolumbii) świadczących o obecności jąkania na całym świecie i u osób należących do wszystkich ras, a także wielu, jeśli nie wszystkich, grup etnicznych/kulturowych, do tej pory brakuje badań zapadalności na przestrzeni całego życia lub krótszej z Afryki, Azji i Ameryki Południowej. Jak wspomniano wcześniej, czynniki genetyczne mogą znacząco wpływać na zapadalność (podwyższając ją lub obniżając) w małych populacjach lub subpopulacjach. Ustalenia dotyczące zapadalności mogą być zniekształcone przez czynniki kulturowe, w szczególności poprzez niedoszacowanie wynikające z niechętnego opisywania przez badanych historii jąkania u siebie lub rodziny. Niezależnie od tych czynników podobieństwo danych na temat częstości występowania zgłaszanej dla powyższych obszarów geograficznych (problem, o którym mowa w następnej sekcji), np. 0,82% w Japonii (Toyoda, 1959) i 0,93% w Egipcie (Okasha i in., 1974) do tych zgłaszanych w Ameryce Północnej, Europie i Australii prowadzi nas do przypuszczenia, że zapadalność również będzie podobna. Ujihira (2011) stwierdza jednak, że specyficzne cechy języka mogą wpływać na zapadalność. Według niego jest to jeden z powodów, dla których zapadalność jąkania w Japonii jest niska. Niestety, nie pojawiły się w ostatnim czasie badania zapadalności ani częstości występowania jąkania w Japonii, które potwierdziłyby takie stwierdzenie.

## 3. Częstość występowania

### 3.1. Tło

Można oczekiwać, że w zaburzeniu, jakim jest jąkanie, częstość występowania, rozumiana jako liczba osób jąkających się w czasie, gdy prowadzone jest badanie, będzie zróżnicowana w zależności od badanej grupy wiekowej. Jak pokazaliśmy powyżej, ogólnie rzecz biorąc, z wyjątkiem krótkiego okresu około 4 lat między 2. a 6. rokiem życia, kiedy to jąkanie zaczyna się pojawiać w większości przypadków, zakłada się spadek liczby przypadków jąkania stwierdzanych w badaniach w miarę wzrostu wieku badanych. To założenie opiera się na dwóch czynnikach. Po pierwsze, występuje zjawisko samoistnego ustąpienia jąkania, przeważnie w ciągu 3–4 lat od pojawienia się jąkania, a więc przed 7. rokiem życia (Yairi, Ambrose, 1999, 2005).

Pewną liczbę przypadków ustąpienia jąkania obserwuje się ponadto również we wczesnych latach szkolnych, jak i później (Andrews, Harris, 1964; Howell i in., 2008; Yairi, Ambrose, 2005). Po drugie, jak pokazuje powszechne doświadczenie kliniczne, a także bardziej systematyczne doniesienia (np. Preus, 1981), od okresu późnego dzieciństwa pojawia się niewiele nowych przypadków.

Badania częstości występowania opierają się na badaniach przekrojowych, ukierunkowanych na pojedynczą grupę wiekową, np. uczniów gimnazjów, wybrane klasy z całego zakresu dzieci w wieku szkolnym lub grupy wybrane według płci, rasy, kultury, diagnozy klinicznej i innych czynników. Można oczekiwać, że różnice między tymi grupami będą skutkować różnicami w szacunkach częstości występowania. Niestety, niewiele jest danych dotyczących częstości występowania dla poszczególnych grup wiekowych na przestrzeni całego życia zgromadzonych w ramach jednego badania tej samej puli populacji. Najczęściej stosowana procedura, zwłaszcza w przypadku dużych prób, obejmowała ankiety wypełniane przez informatorów „z drugiej ręki”, np. nauczycieli zgłaszających liczbę jąkających się dzieci w swoich klasach (np. Brady, Hall, 1976; Okalidou, Kampanaros, 2001). Bezpośrednie badanie uczestników w osobistej rozmowie jest rzadsze. Niektóre badania obejmowały więcej procedur, takich jak potwierdzanie danych od informatorów w następującym po ich zebraniu profesjonalnym przesiewie prowadzonym metodą osobistych rozmów (np. Proctor, Yairi, Duff, 2008) lub poprzez zestawienie ich z kartotekami szkolnych logopedów (McKinnon i in., 2007). Badania częstości występowania również mają kilka potencjalnych słabości: (1) w dużej, zróżnicowanej grupie informatorów trudno osiągnąć jednolite postrzeganie lub kryteria identyfikacji jąkania; (2) w różnych badaniach informatorom mogą być podawane różne definicje, a czasem w ogóle nie podaje się definicji; (3) próby mogą nie reprezentować w odpowiednim stopniu grup docelowych, na przykład jeśli osoba badająca jąkanie wśród słuchaczy szkół wyższych nieumyślnie uwzględni nieproporcjonalnie dużą liczbę słuchaczy kierunków inżynierskich, z których większość prawdopodobnie jest mężczyznami. Innym problemem będzie próba zawierająca duży odsetek studentów kierunków dotyczących zaburzeń komunikacji, z których większość to kobiety; (4) w indywidualnym badaniu przesiewowym osoby jąkające się łagodnie lub wykazujące znaczne wahania w swoim jąkaniu mogą przypadkiem „mieć dobry dzień” i pozostać niezauważonymi, na które to zjawisko napotkaliśmy podczas wstępnych ocen, a także następujących po nich badań obserwacyjnych.

Wczesne badania (od końca XIX do początku XX wieku) prowadzone na oddalonych od siebie obszarach geograficznych obejmowały licznych uczestników, od 87 000 do 212 000 i wszystkie ograniczały się do dzieci w wieku szkolnym. Przyniosły one nadzwyczaj podobne ustalenia: 0,90% w Danii (Lindberg, 1900), 1,02% na Węgrzech (Von Sarbo, 1901), 0,77% w Bostonie w USA (Hartwell, 1895) i 0,87% w grupie 6 amerykańskich miast (Conradi, 1904). W ciągu kolejnych 3 dekad kilka badań, przeprowadzonych głównie w USA, przyniosło podobne dane: np. 0,72% (Blanton, 1916), 0,70 (Wallin, 1916). Zakrojone na epokową skalę badanie 3 471 000

dzieci w wieku około 6–18 lat [„około”, ponieważ kryterium obejmowało stopnie amerykańskiej edukacji szkolnej (1–12), nie wiek – przyp. tłum.], przeprowadzone w ramach *White House Conference Committee Report on Child Health and Protection* [Raportu Komitetu Konferencyjnego Białego Domu ds. Zdrowia i Ochrony Dzieci] (1931) w oparciu o raporty nauczycieli wykazało ogólną częstość występowania na poziomie około 0,70%<sup>5</sup>.

Badania przeprowadzone po 2/3 XX wieku przyniosły szerszy zakres szacunków rozpowszechnienia. Najniższy, 0,35% u 187 420 dzieci w wieku szkolnym, zgłosili Brady i Hall (1976), najwyższy zaś, 2,12% u 5 054 gimnazjalistów i licealistów, Gillespie i Cooper (1973). Gdy spojrzeć szerzej, wyniki wydają się jednak obracać wokół 0,80%; np. Leavit (1974) donosi o 0,84% częstości występowania wśród 10 445 uczniów w wieku ok. 6–18 lat, zaś Hull, Mielke, Willeford i Timmons (1976) o 0,80% w obejmującej cały kraj próbie 39 000 uczniów w wieku około 4–18 lat. Choć Harasty i Reed (1994) ustaliły częstość występowania wśród dzieci w wieku 5–12 lat z 2 szkół w metropolii Sydney (Australia) na 1,8%, ich ustalenia były oparte na małej próbie, obejmującej jedynie 437 dzieci. Średnia obliczona przez nas dla 9 badań opublikowanych w latach 1973–1994 wynosi 0,83%.

### 3.2. Postępy w XXI wieku

W obecnym stuleciu opublikowano kilka badań częstości występowania w określonych grupach wiekowych lub w szerokich przedziałach wiekowych populacji. Trzy skupiły się na przedszkolakach, zdefiniowanych jako osoby w wieku poniżej 6 lat. W Grecji Okalidou i Kampanaros (2001), korzystając z odpowiedzi nauczycieli na kwestionariusze, przebadaly 1113 dzieci w wieku 4–5 lat w 57 przedszkolach. Częstość występowania jąkania wyniosła 2,2%. W większym badaniu przeprowadzonym w Australii (McLeod, Harrison, 2009), które obejmowało dzieci w tym samym wieku co badania greckie, wyniki były znacząco odmienne. Badacze uzyskali informacje na temat problemów z mową i językiem u 4983 dzieci w wieku 4–5 lat za pomocą wywiadów z rodzicami i ankiet przez nich wypełnianych, ankiet od nauczycieli i oceny bezpośredniej. Obawy rodziców dotyczące jąkania odnotowano w przypadku 5,6% dzieci. Rok wcześniej Proctor i in. (2008) donieśli o częstości występowania na poziomie 2,6% u 3165 dzieci w wieku 2–5 lat (badanie to zostanie omówione bardziej szczegółowo w kolejnej sekcji). Biorąc pod uwagę młodszy skraj przedziału wiekowego w tej próbie, można dostrzec sens nieco wyższej częstości występowania w porównaniu do badania greckiego.

Drugie australijskie badanie przeprowadzone przez McKinnon i in. (2007) obejmowało ponad 10 000 dzieci oraz szerszy przedział wiekowy: od przedszkola do klasy 6. W pierwszym etapie badanie opierało się na identyfikacji jąkania przez nauczy-

<sup>5</sup> Ustalenia te zostały potwierdzone w badaniu przesiewowym, w którym ponad 10 000 uczniów zostało zdiagnozowanych przez logopedę w bezpośredniej rozmowie.

ciela. Następnie sprawdzono kartoteki szkolnych logopedów w celu potwierdzenia przypadków jako rzeczywiście wyrastające z historii jąkania. Badanie to wykazało jedynie częstość występowania na poziomie 0,33%, co stanowi wyraźny kontrast w porównaniu z 1,8% zgłoszonymi zaledwie 13 lat wcześniej przez Harasty i Reed (1994) również na australijskim obszarze metropolitalnym. Ostatnie z wymienionych badań obejmowało tylko 437 dzieci, także od przedszkola do klasy 6, lecz tutaj oceny jąkania dokonywali klinicyści.

Duże europejskie badanie częstości występowania zostało przeprowadzone w Belgii przez van Borsela i współpracowników (2006) przy użyciu ankiet wypełnianych przez nauczycieli. Obejmowało ono 21 027 uczniów zwykłych szkół w wieku 6–20 lat, ustalając ogólną częstość występowania na poziomie 0,58%. Częstość występowania systematycznie spadała wraz ze wzrostem wieku uczniów: 0,78% w wieku 6–10 lat, 0,53% w wieku 11–15 lat i 0,27% w wieku 16–20 lat. Stosunek M/F wynosił 4,6. W tym samym badaniu na próbie 1272 uczniów szkół dla dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w wieku 6–15 lat ogólna częstość występowania była wyższa i wynosiła 2,28%. Badanie również obejmujące dość szeroki zakres wiekowy młodych ludzi na znacznie większej próbie i zaczynając od młodszego wieku, przeprowadziło USA Center for Disease Control and Prevention [Amerykańskie Centrum Kontroli i Prewencji Chorób] (Boyle i in., 2011). Tutaj badacze zamierzali określić częstość występowania zaburzeń rozwojowych w ogólnej populacji młodzieży amerykańskiej, a także w pewnych subpopulacjach. Przeanalizowali odpowiedzi uzyskane w latach 1997–2008 od rodziców lub prawnych opiekunów 119 367 dzieci w wieku od 3 do 17 lat, których zapytano, czy u ich dziecka w ciągu ostatnich 12 miesięcy wystąpiło którekolwiek z listy schorzeń obejmującej jąkanie. Ogólna częstość jąkania wynosiła 1,60%; konkretniej 1,99% w wieku 3–10 lat i 1,15% w wieku 11–17 lat. Stosunek mężczyzn do kobiet wyniósł 2,47.

Ostatnim omawianym w tej grupie jest cytowane wcześniej australijskie badanie Craig i in. (2002) przeprowadzone na drodze telefonicznych wywiadów z 1 osobą z każdej z 4689 rodzin, a więc obejmujące w sumie 12 131 osób w wieku od poniżej 1 roku do 99 lat. Badanie wyróżnia się tym, że jako jedyne do tej pory obejmowało pełen zakres wiekowy populacji. Wykazało ono ogólną częstość występowania na poziomie 0,72% ze zmianami podług konkretnych grup wiekowych. Zgodnie z przewidywaniami częstość występowania była najwyższa u przedszkolaków i dzieci we wczesnym wieku szkolnym: 1,4% dla dzieci w wieku 2–5 lat; 1,44% w wieku 6–10 lat. W wieku 11–20 lat częstość występowania spadła do 0,53%; w wieku 21–50 lat wzrosła do 0,78, by ponownie spaść do 0,37% w wieku powyżej 51 lat. Częstość występowania w wieku 5–18 lat wynosiła 0,90%, blisko poziomu 1%, do którego doszli Bloodstein i Bernstein Ratner (2008). Podsumowanie wyżej omówionych badań dotyczących częstości występowania przedstawiono w tabeli 3.



## Wnioski

Z niedawnych informacji jasno wynika, że częstość występowania w wieku poniżej 6 lat jest znacznie wyższa niż w późniejszych okresach życia. Oznacza to, że zazwyczaj przed osiągnięciem tego wieku wiele dzieci przestaje się jąkać – czy to w sposób naturalny, czy przy pewnej interwencji klinicznej. Samoistne ustąpienie jąkania (które omówimy później) może być wspomagane przez terapię. Koncentracja przypadków jąkania w młodym wieku oznacza również, że przygotowanie klinicystów do pracy z tą grupą wiekową, w tym do oceny, prognozowania ryzyka, poradnictwa dla rodziców i prowadzenia terapii, powinno ulec poprawie.

Trzy z wyżej wymienionych badań, obejmujące szersze przedziały wiekowe, przedstawiają szacunki częstości występowania niższe lub nawet znacznie niższe w porównaniu z odnotowaną w ubiegłym stuleciu tendencją do oscylowania wokół około 1%. Należy jednak zauważyć, że zarówno van Borsel i współpracownicy (2006), jak i McKinnon wraz z zespołem (2007) nie uwzględniali dzieci w wieku poniżej 5 lub 6 lat, w którym to wieku Craig i in. (2002) potwierdziły najwyższą częstość występowania. Mimo to wydaje się istnieć tendencja spadkowa. Jest ona szczególnie prawdziwa w przypadku danych europejskich, które zwykły przewyższać 1%. Ustalenia Boyle i współpracowników (2011) sugerują jednak, że taki wniosek należy traktować ostrożnie. Sprawdzenie rzetelności, w którym zastosowano badanie przesiewowe ponad 10 000 uczniów na drodze osobistej rozmowy z klinicystą logopedycznym, potwierdził to ustalenie.

**Tabela 3.** Badania częstości występowania w XXI wieku

| Badanie                     | N       | Wiek | Częstość występowania (%) | Stosunek M/F |
|-----------------------------|---------|------|---------------------------|--------------|
| Okalidou, Kampanaros (2001) | 1113    | 4–5  | 2,20                      | 0,66         |
| McLeod, Harrison (2009)     | 4983    | 4,5  | 5,60                      |              |
| Proctor i in. (2008)        | 3165    | 2–5  | 2,60                      | 2,6          |
| McKinnon i in. (2007)       | 10 000  | 5–13 | 0,33                      |              |
| van Borsel i in. (2006)     | 21 027  | 6–20 | 0,58                      | 4,6          |
| Craig i in.                 | 12 131  | 2–99 | 0,72                      | 2,3          |
| Boyle i in. (2011)          | 119 367 | 3–17 | 1,60                      | 2,47         |

Z równą ostrożnością trzeba jednak traktować ich własną wysoką częstość występowania, jeśli weźmie się pod uwagę ciekawe dane na temat subpopulacji, które zostaną przedstawione w dalszej części artykułu. Obecnie, częstość występowania na przestrzeni całego życia na poziomie 0,72% pozostaje jedyną dostępną, jak również wydaje się szacunkiem rozsądnym. Ponownie, te ustalenia również mogą mieć istotne implikacje dla zrozumienia rozwoju jąkania, który zostanie omówiony poniżej.

### 3.3. Rasa i pochodzenie etniczne

#### 3.3.1. Tło

Czy rasa i pochodzenie etniczne są czynnikami ryzyka w przypadku jąkania? Wiarygodnych opartych na zapadalności danych, które mogłyby dostarczyć informacji na temat początkowego ryzyka wystąpienia jąkania jako funkcji rasy innej niż kaukaska czy kultury innej niż zachodnia, jest niewiele. Niektóre wcześniejsze badania w zakresie jąkania/rasy dotyczyły częstości występowania tego zaburzenia wśród Afroamerykanów. Badania obejmujące dzieci Afroamerykanów skupiały się na dzieciach ze szkoły podstawowej, tylko Gillespie i Cooper (1973), którzy badali gimnazjalistów i licealistów. Donieśli oni, że jąkanie występuje częściej u Afroamerykanów (AA) niż u dzieci o korzeniach europejskich (EA). Na przykład 1,6% AA vs. 1,1% EA (Wallin, 1926); 7,8% AA vs. 4,11% EA (Waddle, 1934); 3,76% AA vs. 1,8% EA (Travis, Johnson, Shover, 1937); 1,6% AA vs. 1,1% (Carson, Kanter, 1945); 2,8% AA vs. 0,7% EA (Gillespie, Cooper, 1973). Dane ilościowe zgłoszone z Czarnej Afryki, choć bardzo ograniczone, wskazują na większą częstość występowania w niektórych plemionach. Na przykład Morgenstern (cytowany przez Johnson i in., 1967) przytacza wtórne doniesienia innego antropologa, który opisywał 2,67% częstości występowania wśród 5618 dzieci w wieku szkolnym z plemienia Ibo w Afryce Zachodniej. Inny obraz został jednak przedstawiony przez bardziej wiarygodne źródło z południowej Afryki. Aaron (1962) przebadła 6581 afrykańskich uczniów Bantu w wieku 6–21 lat uczęszczających do 13 szkół w miejscowości Orlando, części obszaru metropolitalnego Johannesburga. Jąkających się najpierw identyfikowali nauczyciele przy użyciu definicji Van Ripera (1971), a następnie ustalenia były potwierdzane osobistą oceną prowadzoną przez badaczkę. Ustaliła ona 1,26% częstości występowania przy stosunku M/F na poziomie 3,23, gdzie obie wartości były podobne do zgłaszanych w ogólnych danych amerykańskich i europejskich.

#### 3.3.2. Postępy w XXI wieku

Odnotowano opublikowanie 2 badań różniących się wynikami, ujęte w nich grupy wiekowe jednak się nie pokrywają. Być może najbardziej jak dotąd ostrożne badanie dotyczące rasy w XXI wieku zostało opublikowane przez Proctor i współpracowników (2008). Było ono też jedynym, które skupiało się na afroamerykańskich przedszkolakach, a zatem dzieciach w wieku, w którym najczęściej pojawia się jąkanie. Próba 3165 dzieci w wieku 2–5 lat obejmowała 2223 Afroamerykanów i 942 Amerykanów o korzeniach europejskich. Dane zebrano z 3 źródeł: indywidualnych badań przesiewowych prowadzonych przez klinicystów, identyfikacji jąkania przez nauczycieli oraz przez rodziców. Częstość występowania jąkania wynosiła 2,6% dla AA vs. 2,44% dla EA bez statystycznie istotnych różnic grupowych. Częstość występowania dla całej próby wynosiła 2,56%. Liczba ta jest bliska 2,2% stwierdzonym przez Okalidou i Kampanaros (2001) u 4–5-latków, ale nieco wyższa niż 1,4% zgłoszone przez Craig i in. (2002) u dzieci w tym samym wieku (2–5).

Zupełnie niedawno pojawiły się nowe dane z badania USA Center for Disease Control and Prevention (Boyle i in., 2011), w którym rodziców i opiekunów 119 367 dzieci w wieku od 3 do 17 lat pytano, czy ich dziecko zmagало się z jakimkolwiek ze wskazanych zaburzeń wieku dziecięcego, w tym jąkanie. W przypadku jąkania odpowiedź miała dotyczyć tylko ostatnich 12 miesięcy. Wyniki odzwierciedlają trendy zależne od różnic rasowych i etnicznych. Dla grupy białych niełatynosów częstość występowania wynosiła 1,27%; dla grupy czarnych niełatynosów wzrosła ponad dwukrotnie do 2,63%; dla grup latynoskich ogółem było to 1,96%. Różnica między białymi i czarnymi grupami była statystycznie istotna przy poziomie pewności 0,05. Różnica pomiędzy niełatynoskimi białymi i ogółem grup latynoskich nie była znacząca. Przy ocenie danych z tego badania należy pamiętać, że nie została w nim uwzględniona większość okna krytycznego dla początku jąkania (poniżej 3 lat). Logiczną będzie sugestia, że gdyby uwzględnić ten przedział wiekowy, wzrosłaby ogólna częstość występowania. Podobnie: głównym źródłem były raporty rodziców, bez weryfikacji „z pierwszej ręki”, chociażby dla niewielkiej części próby.

## Wnioski

Jeśli wziąć pod uwagę rozmiar badania Boyle'a i współpracowników (2011), wydaje się, że obecnie czynnik rasy, przynajmniej rasy opisywanej jako Afroamerykanie, pozostaje kwestią otwartą na dalsze staranne badania. Szczególnie trudne pytanie, które trzeba tutaj zadać, brzmi: jak definiuje się Afroamerykanów i białych w świetle oczywistego zjawiska przynależności licznych jednostek do różnych ras w różnym stopniu. Duże, staranne badania nad zapadalnością i częstością występowania w Czarnej Afryce byłyby bardzo pomocne w lepszym poznaniu udziału rasy/genetyki w jąkanu. Będą one również rzucać światło na wpływ czynników rasowych i kulturowych na rozwój jąkania, gdy już się ono pojawi, w odniesieniu do jego utrwalania się i samoistnego ustępowania. Tu również wpływ pochodzenia etnicznego pozostaje niejasny. Elementy rasowe w etnicznej grupie latynoskiej stanowią kolejne komplikacje, które mogą zostać rozwiązane przez przyszłe badania.

### 3.4. Czynniki kulturowe

#### 3.4.1. Tło

Czy kultura ma wpływ na ryzyko wystąpienia jąkania? Przez kilka dekad, zwłaszcza od lat 40. do 60. XX wieku, przekonanie, że wartości kulturowe mogą znacznie wpłynąć na zapadalność w przypadku jąkania, było dość popularne. Działo się tak między innymi, z jednej strony, za sprawą doniesień antropologów pracujących z prymitywnymi społeczeństwami Nowej Gwinei i wysp Pacyfiku, którzy stwierdzali, że nie spotkali osób jąkających się wśród tysięcy rdzennych mieszkańców, z którymi mieli kontakt (Bullen, 1945). Ustalenia te zostały podparte przez doniesienia

Snidecora (1947) o tym, że nie udało mu się zidentyfikować ani jednej osoby jåkającej się wśród 800 członków plemion Indian amerykańskich Banoków i Szoszonów, z którymi osobiście przeprowadził wywiad. Z drugiej strony, Lemert (1953) donosi o wrażeniu, że jåkanie było dość powszechne wśród innych plemion, takich jak Nuu-chah-nulth i Saliszowie Nadmorscy, co przypisywał obecnej w ich kulturze tendencji do współzawodnictwa. Lemert (1962) przedstawiał dodatkowe przykłady tego, jak w jego odczuciu kultura zwiększa (Japonia) lub zmniejsza (wyspy Polinezji) liczbę przypadków jåkania. Dla kontrastu, jak wspomniano wcześniej, Ujihira (2011) sugerował, że zapadalność/częstość występowania jåkania w Japonii jest niska. Niestety jego przypuszczenia opierały się jedynie na osobistych wrażeniach, a nie na danych pokazujących zapadalność.

Doniesienia te zostały dobrze przyjęte, ponieważ wpisywały się w ówczesną myśl antropologiczną i panującą diagnozogeną teorię jåkania (Johnson, 1944a, 1944b; Johnson i in., 1959). Zgodnie z tym poglądem poziom presji i troski otoczenia o rozwój mowy u dzieci ma znaczące przełożenie na jåkanie. Ustalenia owe były jednak kwestionowane, częściowo z powodu sprzecznych doniesień, takich jak te Zimmermanna, Liljebalda, Franka i Cleeland (1983), którzy zidentyfikowali przypadki jåkania w plemionach Indian amerykańskich wcześniej uznanych za wolne od tego zjawiska. Badania w kilku krajach o kulturach różnych od kultur zachodnich nie wykazały ponadto częstości występowania wyraźnie odmiennej, niż stwierdzona w badaniach amerykańskich i europejskich. Tak oto w Egipcie badanie 8 459 dzieci w wieku 6–12 lat uczęszczających do szkół publicznych lub prywatnych w Kairze oszacowało częstość występowania na 0,93%. Jåkanie było określane na podstawie odczytania na głos standardowego fragmentu tekstu oraz mowy w konwersacji. W Japonii Toyoda (1959, cytowany przez Van Ripera, 1982) przebadł 140 000 dzieci w wieku szkolnym i zgłosił częstość występowania na poziomie 0,82%. W Afryce Południowej Aaron (1962), cytowana wcześniej, przebadła afrykańskich uczniów Bantu i zgłosiła częstość występowania na poziomie 1,26%.

Potoczne posługiwanie się dwoma językami również jest aspektem kulturowym o potencjalnych implikacjach dla jåkania się. Czy jest możliwe, że dzieci, które są jednocześnie eksponowane na dwa lub więcej języków używanych w domu i uczą się ich, doświadczają interferencji do tego stopnia, że centralny system planowania mowy działa nieprawidłowo, co skutkuje wyższym od normalnego poziomem niepełności lub nawet jåkaniem? To pytanie ma wpływ nie tylko na opis przyczyn, ale także na profilaktykę i terapię. Jeśli odpowiedź jest twierdząca, to czy wielojęzyczni rodzice powinni używać tylko jednego języka, gdy rozmawiają ze swoimi małymi dziećmi lub gdy dzieci są w pobliżu? Czy ekspozycja na drugi język powinna zostać odroczone do czasu, gdy znajomość pierwszego języka będzie wystarczająco solidna? A może należy stosować szczególne procedury diagnostyczne i terapeutyczne dla jåkających się dwujęzycznych? Faktycznie, przekonanie, że jåkanie jest częstsze u osób dwujęzycznych niż jednojęzycznych, jest w logopedii szeroko rozpowszechnione. Przegląd odpowiednich badań i problemów związanych z prowadzeniem

tychże można znaleźć w rozdziale van Borsela (2011). Rozdział autorstwa Shenker (2011) koncentruje się na aspektach klinicznych jąkania w dwujęzyczności.

Niestety, jeśli spojrzeć na nasz obecny przedmiot zainteresowania, wcześniejsze badania dotyczące częstości występowania jąkania w populacjach dwujęzycznych pojawiały się rzadko. Na początku Travis i współpracownicy (1937) ustalili częstość występowania jąkania na poziomie 2,8% wśród dzieci dwujęzycznych w porównaniu z 1,8% u dzieci jednojęzycznych w grupie 4827 uczniów w East Chicago w Indianie na podstawie badania przesiewowego prowadzonego indywidualnie przez jednego z autorów opracowania poprzez słuchanie czytania i mowy konwersacyjnej. Różnica była istotna statystycznie, osiągając pewność na poziomie 0,02. Później zostało przeprowadzone badanie Stern (1948) w południowej Afryce. Przebadła ona w Johannesburgu 1861 dzieci w wieku szkolnym i odnotowała 2,16% częstości występowania jąkania wśród osób dwujęzycznych w porównaniu z 1,66% wśród osób jednojęzycznych. Badaczka zgłosiła również, że 3 razy więcej osób dwujęzycznych niż jednojęzycznych uznano za jąkające się w stopniu poważnym. Nie wiadomo nam o innych badaniach częstości występowania jąkania w populacjach dwujęzycznych w XX wieku.

### 3.4.2. Postępy w XXI wieku

Po roku 2000 nie opublikowano żadnych badań dotyczących zapadalności/ częstości występowania jąkania w kulturach innych niż zachodnie. Przyczyny tego zastoju w czasach, gdy różnorodność kulturowa jest tak istotna, a coraz więcej wykształconych logopedów pracuje w różnych grupach kulturowych lub blisko nich, są dla nas niejasne.

Ogólnie rzecz biorąc, w badaniach nad dwujęzycznością również poczyniono niewielkie postępy. Au-Yeung, Howell, Charles i Sackin (2000) przeprowadzili problematyczne proceduralnie badanie internetowe 794 osób, głównie kobiet, z 40 krajów. 656 spośród wszystkich uczestników (prawie 83%) było dwujęzycznych, podczas gdy 138 (około 17%) było jednojęzycznych. Odnotowano 52 różne języki ojczyste, 70 różnych języków drugich i nadzwyczaj wysoką, 21-procentową zapadalność jąkania w ciągu całego życia, szczególnie zaskakującą, ponieważ większość stanowiły kobiety. Porównanie zapadalności w 2 podgrupach wykazało brak różnic, gdyż jąkanie się obecnie lub w przeszłości zgłaszało 21,65% osób dwujęzycznych i 21,74% osób jednojęzycznych. Brak jakiegokolwiek kontroli szerokiej grupy respondentów i, jak sugerował van Borsel (2011), prawdopodobieństwo tego, że ludzie odwiedzają strony internetowe dotyczące ich głównych zainteresowań lub obaw, rzuca cień na ustalenia tego badania. Zastrzeżenia te były też wyrażone przez Au-Yeung i współpracowników (2000). Ostatnio doniesiono jednak o potencjalnie ważnych wynikach, które w Anglii uzyskali Howell, Davis i Williams (2009). Odkryli oni, że wśród 38 dwujęzycznych dzieci jąkających się w wieku 8–12 lat 95% jąka się w obu językach. Bardziej znaczące, jeśli chodzi o ryzyko, było ustalenie, że u dzieci rozwijających się dwujęzycznie od narodzin jąkanie ustępowało w znacznie mniejszym stopniu

niż u dzieci jednojęzycznych i dwujęzycznych, które zaczęły posługiwać się drugim językiem dopiero od przedszkola.

## Wnioski

Niedobór rzetelnych badań dotyczących zapadalności i/lub częstości występowania w różnych kulturach w XX, a dalej w XXI wieku, jest główną słabością każdej próby stwierdzenia, że kultura stanowi czynnik ryzyka w przypadku jąkania. Wczesniejsze doniesienia, np. pochodzące z Afryki, nie uwzględniają ponadto oddzielenia kultury od rasy, nawet w interpretacji swoich ustaleń. Głównym wyzwaniem dla wszelkich przyszłych badań w tym obszarze byłoby oddzielenie tych dwóch czynników. Również wpływ dwujęzyczności wymaga znacznie większej ilości badań, by pojawiły się dowody pozwalające ustalić na poziomie podstawowym, czy i jakie niesie ze sobą ryzyko. Jeśli weźmie się pod uwagę wielkość populacji dwujęzycznych, takie wysiłki powinno się przedstawiać pośród priorytetów w naszej dyscyplinie.

### 3.5. Czynniki społeczne

#### 3.5.1. Tło

Jeśli chodzi o status społeczno-ekonomiczny (SSE) jako czynnik ryzyka odzwierciedlony w częstości występowania jąkania, problemu tego w XX wieku dotyczyły tylko 2 zakrojone na szeroką skalę badania. Pierwsze, opisane przez Schindlera (1955), było właściwie zogniskowane na osiągnięcia edukacyjne. Dzieci jąkające się zidentyfikowano pośród ponad 23 000 dzieci w wieku szkolnym. Pośród innych wskaźników edukacyjnych i psychologicznych porównanie średniego statusu zawodowego ich rodziców (ustalono 7 poziomów) z resztą próby nie wykazało znaczących różnic. Niestety dane dotyczące tego wskaźnika były dostępne tylko dla 79 DJS. Co ciekawe, 1/3 DJS lokowała się na 3 najwyższych poziomach SSE w porównaniu z zaledwie 1/6 dzieci niejąkających się.

Zaledwie rok później Morgenstern (1956) publikuje zdecydowanie największe, najstaranniej przeprowadzone i najbardziej znaczące badanie tego zagadnienia. Stawia w nim dwa pytania: jakie warstwy społeczne są dotknięte jąkaniem i co mogłoby być przyczyną różnic. By znaleźć odpowiedzi, pracownicy szkół przeprowadzili badanie przesiewowe 29 299 dzieci w klasach 6. i 7. w miejscowościach różnych wielkości w kilku regionach Szkocji. Ich diagnoza była potwierdzana w badaniach indywidualnych prowadzonych przez doświadczonych logopedów. Zidentyfikowano łącznie 355 dzieci jąkających się, 289 chłopców i 66 dziewcząt, co daje średnią częstość występowania na poziomie 1,2%. Następnie dzieci jąkające się zostały podzielone według 9 klas zawodu ojca, a także 4 kategorii stosunku liczby mieszkańców do liczby pokoi w mieszkaniu i porównane z rozkładem normalnym dla 11-latków uzyskanym w badaniu ogólnokrajowym. Liczba dzieci jąkających się, których ojcowie

byli w klasie średnio wykwalifikowanych pracowników najemnych wynagradzanych tygodniowo (np. operatorzy maszyn, kierowcy), przewyższała oczekiwania w stopniu wyższym, niż miało to miejsce w przypadku jakiegokolwiek innej klasy. Podobne ustalenia miały miejsce dla osób mieszkających w domach z mniej niż dwiema osobami na pokój. Morgenstern przypuszczał, że tę klasę, która nie znajduje się na dole drabiny społeczno-ekonomicznej i nie żyje w ubóstwie i braku perspektyw, cechuje najsilniejsze pragnienie lepszej przyszłości dla swoich dzieci. Jej członkowie wiedzą, że płynność językowa jest kluczem do sukcesu, stąd też większa w tej klasie presja, co skutkuje większym niepokojem wywoływanym przez niepłynność u dzieci, który to niepokój się udziela dzieciom. I właśnie ten niepokój, jako jeden z czynników w diagnostycznej teorii Johnsona, wywołuje jąkanie. Zarówno w klasach niższych, jak i wyższych, w których mniejsze są możliwości awansu społecznego, odnotowano mniejszy odsetek DJS.

### 3.5.2. Postępy w XXI wieku

Zidentyfikowaliśmy 4 badania, z których pierwsze 3 przeprowadzono w Australii. Keating, Turrell i Ozanne (2001) wykorzystali dane z Australian Health Survey (1995), w którym bezpośrednio wywiady z opiekunami posłużyły do zebrania informacji o zdrowiu 12 388 dzieci w wieku 0–14 lat. Częstość występowania zaburzeń komunikacji wynosiła 1,7%. SSE mierzono za pomocą całkowitego rocznego dochodu gospodarstwa domowego, statusu zatrudnienia opiekuna, bieżącej pracy rodziców i ich wykształcenia. Nie stwierdzono związku między zaburzeniami mowy a SSE. Tym niemniej autorzy nie rozbili danych na dotyczące poszczególnych zaburzeń, dlatego też uogólnienie dotyczące jąkania ma jedynie charakter pośredni. Drugie australijskie badanie 3 zaburzeń mowy, w tym jąkania (McKinnon i in., 2007), również nie wykazało znaczącego związku między częstością występowania tych zaburzeń a 4 wyznacznikami SSE. Należy jednak podkreślić, że SSE dziecka był tutaj ustalany na podstawie szkoły, do której uczęszczało, a nie na podstawie indywidualnej oceny jego rodziny.

Wcześniej przywołane badanie Reilly i współpracowników (2009) obejmowało również dane na temat społecznego statusu ekonomicznego rodzin mierzonego wykształceniem matki. 58% matek 137 dzieci jąkających się miało wykształcenie odpowiadające polskiemu tytułowi licencjata/inżyniera lub wyższe. Wśród matek stanowiących próbę kontrolną 1482 dzieci niejąkających się było to 36,5%. Analizy statystyczne wykazały związek między poziomem wykształcenia matki a jąkaniem. Badacze stwierdzili, że wynik ten może odzwierciedlać niedostateczną reprezentację rodziców w niekorzystnej sytuacji w całości próby w porównaniu z całą populacją kraju. Howell (2010) wskazuje, że różnice mogą wynikać z selektywnego odpływu uczestników: wśród matek, które zrezygnowały z udziału w badaniu, posiadaczek dyplomów było mniej (29,4%) niż wśród uczestniczących do końca (38,4%) (zob. wcześniejsza sekcja o pojawieniu się jąkania). Nasze obliczenia pokazują jednak, że ze względu na mały rozmiar grupy, która odeszła, ogólny efekt różnicy był raczej

znikomy. Gdyby nie doszło do odpływu uczestniczek, wśród pierwotnej grupy 1911 matek byłoby 36,5% zamiast 38,4% posiadaczek dyplomów, co pozostaje, trzeba przyznać, wynikiem niższym od średniej krajowej.

W przeciwieństwie do negatywnych wyników pierwszych 2 australijskich badań, o których mowa powyżej, w znacznie większym badaniu USA Center for Disease Control and Prevention (Boyle i in., 2011) ustalono zasługujące na uwagę związki między SSE a występowaniem jąkania u dzieci w wieku 3–17 lat. Co więcej, związek ten stoi w ostrej sprzeczności z wynikami trzeciego badania australijskiego (Reilly i in., 2009). Ustalono tutaj, że częstość występowania wśród dzieci, których matki nie ukończyły nawet szkoły średniej, wynosiła 2,57%; spadła do 1,59% w przypadku dzieci, których matki ukończyły szkołę średnią lub miały wykształcenie wyższe niepełne, dalej spadając do 0,96% dla matek, które miały wykształcenie wyższe i dalsze. Różnice między grupą pierwszą i trzecią oraz między drugą i trzecią były statystycznie istotne. Dodatkowo częstość występowania u dzieci z rodzin żyjących poniżej poziomu ubóstwa wynosiła 2,40% w porównaniu z 1,07% u dzieci z powyżej tego poziomu. Raz jeszcze różnica była statystycznie istotna. Ustalenie, że wykształcenie matki i poziom ubóstwa były związane z niemal 250% częstszym występowaniem jąkania, rodzi pytania, budząc wątpliwości co do ogólnej częstości występowania 1,60% zgłoszonej w tym badaniu (zob. tabela 3).

## Wnioski

Do bardzo niedawna koncept wpływu SSE rodziny na zapadalność i częstość występowania jąkania podatny był na te same ograniczenia, co koncept wpływu kultury. Chociaż w wielu badaniach dotyczących jąkania zastosowano pewną kontrolę czynników społeczno-ekonomicznych, popularność wyjaśniania jąkania możliwością awansu społecznego stale maleje, równoległe ze spadkiem popularności teorii Johnsona. Ostatnie ustalenia wskazujące na związki między wystąpieniem jąkania i SSE, które poczynili Reilly i współpracownicy (2009) oraz w swoim dużym badaniu Boyle wraz z zespołem (2011), są sprzeczne, ponieważ pierwsi wiążą jąkanie z wyższym SSE, drudzy zaś z niższym.

W obliczu niewielkiego postępu w badaniach dotyczących zapadalności/częstości występowania w odniesieniu do kultury i SSE na przestrzeni kilku dziesięcioleci niedawne ustalenia, pomimo ich wzajemnej sprzeczności, wskazujące, że SSE może być czynnikiem ryzyka, powinny odnowić zainteresowanie podejmowaniem dodatkowych badań nad dynamiką tego prawdopodobnie występującego zjawiska. O ile szybkie zajmowanie przez czynniki genetyczne pozycji dominującej w rozwoju jąkania (Kraft, Yairi, 2012) zdawałoby się osłabiać prawdopodobieństwo odgrywania istotnej roli etiologicznej przez SSE sam w sobie, niepowiązany z innymi czynnikami, jak np. rasa, nie oznacza to bynajmniej, że czynniki z grupy SSE nie będą miały jakiegokolwiek wpływu kształtującego rodzaj jąkania i dynamikę jego rozwoju, na przykład gdy u dziecka pojawia się jąkanie, SSE może być czynnikiem wpływają-



cym na reakcje rodziców i poziom stresu, jaki sytuacja ta wywołuje w rodzinie. Nie wiemy, czy rodziny o wysokim SSE bardziej stresują się jękaniami dziecka niż rodziny o niższym SSE. Status ten może wpłynąć na motywację rodziców do zgłoszenia jękania, zasięgnięcia porady eksperta i/lub podjęcia leczenia oraz ich na zaangażowanie bądź zdolność do podejmowania działań wynikających z porady. SSE może ponadto wpływać na dostęp do innych źródeł informacji, takich jak internet, a także na dostępność usług. Więcej rzetelnych badań w tym zakresie zaowocuje lepszym doradztwem i terapią.

## **4. Ścieżki rozwojowe: samoistne ustąpienie i utrwalanie się jękania**

### **4.1. Tło**

Kiedy osoba zaczyna się jąkać, poprzednie pytania o ryzyko zmieniają się z pytań o to, ile i jakich osób dotknie zaburzenie, w pytania, u ilu/jakich osób będzie ono utrwalone, a u ilu/jakich osób ustąpi. Interesuje nas tutaj samoistne ustąpienie jękania bez interwencji klinicznej. Informacje o tym zjawisku zbiera się na 3 sposoby. Pierwszy to nieformalne szacunki kliniczne odnoszące się do dużych grup przypadków. Johnson (1934) i Bryngelson (1938, 1943) byli jednymi z pierwszych, którzy donosili o około 40% przypadków ustąpienia jękania bez terapii w wieku do 8 lat. Obserwacje drugiego z badaczy oparte były na grupie 1492 przypadków.

Drugi sposób to wykorzystanie technik retrospektywnych. Jedną z nich jest pytanie rodziców o historię mowy i jękania się u ich dzieci. Na przykład Glasner i Rosenthal (1957) donoszą o 54% ustąpień, Dickson (1971) natomiast o 58%. Inni badacze, np. Sheehan i Martyn (1966), pytali studentów szkół wyższych o ich własne jękanie, obecne lub przeszłe. Ustalili w ten sposób wskaźnik ustąpienia na poziomie 80%. W takich badaniach brakowało jednak danych opartych na analizie mowy weryfikujących początkową diagnozę jękania, jak również późniejszą remisję. Dokonawszy przeglądu 15 raportów, z których 14 dotyczyło obu wzmiankowanych kategorii, Wingate (1976) obliczył ogólny wskaźnik ustąpienia na poziomie 43% do wieku 14 lat, choć uważał, że może być znacznie wyższy. Podkreślaliśmy już, że kiedy dorośli opowiadają o sobie samych lub kiedy rodzice zgłaszają jękanie się dzieci w odległej przeszłości, nietrwałość wspomnień i utrata informacji powodują niedoszacowanie.

Trzecie podejście wykorzystuje strategie podłużne, które monitorują jękanie się dzieci przez kilka lub wiele lat. Jeśli monitorowanie rozpoczyna się w młodym wieku, w okolicach pojawienia się jękania, kolejne kontrole są wystarczająco częste, a liczba jękakających się dzieci jest duża, ta metoda zapewnia dokładniejsze dane. Pierwszym tego typu badaniem było 16-letnie badanie podłużne, w którym dzieci obserwowano od urodzenia, przeprowadzone w Wielkiej Brytanii przez Andrewsa i Harrisa (1964). Opisano w nim 79% przypadków ustąpienia jękania bez leczenia

i przyczyniło się ono do zwiększenia zainteresowania zjawiskiem. Przykładem problematycznego badania może być to, które zostało przeprowadzone w Szwecji przez Fritzella (1976). Przy początkowej wizycie/badaniu odbywającym się w wieku od 7 do 9 lat było o wiele za późno, aby uchwycić duży odsetek przypadków ustąpienia jąkania zwykle występujących w latach wcześniejszych. W tym badaniu odnotowano samoistne ustąpienie jąkania jedynie na poziomie 47%.

W ciągu ostatnich 3 dekad XX wieku opublikowano kilka badań podłużnych. W USA Panelli, McFarlane i Shipley (1978) donosili o ustąpieniu w 80% przypadków, Yairi i Ambrose (1992) o pierwszym systematycznym badaniu obserwacyjnym opartym na analizie mowy (2 lub 3 razy w roku) skupiającym się na jąkanii we wczesnym dzieciństwie, które rozpoczęło się wkrótce po wystąpieniu jąkania. To małe pilotażowe badanie 27 dzieci śledzące częstotliwość występowania jąkania w czasie wykazało ustąpienie po 2 latach w 67% przypadków, ze wzrostem do 89% kilka lat później. W 1999 roku ci sami autorzy donosili o ustąpieniu po 4 latach w 74% przypadków dla znacznie większego n 84 dzieci. Inne badania pod koniec XX wieku prowadzili Kloth, Kraaimaat, Janssen i Brutten (1999) w Holandii, stwierdzając 70% ustąpienia, oraz Rommel, Hage, Kalehne i Johannsen (1999) w Niemczech, stwierdzając 71% ustąpienia.

**Tabela 4.** Dane dotyczące ustąpienia jąkania w XXI wieku

| Badanie                 | Kraj            | Odsetek ustąpienia (%) |
|-------------------------|-----------------|------------------------|
| Månsson (2000)          | Dania           | 85                     |
| Ryan (2001)             | USA             | 68                     |
| Johannsen (2001)        | Niemcy          | 77                     |
| Craig i in. (2002)      | Australia       | 70                     |
| Yairi, Ambrose (2005)   | USA             | 76                     |
| Månsson (2005)          | Dania           | 94                     |
| Dworzynski i in. (2007) | Wielka Brytania | 87                     |
| Howell i in. (2008)     | Wielka Brytania | 50                     |
| Howell, Davis (2011)    | Wielka Brytania | 52                     |

#### 4.2. Postępy w XXI wieku

Niedawne badania prowadzone w różnych krajach na 3 kontynentach stale przynoszą wysokie wskaźniki samoistnego ustąpienia sięgające od 68% do 96%, jeśli dzieci badane są od wieku przedszkolnego. Spośród 9 wymienionych tutaj badań 7 obejmowało małe dzieci, a 2 dorosłych. Z metod podłużnych korzystało 8 badań, a 1 oparto na danych retrospektywnych. Badania podłużne prowadzone w Danii wykazały 85% i 94% ustąpienia (Månsson, odpowiednio 2000 i 2005).

Te dwa badania, jak wspomniano, są wyjątkowe, ponieważ każde z nich obejmowało prawie wszystkie dzieci (blisko 1000), które urodziły się przez 2 kolejne lata na wyspie Bornholm, stąd nie były to wyselekcjonowane próby. W Niemczech Johannsen (2001) donosi o ustąpieniu jąkania w 77,4% przypadków po 9. z obserwacji dokonywanych co miesiąc, a więc po 4,5 roku badania. Były to zaktualizowane wyniki wstępnego raportu Rommela i in. (1999) wspomnianego powyżej. W Stanach Zjednoczonych notowano ustąpienie jąkania na poziomie 68% (Ryan, 2001) i 79% (Yairi, Ambrose, 2005). Ostatnie z wyżej wymienionych badań zawiera dane bardziej aktualne i zebrane w dłuższym okresie niż Yairiego i Ambrose (1999).

Zdecydowanie największe badanie, które dostarczyło informacji na temat utrwalania się jąkania i jego ustępowania, było częścią Twin's Early Development Study (TEDS) [Badania Wczesnego Rozwoju Bliźniąt] przeprowadzonego przez Dworzynski i współpracowników (2007) w Wielkiej Brytanii. Projekt obejmował kwestionariusze dla rodziców blisko 14 000 par bliźniąt, którzy początkowo zgodzili się wziąć w nim udział. W każdym z 4 wybranych lat życia (2, 3, 4 i 7) rodzice otrzymywali część kwestionariusza, w której proszono ich o komentarz na temat jąkania u ich dzieci (jak i wielu innych kwestii związanych ze zdrowiem i rozwojem). Tym niemniej, nie wszyscy rodzice udzielali odpowiedzi na wszystkich 4 etapach. Ostatnia obserwacja, którą autorzy ujęli w artykule, w wieku 7 lat, objęła 12 892 dzieci, dla których można było wybrać spośród przynajmniej 2 opisów jąkania. W ramach tej grupy dzieci, u których już na wcześniejszych etapach badania raz bądź więcej razy wykazywano jąkanie, a w wieku 7 lat wciąż się jąkały, opisano jako przejawiające jąkanie **utrwalone**. W przypadku dzieci, u których na jednym ze wcześniejszych etapów wykazywano jąkanie, ale nie wykazywano go podczas ostatniej obserwacji, przyjęto, że jąkanie **ustąpiło**.

Wyniki pokazały, że do wieku 7 lat włącznie jąkanie występowało u 1085 z 12 892 dzieci. U 950 (87,55%) ustąpiło, a u 135 (11,39%) utrwalilo się. Ten wskaźnik ustąpienia jest zbliżony do 85% opisanych przez Månssona (2000). W dodatku Yairi i Ambrose (2005) stwierdzili, że ze względu na dużą liczbę początkowo niezgłoszonych przypadków, z jakimi się spotkali, rzeczywisty poziom ustąpienia jest wyższy niż 75%, które podali. (W opinii autorów jest to blisko 90%). Należy jednak pamiętać, że ustalenia Dworzynski i współpracowników nie obejmują weryfikacji jąkania przez obiektywne analizy mowy ani nie odnotowuje się w nich, czy miała miejsce terapia logopedyczna.

W Wielkiej Brytanii przeprowadzono 2 badania podłużne z ograniczonymi badaniami kontrolnymi ze starszymi dziećmi. Howell i in. (2008) badali 76 dzieci, 64 chłopców i 12 dziewcząt w wieku 8–12 lat, które jąkały się przez pewien czas i wzięły udział w krótkim programie terapeutycznym. W momencie dołączenia do badania dokonywano oceny jąkania, a w raporcie z badania ujęto jedynie dane dotyczące każdego z dzieci w wieku 12 lat (dane z innych lat pozostają dostępne do dalszej analizy). Opisując wskaźnik ustąpienia na poziomie 50%, badacze wykazali, że choć rzadziej, może ono wciąż zdarzać się w wieku szkolnym. W powtarzanym badaniu

206 DJS Howell i Davis (2011) ustalili ustępowanie jąkania na poziomie 52% po średnio 6 latach.

Dane retrospektywne zostały także uwzględnione w badaniu zapadalności przeprowadzonym przez Craig i in. (2002), które zbadały dużą próbę 4689 rodzin z ponad 12 000 członków obejmującą pełen zakres wieku i reprezentatywną dla populacji australijskiego stanu Nowa Południowa Walia. Zespół ten doniósł o 70% ustąpienia w ciągu całego życia. Badania te podsumowano w tabeli 4.

Oprócz wspomnianych 3 podejść do szacowania ustąpienia możliwe jest także zastosowanie czwartej metody, jaką jest dedukcja statystyczna. Ta pośrednia, lecz kryjąca w sobie potężny potencjał metoda wykorzystuje rozbieżność między zapadalnością w obrębie populacji i odpowiadającą jej częstością występowania. Podchodząc do sprawy zachowawczo, jeśli przyjmiemy klasyczną zapadalność w ciągu życia na poziomie 5%, a średnią częstość występowania oszacujemy równie klasycznie na 1%, można wywnioskować, że współczynnik utrwalenia wynosi 20% (1/5), a współczynnik ustąpienia 80% (4/5). Zaletą tych obliczeń jest duża ilość danych zebranych z różnych badań, które łącznie obejmowały miliony osób badanych pod kątem jąkania. Chociaż w badaniach tych stosowano różne metody, bardzo duże liczby i wyłaniający się z nich ogólny wzór mają swoją siłę.

## Wnioski

Ostatnie badania nad samoistnym ustąpieniem jąkania na różnych obszarach geograficznych potwierdzają wczesne doniesienia o wysokim współczynniku ustąpienia autorstwa Andrewsa i Harris (1964). Ustalenia w tym zakresie wywołały pewne kontrowersje (np. Ingham i Bothe, 2001) i można spodziewać się innych wyników w nowych badaniach. Niemniej jednak duża rozbieżność między zapadalnością a częstością występowania w obrębie populacji jest niezaprzeczalna i wyróżnia się jako mocny dowód na rzecz samoistnego ustąpienia. Niedawno notowana wysoka zapadalność, na przykład 8,4% (Dworzynski i in., 2007) i 8,5% (Reilly i in., 2009), niesie ze sobą znaczące implikacje dla naturalnego ustąpienia. Biorąc pod uwagę tę ostatnią przytoczoną wartość i tradycyjnie podawaną w literaturze przedmiotu częstość występowania wynoszącą 1%, otrzymamy wskaźnik utrwalenia na poziomie 11,7% (1/8,5), a wskaźnik ustąpienia wyniesie 88,3% (7,5/8,5). Jeśli częstość występowania jest, jak sugerują niektóre najnowsze badania, niższa niż 1% i wynosi np. 0,72% (Craig i in., 2002) lub 0,58% (van Borsel i in., 2006), a zapadalność to około 8%, ustąpienie ma miejsce jeszcze częściej, w dominującej części 91% przypadków. Co ciekawe, z jednej strony ostatnie dane o zapadalności sugerują **większe** początkowe ryzyko pojawienia się jąkania niż to, jakie zakładano od dłuższego czasu. Z drugiej strony, porównania ze zaktualizowanymi danymi o częstości występowania wskazują, że procentowe ryzyko utrwalenia się jąkania jest **niższe**, niż sugerowano wcześniej. Innymi słowy, długoterminowe prognozy są korzystniejsze. I rzeczywiście,

badania podłużne przysłużyły się do potwierdzenia wysoce pozytywnej prognozy wydedukowanej z danych dotyczących ogółu populacji. Chociaż niektórzy uczestnicy badań zapadalności/częstości występowania, u których jąkanie ustąpiło, korzystali również z terapii, najprawdopodobniej ich liczba w zakrojonych na szeroką skalę badaniach przeprowadzonych w przeszłości, kiedy kliniczna pomoc w jąkanii była rzadka, okazałaby się niewielka. Badania zapadalności i częstości występowania w innych krajach, w których brak usług klinicznych, pozostają rzadkie. Kiedy się pojawią, mogą dostarczyć dodatkowych, pożądaných informacji. Badania podłużne są szczególnie przydatne w celu określenia kryteriów przewidywania ryzyka utrwalenia się jąkania we wczesnym (Yairi, Ambrose, 2005) i późnym (Howell, Davis, 2011) dzieciństwie.

## 5. Genetyka

### 5.1. Tło

Badania nad możliwym wpływem genetyki na jąkanie rozpoczęły się od metody **zapadalności w rodzinie** polegającej na liczeniu odsetka OJS mających jąkających się krewnych (np. Wepman, 1939; Poulos, Webster, 1991). Była to metoda raczej niedokładna i mogąca łatwo wprowadzać w błąd, ponieważ nie brano pod uwagę np. rozmiarów rodzin probantów czy stopnia pokrewieństwa jąkających się krewnych. Duża ilość zgromadzonych danych pokazała jednak silną obecność jąkania w rodzinach, stanowiąc tym samym motywację do podjęcia bardziej precyzyjnych **badani bliźniąt**, które pokazywały, że procent zgodności w występowaniu jąkania u bliźniąt monozygotycznych mających identyczny materiał genetyczny był wyższy niż u bliźniąt dzygotycznych (np. Godai, Tatarelli, Bonanni, 1976; Howie, 1981). W ten sposób uzyskano mocniejsze potwierdzenie roli czynników genetycznych w powstawaniu jąkania. Następny, bardziej zaawansowany poziom badań, obejmował badania agregacji rodzinnej, w których analizowano rodowody probantów. Analiza szczegółowego rozłożenia jąkania wśród klas krewnych: matek, ojców, braci, sióstr, dziadków, wujków, ciotek i kuzynów pozwoliła na ocenę ryzyka u osób należących do danej klasy. Zastosowanie statystycznej techniki **analizy segregacji** dostarczyło kluczowych informacji o tym, czy i jak dobrze dane pasują do istniejących modeli dziedziczenia, takich jak model pojedynczego głównego *locus*, model poligeniczny wieloczynnikowy i model stanowiący połączenie obydwu (np. Ambrose i in., 1997; Cox, Kramer, Kidd, 1984; Kidd, 1980). Dobre dopasowanie do kilku modeli dostarczyło dodatkowego potwierdzenia istnienia genetycznych podstaw jąkania. Wyczerpujący przegląd literatury na ten temat można znaleźć w niedawnej publikacji Kraft i Yairiego (2012).

## 5.2. Postępy w XXI wieku

Obecne stulecie przyniosło gwałtowny rozwój badań bliźniąt prowadzonych na 3 kontynentach. Felsenfeld i in. (2000) przebadali 1567 par i 634 pojedyncze bliźnięta mieszkające w Australii w celu zidentyfikowania osób z historią jąkania. Doszli do wniosku, że około 70% różnicowania w podatności na jąkanie można przypisać addytywnym efektom genetycznym, a pozostała część wynika ze zróżnicowania efektów środowiskowych. W Japonii Ooki (2005) zbadał próbę o podobnej wielkości 1896 par. Zgodność dla jąkania w parach monozygotycznych wynosiła 52%, ale tylko 12% w parach dizygotycznych. Wpływ czynników genetycznych na występowanie jąkania oszacowano jako 80% dla mężczyzn i 85% dla kobiet. Najnowsze jest badanie holenderskie, w którym van Beijsterveldt, Felsenfeld i Boomsma (2010) przyjrzeni się 10 500 parom pięcioletnich bliźniąt. W kwestionariuszu zapytano rodziców o częstotliwość powtórzeń, wydłużeń i bloków, które obserwowali u swoich dzieci. Odpowiedzi podzielono na „prawdopodobne jąkanie” i „dużą nieptynność”. Zgodność dla prawdopodobnego jąkania, bez rozróżnienia na płcie, wynosiła 57% w przypadku par monozygotycznych i 31% w przypadku par dizygotycznych. Te wyniki są zgodne z wynikami innych badań bliźniąt, które potwierdzają silniejsze dziedziczenie fenotypu u bliźniąt monozygotycznych.

Wspomniane wyżej duże brytyjskie badanie bliźniąt (Dworzynski i in., 2007) skupiało się na zjawiskach ustąpienia/utrwalenia się jąkania (u 950 DJS jąkanie ustąpiło, a u 150 utrwalono się). Zaobserwowano spójnie wyższe wskaźniki zgodności u par bliźniąt monozygotycznych w porównaniu z parami bliźniąt dizygotycznych. Wykorzystując modelowanie prognozy podatności, ustalono, że jąkanie zaczynające się we wczesnym dzieciństwie jest wysoce dziedziczne, ze znaczącym oddziaływaniem addytywnym czynników genetycznych i zróżnicowanych czynników środowiskowych (przy niewielkim wpływie wspólnych czynników środowiskowych), potwierdzając wcześniejsze doniesienia Ambrose i in. (1997) oraz z kilku badań wymienionych w poprzednim akapicie. Model addytywnego oddziaływania czynników genetycznych i zróżnicowanych czynników środowiskowych najlepiej pasował zarówno do utrwalonego jąkania, jak i jąkania, które ustąpiło. O ile Ambrose i in. (1997) donosili o różnicach w komponentach genetycznych dla każdej z tych grup, zespół brytyjski uznał, że jeden model będzie właściwy dla obydwu.

Kolejny wkład w tę dziedzinę zawdzięczamy pracy Viswanatha, Lee i Chakraborty'ego (2004), którzy poprzez analizę segregacji opierającą się na danych z 56 rodowodów OJS wykazali znaczący wpływ czynników genetycznych na pojawienie się jąkania na drodze dziedziczenia autosomalnego dominującego, pozostającego pod wpływem płci i statusu rodziców. (Statystyczną istotność znaczącego wpływu genów po raz pierwszy pokazali Ambrose, Yairi i Cox w 1993). Wreszcie, Yairi i Ambrose (2005) potwierdzili swoje wcześniejsze ustalenia, donosząc, że podczas gdy u 88% dzieci z utrwalonym jąkaniami występował pozytywny wywiad rodzinny w kierunku jąkania, był on obecny jedynie u 65% dzieci, u których jąkanie samoistnie ustąpiło ( $n = 123$ ).

Mocne dowody na istotny wpływ czynników genetycznych na wystąpienie jąkania zgromadzone w XX wieku metodami statystycznymi podparte badaniami przeprowadzonymi w obecnym stuleciu utworowały drogę do kolejnego kroku, jakim jest wykorzystanie metod biologicznych w genetyce do analizy materiału DNA w celu zlokalizowania i zrozumienia genów kandydujących leżących u podstaw zaburzenia. W 8 badaniach zastosowano 4 metody. Poniżej przedstawiono metody i korzystające z nich badania w porządku chronologicznym.

Podejście oparte na analizie sprzężeń bazuje na markerach genetycznych, pozwalających zidentyfikować różnice w rodzinach. Markery to segmenty DNA, których położenie na chromosomach i właściwości zostały wcześniej zidentyfikowane, dlatego mogą służyć jako punkty odniesienia. Technika opiera się na zjawisku znanym jako współdziedziczenie lub sprzężenie, w którym geny fizycznie sobie bliskie są zazwyczaj dziedziczone razem. Geny zbliżone do markera są z nim genetycznie powiązane i będą współdziedziczone. Analiza sprzężeń identyfikuje segmenty DNA bliskie markerom i dziedziczone przez członków rodziny dotkniętych zaburzeniem, jakim w naszym przypadku jest jąkanie, ale **nie** dziedziczone przez członków niedotkniętych. W ten sposób pozyskujemy wskazówki co do możliwej lokalizacji poszukiwanych genów. Poniżej wymienione są 4 takie badania<sup>6</sup>.

1. Shugart i in. (2004)\*. Dane pozyskano od 68 rodzin z Ameryki Północnej i Europy. W każdej rodzinie było kilkoro OJS. Z 226 uczestników badania jękało się 188. Na chromosomie 18. stwierdzono słabe do umiarkowanego sprzężenie z jękaniami. Słabsze oznaki sprzężenia wykryto na chromosomach 1., 2., 10. i 13.
2. Riaz i in. (2005)\*. Wykorzystano dane od 44 OJS i 55 niejękających się z 46 wysoce wsobnych rodzin pakistańskich. Najlepsze sprzężenie znaleziono na chromosomie 12., ze słabszymi sygnałami na chromosomach 1., 5. i 7. Wyniki te są jednak kwestionowane, gdyż w rodzinach wsobnych ustalenia mogą mieć zastosowanie tylko do ich specyficznej genetyki.
3. Suresh i in. (2006)\*\*. DNA pozyskano od 100 amerykańskich, szwedzkich i izraelskich rodzin, w których 252 osoby jękały się chronicznie, u 45 jękanie ustąpiło, a 19 jękało się, ale były zbyt młode, aby zostać zaliczone do jednej z tych 2 grup. U wszystkich 316 uczestników, którzy kiedykolwiek się jękali, wykryto umiarkowanie silne oznaki sprzężenia na chromosomie 9. Słabsze sygnały były zlokalizowane na chromosomie 15. dla utrwalonego jękania i na chromosomie 2. dla samoistnego ustąpienia. Najsilniejszym dowodem na sprzężenie w całym badaniu był sygnał występujący tylko u kobiet na chromosomie 21. Na chromosomie 7. znaleziono sygnał występujący tylko u mężczyzn. Ustalenia wskazywały, że do powstawania jękania może przyczyniać się parę kombinacji chromosomalnych, takich jak 9. i 2. lub 7. i 12.

---

<sup>6</sup> \* oznacza badania w ramach zespołu NIH, kierownik: D. Drayna; \*\* oznacza badania prowadzone przez zespół Illinois International Stuttering Research Program, w tym przypadku pod kierunkiem N. Cox (University of Chicago) oraz N. Ambrose i E. Yairiego (University of Illinois).

4. Wittke-Thompson i in. (2007)\*\*. Badanie przeprowadzono na 232-osobowej rodzinie Huterytów z Dakoty Południowej przejawiającej efekt założyciela populacji, w której było 48 OJS.

Mapowanie w skali całego genomu dostarczyło nominalnych dowodów na sprzężenie z jąkaniami na chromosomach 3., 9. i 13. Po zestawieniu próbek Huterytów ze 100 rodzinami przebadanymi w trzecim z wyżej wymienionych badań znaleziono dodatkowe nominalne dowody sprzężeń na chromosomie 2. i 5. Badania #5 i #6 wykorzystywały analizę genów kandydujących. **Analiza genów kandydujących** jest bardziej zaawansowanym etapem, na którym poszukiwania ogranicza się do mniejszych, ale bardziej precyzyjnie wyznaczonych odcinków DNA, szukając określonych genów, które podejrzewa się o wpływ na daną cechę. Takie zawężenie opiera się na wiedzy dotyczącej biologicznej charakterystyki schorzenia, wystarczającej do rozsądnego zaproponowania konkretnych genów kandydujących. Poniżej opisano 2 dostępne badania w tym zakresie:

5. Lan i in. (2009). Zespół ten pozyskał DNA od 112 Chińczyków, którzy się jękali, oraz od dopasowanej grupy kontrolnej. Na podstawie wcześniejszych doniesień mówiących, że u wielu dzieci jękających się występuje również ADHD, prowadzono poszukiwania na konkretnych odcinkach zawierających 2 geny, SLC6A3 na chromosomie 5. i DRD2 na chromosomie 11., o których wiadomo, że są związane z ADHD. Obydwa uczestniczą w kontrolowaniu dopaminy w mózgu. Znaleziono tylko 1 istotną zmienność w obrębie genu DRD2 potwierdzającą założenie, że jękanie jest powiązane z nadmiarem dopaminy. Jednak podstawowe założenie o częstym występowaniu ADHD wśród osób jękających się jest wątpliwe.
6. Kang i in. (2010)\*. Po kilku turach analizy, które skupiały się na jednej wysoce wsobnej rodzinie pakistańskiej, zespół zidentyfikował mutację genu GNPTAB (na chromosomie 12.) u większości jękających się członków rodziny. Gen ten ma funkcję metaboliczną. Zespół zidentyfikował tę samą mutację u 5 innych OJS z populacji pakistańskiej, jak również u 1 osoby z Ameryki Północnej pochodzenia azjatycko-indyjskiego. Dodatkowo, u 6 OJS z Ameryki Północnej o brytyjskich korzeniach, lecz nie w populacji pakistańskiej, zidentyfikowano 3 mutacje innego genu, NAGPA na chromosomie 12. Geny te kodują enzymy zarządzające metabolizmem lizosomalnym w mózgu i całym ciele. Wprawdzie początkowo świętowano odkrycie w tym badaniu pierwszych „genów jękania”, stało się ono jednak przedmiotem krytyki uczonych (Fisher, 2010; Buchel, Watkins, 2010), a Kraft i Yairi (2012) sformułowali jego surową ocenę, pisząc, że „badanie przedstawia niewiele informacji, które można uogólnić dla ogółu populacji jękających się”.

Trzecie podejście to badanie asocjacyjne całego genomu (GWAS). Służy do powiązania konkretnych wariacji genetycznych z konkretnymi schorzeniami. Metoda polega na skanowaniu genomów od dużej liczby niespokrewnionych osób i poszukiwaniu markerów, które można wykorzystać, by przewidzieć wystąpienie schorzenia. Kiedy zidentyfikuje się takie markery genetyczne, można je wykorzy-



stać do zrozumienia, w jaki sposób geny przyczyniają się do powstania schorzenia. Metodę tę wykorzystało jedno z ostatnich badań:

7. Kraft (2010)\*\*. Badacze wykorzystali DNA 88 jąkających się Amerykanów i Europejczyków w wieku 13–70 lat oraz grupy kontrolnej 107 osób niejąkających się. Geny kandydujące wybrano poprzez identyfikację obszarów, na których występowały różnice w częstości występowania alleli między grupą jąkających się a grupą kontrolną i grupami opisanymi w poprzednich badaniach. Wstępny raport autorki wskazuje na 10 genów kandydujących, które mają być istotnie związane z chronicznym jąkaniem, wszystkie mają ponadto kluczowe znaczenie dla wielu procesów neurologicznych związanych z powstawaniem mowy. Spośród nich 8 jest związanych ze znanymi zaburzeniami neurologicznym i/lub motorycznymi. Wyniki tego badania należy traktować z ostrożnością, ponieważ nie zostało ono jeszcze przeanalizowane w procesie recenzentkim.

Czwarte i ostatnie podejście to funkcjonalne badanie asocjacyjne całego genomu (fGWAS). Podczas gdy GWAS polega na przeanalizowaniu genomu bez odnoszenia się do wzajemnych powiązań uczestników, fGWAS wykorzystuje procedury statystyczne, by ustalić, które geny oddziałują ze sobą i w ten sposób ujawnić patologiczne zmiany u podstaw zaburzenia. Technika ta została zastosowana w najnowszym z badań:

8. Kraft, Cox, Evans, Ambrose, Yairi (2012)\*\*. W tym wstępnym raporcie badacze przedstawili rozszerzenie badania opisanego w punkcie 7. powyżej. Wyniki fGWAS sugerują, że zmiany patologiczne leżące u podstaw jąkania mogą obejmować funkcje neurologiczne, na które w pozytywny sposób mogą oddziaływać cynk i/lub glukoza. Podobnie jak wyżej, wyniki tego badania powinny być potrzymane z ostrożnością, gdyż nie były jeszcze recenzowane.

## Wnioski

Na drodze stopniowego przechodzenia od prostej metody określania zapadalności w rodzinie do najbardziej zaawansowanych technik badania genotypu dowody na istotny wpływ czynników genetycznych na występowanie jąkania stały się niepodważalne. Chociaż jest zbyt wcześnie, aby stwierdzić, że wyizolowano konkretne geny odpowiadające za jąkanie w ogóle populacji, wydaje się, że paru naukowców, których badania są najbardziej zaawansowane, jest bliskich zidentyfikowania niektórych z tych genów, być może nawet uzyskując przy tym pewne zrozumienie ich działania. Konieczne są jednak powtórzenia i potwierdzenie ostatnich wstępnych doniesień. Ponieważ u podstaw jąkania wydaje się leżeć wiele genów, zrozumienie ich złożonych interakcji pozostaje trudne.

## 6. Podtypy jąkania

### 6.1. Tło

Duża różnorodność jawnych i ukrytych symptomów jąkania zrodziła w XX wieku liczne propozycje klasyfikacji jego podtypów. Zwykle dotyczyły one jednego wymiaru i towarzyszyło im niewiele danych pochodzących z badań bądź danych takich nie było wcale. Przykładem mogą stanowić klasyfikacje oparte na etiologii: podtypy na podłożu psychicznym (Brill 1923) i na podłożu neurologicznym (Canter 1971). Froeschels przedstawia klasyfikację opartą na symptomatologii, np. niepełność toniczna vs. kloniczna, co ma swoje odbicie u Schwartz i Conture (1988). Seider, Gladstien i Kidd (1983) zaproponowali klasyfikację cech biologicznych opartą na dodatnim – ujemnym wywiadzie rodzinnym. Riley (1971) proponuje system różnicowania oparty na zaburzeniach współwystępujących: dzieci wykazujące jedynie towarzyszące deficyty językowe oraz te, u których słabsze są też zdolności motoryczne.

Pomimo funkcjonowania w obiegu wielu schematów podtypów (zob. przeglądy następujących autorów: Seery, Watkins, Mangelsdorf, Shigeto, 2007; Yairi, 2007), przeprowadzono niewiele badań i żadna z obecnych teorii jąkania nie zajmuje się kwestią podtypów. Przykładem podejścia, o którym piszemy, może być badanie Krolla (1976). Dokonał on arbitralnego podziału dorosłych na wykazujących jąkanie uwewnętrznione [ang. *interiorized*] i uzewnętrznione [ang. *exteriorized*], po czym porównał ich pod kątem wyników *Testu poczucia kontroli Rottera*, zarejestrowanych próbek mowy oraz kilku zmiennych psychospołecznych i dotyczących mowy. Ustalenia wskazywały, że nasilenie jąkania, martwienie się nim i poczucie przynależności do grupy były właściwe dla dużej większości osób zaklasyfikowanych do obydwu grup. Hinkle (1971) badał lateralizację w dychotycznym teście słuchu u dorosłych jąkających się, która miała wskazywać na asymetrię mózgu w przetwarzaniu słuchowym. Wyłoniły się 3 podgrupy: preferencja dla prawego ucha, preferencja dla lewego ucha i brak preferencji. Podgrupy różniły się także znacząco pod względem wzorów jąkania i jego nasilenia, jak również poziomu efektu adaptacji (polegającego na zmniejszeniu się jawnego jąkania przy powtórzeniach tego samego materiału).

Przeprowadzono również kilka badań pod koniec XX wieku. Schwartz i Conture (1988) czerpali z idei tworzenia podtypów na bazie kontrastujących niepełności tonicznych i klonicznych. W badaniu obserwowano 43 jąkające się dzieci w wieku 3–9 lat i zidentyfikowano podgrupy, analizując rodzaj niepełności (powtórzenia i wydłużenia dźwięku) oraz 14 innych zachowań związanych i niezwiązanych z mową. Analiza skupień wyników dzieci ujawniła 5 podgrup, które badacze zredukowali do 2: jąkające się dzieci, które przejawiały głównie powtórzenia (kloniczne), i te, które przejawiały głównie przedłużanie dźwięku (toniczne).

W dużym projekcie Poulos i Webstera (1991) przebadano 171 osób jąkających się, 112 z dodatnim wywiadem rodzinnym w kierunku jąkania i 57 z ujemnym. Jedynie 2,4% osób w pierwszej grupie zgłosiło urazy okołoporodowe, urazy na dalszym

etapie rozwoju lub chorobę. W drugiej grupie było to 37%. Wyniki te świadczyły na rzecz tezy o istnieniu 2 podtypów: jednego o podłożu genetycznym i drugiego, w którym jąkanie zostało wywołane przez uraz fizyczny, prenatalny lub doświadczony we wczesnym dzieciństwie, który to prawdopodobnie spowodował dysfunkcję mózgu.

Ambrose i in. (1997) badali podtypy w odniesieniu do różnych ścieżek rozwojowych jąkania, tj. samoistnego ustąpienia i utrwalenia się, w poszukiwaniu podstaw genetycznych. Przeprowadzili oni analizy segregacji na rodowodach 66 jąkających się małych dzieci, by zbadać wzorce dziedziczności. Analizy dostarczyły dowodów statystycznych zarówno dla dziedziczenia w oparciu o pojedyncze główne locus, jak i dziedziczenia poligenicznego, zarówno dla jąkania utrwalającego się, jak i ustępującego. Dane sugerują jednak, że utrwalenie się jąkania jest częściowo zależne od dodatkowych komponentów poligenicznych, nieobserwowanych u dzieci, u których jąkanie ustąpiło samoistnie.

## 6.2. Postępy w XXI wieku

W obecnym stuleciu prowadzi się interesującą działalność badawczą w tym zakresie. W pierwszej kolejności podjęto działania zmierzające do klasyfikacji podtypów na podstawie widocznych cech niepełności. Feinberg, Griffen i Levey (2000) porównali 12 osób dorosłych jąkających się tonicznie i 18 jąkających się klonicznie pod kątem wyników kilku testów. Ustalili, że grupy te mogą różnić się od siebie w wymiarze osobowości, poznawczym i intelektualnym. Od tamtego czasu nie zgłoszono żadnych dodatkowych badań związanych z taką klasyfikacją.

W zupełnie innym kierunku poszli badacze skupiający się na morfologii i funkcjonowaniu mózgu. W badaniu 14 dorosłych jąkających się Foundas i in. (2004) donieśli, że w podgrupie 5 uczestników o atypowej prawostronnej asymetrii mózgu, a dokładniej: atypowo powiększonej prawej równinie skroniowej (PT – *planum temporale* – sekcja w obszarze Wernickego, która jest ważna dla przetwarzania słuchowego), występowała na poziomie wyjściowym dużo większa niepełność niż u 9 osób z typową anatomią PT (asymetria lewostronna). Te dwie grupy różniły się także reakcją na zmienione sprzężenie zwrotne słuchowe (*altered auditory feedback* – AAF). Asymetria PT wydawała się również związana z wpływem sprzężenia zwrotnego na częstotliwość jąkania. Podczas gdy podgrupa o asymetrii prawostronnej osiągała płynność, używając DAF [*Delayed Auditory Feedback* – opóźnione sprzężenie zwrotne słuchowe; urządzenie lub oprogramowanie sprawiające, że osoba słyszy własną mowę z pewnym opóźnieniem – przyp. tłum.], nie osiągała jej grupa o asymetrii lewostronnej. Wyniki wskazują, że anomalna anatomia PT może być w tym przypadku powiązana z nieprawidłowym przetwarzaniem słuchowym. Wyniki te sugerują istnienie podgrup zróżnicowanych biologicznie. Należy jednak odnotować, że 5 osób z grupy kontrolnej również wykazywało asymetrię równiny skroniowej, co pokazuje, że taka budowa mózgu nie jest specyficzna dla jąkania.

Kolejny kierunek, który cieszy się zwiększonym zainteresowaniem w ostatnich latach, polega na ponownym przyjrzeniu się ścieżkom rozwojowym, czyli jąkanu utrwalającemu się i naturalnie ustępującemu. Pytanie dotyczyło tego, czy jednostki, których jąkanie wpisuje się w jedną z tych ścieżek, różnią się od siebie również pod innymi względami. Oddzielnie zgromadzono dane dotyczące kilku domen. Forster i Webster (2001) postulowali, że jąkanie jest związane z anomaliami w relacjach międzypółkulowych oraz w neuronowych mechanizmach sterowania mową i motoryką, szczególnie w tych obejmujących dodatkową korę ruchową (SMA – ang. *Supplementary Motor Area*). Tak więc samoistne ustąpienie jąkania byłoby związane z dojrzewaniem SMA. Zgłoszono różnice między 24 dorosłymi, u których jąkanie się utrwaliło i 24, u których ustąpiło, w wykonywaniu dwóch zadaniach motorycznych, jednego sprawdzającego koordynację palców i drugiego, sprawdzającego koordynację obu dłoni. Grupa osób, u których jąkanie ustąpiło, osiągała wyniki podobne do grupy kontrolnej, ale grupa z utrwalonym jąkanem radziła sobie gorzej. Badacze doszli do wniosku, że ustąpienie jąkania w dzieciństwie odzwierciedla dojrzewanie mechanizmów kontroli mowy i motoryki. Jest to dla nas pojęcie mało precyzyjne.

Dane wspierające badanie morfologii mózgu zostały dostarczone przez zespół w składzie: Chang, Erickson, Ambrose, Hasegawa-Johnson i Ludlow (2005). Spośród 14 jąkających się chłopców w wieku 9–12 lat 7 wykazywało chroniczne jąkanie rozwojowe, a u 7 jąkanie ustąpiło w sposób samoistny. Wykorzystano skany MRI do oceny miejscowej gęstości istoty szarej (GMD). U dzieci, u których jąkanie ustąpiło, GMD była niższa w obu półkulach w okolicach mózdzku, zarówno w porównaniu do grupy z jąkanem utrwalonym, jak i do grupy kontrolnej. W porównaniu z grupą z jąkanem utrwalonym w grupie, w której jąkanie ustąpiło, odnotowano również znacząco niższą GMD w lewym przyśrodkowym górnym zakręcie skroniowym, prawym płacie ciemieniowym dolnym i obustronnie w zakrętach przedśrodkowych. Rok później genotypowanie DNA pozyskanego z próbek krwi 316 osób jąkających się wskazało również na genetyczne podstawy wyodrębnienia podgrup według podziału ustąpienie/utrwalenie. Suresh i in. (2006) donosili, że o ile najsilniejszy sygnał genowy dla ogółu jąkających się wykryto na chromosomie 9., w przypadku osób z jąkanem utrwalonym miało to miejsce na chromosomie 15. Najbardziej intrygujące z punktu widzenia wyznaczania podtypu było wskazanie, że geny z trzech różnych kombinacji chromosomów (#2 i #9; #7 i #12; #7 i #18) mogą przyczyniać się do powstawania jąkania. Wreszcie, rozróżnienie między podtypami jąkania utrwalającego się i ustępującego wymagało wykonania dodatkowego kroku w stronę zastosowań klinicznych. Podsumowując prowadzone w Illinois badania nad rozwojem jąkania we wczesnym dzieciństwie z wykorzystaniem podłużnych badań obserwacyjnych, Yairi i Ambrose (2005) zidentyfikowali kilka wczesnych (występujących wkrótce po pojawieniu się jąkania) wyznaczników dla obu ścieżek. Obejmują one specyficzne wzorce historii jąkania w rodzinie, płeć, wiek w momencie pojawienia się jąkania, jak i kilka właściwości wzorców jąkania.

Podczas gdy wcześniejsze pomysły ograniczały się do jednego wymiaru zaburzenia, podejście do podtypów jąkania z perspektywy kilku domen jednocześnie wydaje się nieść nadzieję na większą produktywność. Wstępne dane zebrane w dużym projekcie badawczym, którego pilotażowe ustalenia właśnie się ukazały (Ambrose i in., 2012), zawierają informacje uzyskane od ponad 200 uczestników jąkających się badanych podłużnie (dla przedszkolaków) i przekrojowo (dla wieku szkolnego i dorosłych), jak również od uczestników kontrolnych i rodziców, w sumie 851 osób. Możliwość wyłonienia się podtypów jest tutaj badana na drodze integracji danych z 4 domen: epidemiologii, motoryki, języka i osobowości, przy zastosowaniu technik wielowymiarowych, dzielących dane na klastry.

## Wnioski

O ile wcześniejsze zainteresowanie podtypami jąkania nie przyniosło wiarygodnych i klinicznie praktycznych wyników, niedawny wzrost zainteresowania tym obszarem zaobserwowany w kilku wyżej omówionych badaniach oraz w kluczowym znaczeniu tego tematu w programie Światowego Kongresu Zaburzeń Płynności 2012 pozwala optymistycznie patrzeć w przyszłość. Odnotowujemy, że w bieżącym stuleciu najwięcej uwagi badaczy przyciągnęły podtypy utrwalające się/ustępujące i zgłoszono pozytywne wyniki badań. Większość ostatnich badań miała jednak zbyt mały zakres (np. po 14 uczestników u Foundas i in., 2004 oraz u Chang i in., 2005) i należy do nich podchodzić z należytą ostrożnością. Badania o szerszym zakresie, integrujące wiele domen, powinny być bardziej obiecujące.

## 7. Ogólne podsumowanie

Dysponujemy przyrastającą wiedzą na temat epidemiologii jąkania w odniesieniu do 6 obszarów omawianych w tym artykule. O ile na początku XXI wieku pojawiły się znaczące nowe informacje we wszystkich 6 obszarach, najbardziej znaczące były postępy w genetyce i, potencjalnie, w badaniu różnorodnych ścieżek rozwoju zaburzenia we wczesnym dzieciństwie. Najnowsze dane dotyczące zapadalności i częstości występowania również potwierdzają ustalenia dotyczące dużej różnicy między tymi ścieżkami: ustąpieniem i utrwaleniem. Dzięki dalszym postępom w tych dziedzinach i dodatkowemu wkładowi genetyki w XXI wiek może nastąpić, w ciągu dekady lub dwóch, bardzo znaczący postęp w naszej zdolności do przewidywania ryzyka utrwalenia się jąkania. Dane dotyczące zapadalności i wysokiej częstości występowania u dzieci w wieku przedszkolnym stanowią wezwanie do lepszego przygotowania klinicystów do pracy z tą grupą wiekową, w tym do wstępnej oceny i prognozy ryzyka trwałości, doradztwa dla rodziców, jak również do pracy z dziećmi uznanymi za zagrożone. Pomimo faktu, że prędzej czy później wiele dzie-

ci doświadcza samoistnego ustąpienia jąkania, ich początkowa duża liczba również wymaga większej dostępności usług klinicznych. Postęp technologiczny w analizach genetycznych i obrazowaniu mózgu w połączeniu z ulepszonymi danymi z dużych długoterminowych badań behawioralnych przynosi bogaty zbiór informacji o pojawianiu się jąkania, zapadalności, częstości występowania, ścieżkach rozwojowych i podtypach. To właśnie dzięki integracji szerokiego spektrum badań możemy lepiej zrozumieć zaburzenie, jakim jest jąkanie.

## Bibliografia

- Aaron M. (1962). Nature and incidence of stuttering among a Bantu group of school going children. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 27, 116–128.
- Ambrose N., Cox N., Yairi E. (1997). The genetic basis of persistence and recovery in stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 40(3), 567–580.
- Ambrose N., Yairi E. (1995). The role of repetition units in the differential diagnosis of early childhood incipient stuttering. *American Journal of Speech and Language Pathology*, 4, 82–88.
- Ambrose N., Yairi E. (1999). Normative disfluency data for early childhood stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42, 895–909.
- Ambrose N., Yairi E., Cox N. (1993). Genetic factors in childhood stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research*, 36, 701–706.
- Ambrose N., Yairi E., Loucks T. (2012). *Stuttering subtypes & risk factors*. In Presented at the 7th International Congress on Fluency Disorders, Tours, France. American Family Physician. (1998).
- Andrews G., Harris M. (1964). *The syndrome of stuttering, Clinics in developmental medicine*. Vol. 17. London: William Heineman Medical Books Ltd.
- Ardila A., Bateman J., Niño C. (1994). An epidemiologic study of stuttering. *Journal of Communication Disorders*, 27, 37–48.
- Au-Yeung J., Howell P., Charles N., Sackin S. (2000). UCL survey of bilingualism and stuttering. W: H.-G.G. Bosshardt, S. Yaruss, H. Peters, red., *Proceedings of the 3rd World Congress on Fluency Disorders* (s. 129–132). Nijmegen University Press.
- Blanton S. (1916). A survey of speech defects. *Journal of Educational Psychology*, 7, 581–592.
- Bloodstein O. (1995). *A handbook on stuttering*. San Diego: Singular.
- Bloodstein O., Bernstein Ratner N. (2008). *A handbook on stuttering* (6th ed.). New York, NY: Thomson-Delmar.
- Boyle C., Boulet S., Schieve L., Cohen R., Blumberg S., Yeargin-Allsopp M. i in. (2011). Trends in the prevalence of developmental disabilities in US children, 1997–2008. *Pediatrics*, 34, 385–395.
- Brady W., Hall D. (1976). The prevalence of stuttering among school-age children. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 7(2), 75–81.
- Brill A. (1923). Speech disturbances in nervous mental diseases. *Quarterly Journal of Speech*, 9, 129–135.
- Bryngelson B. (1938). Prognosis of stuttering. *Journal of Speech Disorders*, 3, 121–123.
- Bryngelson B. (1943). The stuttering personality and development. *Nervous Child*, 2, 162–171.
- Buchel C., Watkins K. (2010). Genetic susceptibility to persistent stuttering. *New England Journal of Medicine*, 362, 2226–2227.

92 Część 1. Logopedia oparta na dowodach – doniesienia z badań

- Buck S., Lees R., Cook F. (2002). The influence of family history of stuttering on the onset of stuttering in young children. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 54, 117–124.
- Bullen A. (1945). A cross-cultural approach to the problem of stuttering. *Child Development*, 16, 1–88.
- Canter G. (1971). Observations on neurogenic stuttering: A contribution to differential diagnosis. *British Journal of Disorders of Communication*, 6, 139–143.
- Carson C., Kanter C.E. (1945). Incidence of stuttering among white and colored school children. *Southern Speech Journal*, 10, 57–59.
- Chang S., Erickson K., Ambrose N., Hasegawa-Johnson M., Ludlow C. (2005). Brain anatomy differences in childhood stuttering. *Neuroimage*, 39(3), 1333–1344.
- Conradi E. (1904). Psychology and pathology of speech development in the child. *Pedagogical Seminary*, 11, 328–380.
- Cox N., Kramer P., Kidd K. (1984). Segregation analyses of stuttering. *Genetic Epidemiology*, 1, 245–253.
- Craig A., Hancock K., Tran Y., Craig M., Peters K. (2002). Epidemiology of stuttering in the community across the entire life span. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 45, 1097–1105.
- Culton G. (1986). Speech disorders among college students. *Journal of Speech & Hearing Research*, 51, 3–7.
- Curlee R. (2007). Identification and case selection guidelines for early childhood. W: E. Conture, R. Curlee, red., *Stuttering and related disorders of fluency* (3rd ed., s. 3–22). New York: Thieme.
- Darley F. (1955). The relationship of parental attitudes and adjustments to the development of stuttering. W: W. Johnson, R. Leutenegger, red., *Stuttering in children and adults*.
- Daskalov D. (1962). Voprosu ob osnovnikh printsipakh I metodakh preduprezhdenia lechenia zaikania. *Zhurnal Nevropatologii Psikhiatrii*, 62, 1047–1052.
- De Nil L., Jokel R., Rochon E. (2007). Etiology, symptomatology, and treatment of neurogenic stuttering. W: E. Conture, R. Curlee, red., *Stuttering and related disorders of fluency* (s. 326–343). New York: Thieme.
- Dickson S. (1971). Incipient stuttering and spontaneous remission of stuttered speech. *Journal of Communication Disorders*, 4(2), 99–110.
- Douglass E. (1951). The symptomatology and development of stuttering. *Canadian Medical Association Journal*, 64, 397–403.
- Dworzynski K., Remington A., Rijdsdijk F., Howell P., Plomin R. (2007). Genetic etiology in cases of recovered and persistent stuttering in an unselected longitudinal sample of young twins. *American Journal of Speech and Language Pathology*, 16, 169–178.
- Feinberg A., Griffen B., Levey M. (2000). Psychological aspects of chronic tonic and clonic stuttering: Suggested therapeutic approaches. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70, 465–473.
- Felsenfeld S., Kirk K., Zhu G., Statham D., Neale M., Martin N. (2000). A study of the genetic and environmental etiology of stuttering in a selected twin sample. *Behavioral Genetics*, 30, 359–366.
- Fisher S. (2010). Genetic susceptibility to stuttering. *New England Journal of Medicine*, 362, 750–752.
- Forster D., Webster W. (2001). Speech-motor control and interhemispheric relations in recovered and persistent stuttering. *Developmental Neuropsychology*, 19, 125–145.
- Foundas A., Bollich A., Feldman J., Corey D., Hurley M., Heilman K. (2004). Atypical planum temporale anatomy in stuttering: Relationship to delayed auditory feedback. *Neurology*, 63, 1640–1646.

- Fritzell B. (1976). The prognosis of stuttering in schoolchildren: A 10-year longitudinal study. W: *Proceedings of the XVI Congress of the International Society of Logopedics and Phoniatrics*. Basel, Switzerland: Karger (s. 186–187).
- Froeschels E. (1921). Beitrage zur symptomatologie des stotterns. *Monatsschrift fur Ohren-heilkunde*, 55, 1109–1112.
- Froeschels E. (1943). Pathology and therapy of stuttering. *Nervous Child*, 2, 148–161.
- Froeschels E. (1952). The significance of symptomatology for the understanding of the essence of stuttering. *Folia Phoniatica*, 4, 217–230.
- Gillespie S., Cooper E. (1973). Prevalence of speech problems in junior and senior high schools. *Journal of Speech and Hearing Research*, 16, 739–743.
- Glasner P.J., Rosenthal D. (1957). Parental diagnosis of stuttering in young children. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 22, 288–295.
- Godai U., Tatarelli R., Bonanni G. (1976). Stuttering and tics in twins. *Acta Geneticae Medicae et Gemellologiae*, 25, 369–375.
- Guitar B. (2006). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment* (3rd ed.). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Harasty J., Reed V. (1994). The prevalence of speech and language impairment in two Sydney metropolitan schools: A summary and critical review. *Australian Journal of Human Communication Disorders*, 22, 63–80.
- Hartwell E.M. (1895). Application of the laws of physical training for the prevention and cure of stuttering. W: *Proceedings of the International Congress of Education*. 2nd ed. New York.
- Herman-Giddens M., Steffes J., Harris D., Slora E., Hussey M., Dowshen S. i in. (2012). Secondary sexual characteristics in boys: Data from the Pediatric Research in Office Setting Network. *Pediatrics*, 130, 1059–1068.
- Hinkle W. (1971). *A study of subgroups within the stuttering population*. Unpublished doctoral dissertation, Purdue University.
- Howell P. (2009). Predicting stuttering onset [E-letter]. *Pediatrics*; <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/eletters/123/1/270> [dostęp: 17.01.09].
- Howell P. (2010). *Recovery from stuttering*. New York: Psychology Press.
- Howell P., Davis S. (2011). Predicting persistence of and recovery from stuttering by the teenage years based on information gathered at age 8 years. *Journal of Developmental Behavior Pediatrics*, 32, 196–205.
- Howell P., Davis S., Williams R. (2008). Late childhood stuttering. *Journal of Speech, Language, & Hearing Research*, 51, 669–684.
- Howell P., Davis S., Williams R. (2009). The effects of bilingualism on stuttering during late childhood. *Archives of Disease in Childhood*, 94, 42–46.
- Howie P. (1981). Intrapair similarity in frequency of disfluency in monozygotic and dizygotic twin pairs containing stutterers. *Behavior Genetics*, 11, 227–238.
- Hull F., Mielke P., Willeford J., Timmons R. (1976). *National speech and hearing survey: Final report*. Project No. 50987. Washington, D.C.: Office of Education, Department of Health, Education and Welfare.
- Ingham R., Bothe A.K. (2001). Recovery from early stuttering: Additional issues within the Onslow & Packman-Yairi & Ambrose (1999) exchange. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 44, 862–867.
- Jiang J., Lu C., Peng D., Zhu C., Howell P. (2012). Classification of types of stuttering symptoms based on brain activity. *PLoS One*, 7(6), <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0039747>.



- Johannsen H.S. (2001). Der Einfluss von Alter, Geschlecht, Symptomatologie, Heredität und Händigkeit auf den Verlauf des Stotterns im Kindesalter. *Sprache Stimme Gehor*, 25, 14–19.
- Johnson W. (1934). *Stuttering in the preschool child*. *Child Welfare Pamphlets No. 37*. Iowa City: University of Iowa.
- Johnson W. (1944a). The Indians have no word for it: Stuttering in children. *Quarterly Journal of Speech*, 30, 330–337.
- Johnson W. (1944b). The Indians have no word for it: Stuttering in adults. *Quarterly Journal of Speech*, 30, 456–465.
- Johnson W. i in. (1959). *The onset of stuttering: Research findings and implications*. Minneapolis: University of Minnesota.
- Johnson, W. i in. (1967). *Speech handicapped school children*. 3rd ed. New York: Harper & Row.
- Kang C., Riazuddin S., Mundorff J., Krasnewich D., Friedman, P, Mullikin J. i in. (2010). Mutations in the lysosomal enzyme-targeting pathway and persistent stuttering. *New England Journal of Medicine*, 362, 677–685.
- Keating D., Turrell G., Ozanne A. (2001). Childhood speech disorders: Reported prevalence, co-morbidity and socioeconomic profile. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 37, 431–436.
- Kidd K. (1980). Genetic models of stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 5, 187–201.
- Kloth S., Kraaimaat F., Janssen P., Brutten G. (1999). Persistence and remission of incipient stuttering among high-risk children. *Journal of Fluency Disorders*, 24, 253–265.
- Kraft S.J. (2010). *Genome-wide association study of persistent developmental stuttering*. An unpublished PhD dissertation. University of Illinois at Urbana-Champaign.
- Kraft S.J., Cox N., Evans P., Ambrose N., Yairi E. (2012). *A novel approach to the identification of stuttering genes*. Presented at the 7th World Congress of Fluency Disorders Tours, France.
- Kraft S.J., Yairi E. (2012). Genetic bases of stuttering: The state of the art, 2011. *Folia Phoniatica and Logopaedica*, 64, 34–47.
- Kroll, A. (1976). *The differentiation of stutterers into interiorized and exteriorized groups*. Unpublished doctoral dissertation, Purdue University.
- Lan J., Song M., Pan C., Zhuang G., Wang Y., Ma W. i in. (2009). Association between dopaminergic genes (SLC6A3 and DRD2) and stuttering among Han Chinese. *Journal of Human Genetics*, 54, 457–460.
- Leavit R. (1974). *The Puerto Ricans: Culture change and language deviance*. Tucson: University of Arizona Press.
- Lee H.J., Kwak D.I. (1999). A case of risperidone-induced stuttering. *Korean Journal of Psychopharmacology*, 10, 196–198.
- Lemert E. (1953). Some Indians who stutter. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 18, 168–174.
- Lemert E. (1962). Stuttering and social structure in two pacific societies. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 27, 3–10.
- Lindberg K. (1900). Zur Häufigkeit des Stotterns bei Schulkindern. *Medizinisch-pädagogische Monatsschrift für die gesamte Sprachheilkunde*, 281–286.
- Månsson H. (2000). Childhood stuttering: Incidence and development. *Journal of Fluency Disorders*, 25, 47–57.
- Månsson H. (2005). Stammens kompleksitet og diversitet. *Dansk Audiologopædi*, 41, 13–33.
- Månsson H. (2012). Personal communication.
- McLeod S., Harrison L. (2009). Epidemiology of speech and language impairment in a nationally representative sample of 4- to 5-year-old children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 52, 113–129.

- McLeod S., McKinnon D. (2007). Prevalence of communication disorders compared with other learning needs in 14 500 primary and secondary school students. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 42, 37–59.
- McKinnon D., McLeod S., Reilly S. (2007). The prevalence of stuttering, voice, and speech-sound disorders in primary school students in Australia. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 38, 5–15.
- Meltzer H. (1934). Personality differences between stuttering and nonstuttering children as indicated by the Rorschach Test. *Journal of Psychology*, 17, 39–59.
- Milisen R., Johnson W. (1936). A comparative study of stutterers, former stutterers, and normal speakers whose handedness has been changed. *Archives of Speech*, 1, 61–86.
- Morgenstern J.J. (1956). Socio-economic factors in stuttering. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 21, 25–33.
- Naughton J. (1951). Incidence and causes of stuttering. *Canadian Medical Association Journal*, 64, 7.
- Nelson S., Hunter N., Walter M. (1945). Stuttering in twin types. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 335–343.
- NIH. (2010). *Publication No. 10-4232*.
- Ohashi Y. (1977). Development of stuttering in children: A cross sectional study. *Japanese Journal of Child Psychiatry*, 17, 57–68.
- Okalidou A., Kampanaros M. (2001). Teacher perceptions of communication impairment at screening stage in preschool children living in Patras, Greece. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 36, 489–502.
- Okasha A., Bishry Z., Kamel M., Hassan A.H. (1974). Psychosocial study of stammering in Egyptian children. *British Journal of Psychiatry*, 124, 531–533.
- Ooki S. (2005). Genetic and environmental influences on stuttering and tics in Japanese children. *Twin Research and Human Genetics*, 8, 69–75.
- Panelli C., McFarlane S., Shipley K. (1978). Implications of evaluating and intervening with incipient stutterers. *Journal of Fluency Disorders*, 3, 41–50.
- Poulos M.G., Webster W.G. (1991). Family history as a basis for subgrouping people who stutter. *Journal of Speech and Hearing Research*, 34, 5–10.
- Preus A. (1981). *Identifying subgroups of stutterers*. Oslo, Norway: University of Oslo.
- Proctor A., Yairi E., Duff M. (2008). Prevalence of stuttering in African American preschool children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 50, 1465–1474.
- Ratner N.B. (1997). Stuttering: A psycholinguistic perspective. W: R. Curlee, G. Siegel, red., *Nature and treatment of stuttering: New directions*. 2nd ed. (s. 99–127). Boston: Allyn & Bacon.
- Reilly S., Onslow M., Packman A., Wake M., Bavin E., Prior M. i in. (2009). Predicting stuttering onset by age of 3: A prospective, community cohort study. *Pediatrics*, 123, 270–277.
- Riaz N., Steinberg S., Ahmad J., Pluzhnikov A., Riazuddin S., Cox N. J. i in. (2005). Genome-wide significant linkage to stuttering on chromosome 12. *American Journal of Human Genetics*, 76(4), 647–651.
- Riley J. (1971). *Language profiles of thirty nine children who stutter grouped by performance on the Motor Problems Inventory*. Master's thesis, Fullerton: California State University.
- Rommel D., Hage A., Kolehne P., Johannsen H. (1999). Developmental, maintenance, and recovery of childhood stuttering: Prospective longitudinal data 3 years after first contact. W: K. Baker, L. Rustin, K. Baker, red., *Proceedings of the Fifth Oxford Disfluency Conference* (s. 168–182). Chappell Gardner, UK: Windsor, Berkshire.
- Roth C., Aronson A., Davis L. (1989). Clinical studies in psychogenic stuttering of adult onset. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 54, 634–646.

- Ryan B. (2001). A longitudinal study of articulation, language, rate, and fluency of 22 preschool children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 26, 107–127.
- Schindler M.D. (1955). A study of educational adjustment of stuttering and nonstuttering children. W: W. Johnson, R.R. Leutenegger, red., *Stuttering in children and adults*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Schwartz H., Conture E. (1988). Subgrouping young stutterers. *Journal of Speech and Hearing Research*, 31, 62–71.
- Seery C. (2012). Personal communication.
- Seery C., Watkins R., Mangelsdorf S., Shigeto A. (2007). Subtyping stuttering. II. Contributions from language and temperament. *Journal of Fluency Disorders*, 32, 197–217.
- Seider R.A., Gladstien K.L., Kidd K.K. (1983). Recovery and persistence of stuttering among relatives of stutterers. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 48, 402–409.
- Sheehan J., Martyn M. (1966). Spontaneous recovery from stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research*, 9, 121–135.
- Shenker R. (2011). Treating bilingual stuttering in early childhood: Clinical updates and applications. W: P.P. Howell, J. van Borsel, red., *Multilingual fluency disorders* (s. 338–348). Bristol, UK: Multilingual Matters.
- Shugart Y., Mundorff J., Kilshaw J., Doheny K., Doan B., Wanyee J. i in. (2004). Results of a genome-wide linkage scan for stuttering. *American Journal of Medical Genetics*, 124, 133–135.
- Snidecor J. (1947). Why the Indian does not stutter. *Quarterly Journal of Speech*, 33, 493–495.
- Stern E. (1948). A preliminary study of bilingualism and stuttering in four Johannesburg schools. *Journal of Logopaedics*, 1, 15–25.
- Suresh R., Ambrose N., Roe C., Pluzhnikov A., Wittke-Thompson J., Ng C.-Y.M. i in. (2006). New complexities in the genetics of stuttering: Significant sex-specific linkage signals. *American Journal of Human Genetics*, 78, 554–563.
- Taylor G. (1937). *An observational study of the nature of stuttering at its onset*. Unpublished master's thesis. Iowa City: State University of Iowa.
- The Stuttering Foundation (2011); <http://www.stutteringhelp.org/Default.aspx?tabid=17>.
- Throneburg R., Yairi E. (1994). Temporal dynamics of repetitions of during the early stage of childhood stuttering: An acoustic study. *Journal of Speech and Hearing Research*, 37, 1067–1075.
- Toyoda B. (1959). A statistical report. *Clinical Paediatrica*, 12, 788.
- Travis L., Johnson W., Shover J. (1937). The relation of bilingualism to stuttering. *Journal of Speech Disorders*, 2, 185–189.
- Ujihira A. (2011). Stuttering in Japanese. W: P. Howell, J. van Borsel, red., *Multilingual fluency disorders* (s. 39–168). Bristol, UK: Multilingual Matters.
- van Beijsterveldt C.E.M., Felsenfeld S., Boomsma D.I. (2010). Bivariate genetic analysis of stuttering and nonfluency in a large sample of 5-year-old-twins. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 53, 609–619.
- van Borsel J. (2011). Review of research on the relationship between bilingualism and stuttering. W: P.P. Howell, J. van Borsel, red., *Multilingual fluency disorders*. Bristol, UK: Multilingual Matters, s. 253–253.
- van Borsel J., Moeyaert E., Rosseel M., Van Loo E., Van Renterghem L. (2006). Prevalence of stuttering in regular and special school population in Belgium based on teacher perception. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 58, 289–302.
- Van Riper, Ch. (1971). *The nature of stuttering*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Van Riper Ch. (1982). *The nature of stuttering*. 2nd ed. Prentice-Hall: Englewood Cliffs, NJ.

- Viswanath N., Lee H., Chakraborty R. (2004). Evidence for a major gene influence on persistent developmental stuttering. *Human Biology*, 76, 401–412.
- Von Sarbo A. (1901). Statistik der an Sprachstörungen Leidenden Schulkinder Ungarns. *Medizinisch-pädagogische Monatsschrift für die gesamte Sprachheilkunde*, 65–89.
- Waddle P. (1934). *A comparison of speech defectives among colored and white children* (Master's thesis). Iowa City: University of Iowa.
- Wallin J. (1916). A census of speech defects. *School Sociology*, 3, 213.
- Wallin J.E. (1926). Speech defective children in a large school system. *Miami University Bulletin*, 25(4), 3–45.
- Wepman J. (1939). Familial incidence in stammering. *Journal of Speech Disorders*, 4, 199–204.
- White House Conference Committee Report on Child Health and Protection. (1931). *Section III. "Special Education: The Handicapped and the Gifted"*. New York: D. Appleton Century.
- Wingate M. (1976). *Stuttering: Theory and treatment*. New York: Irvington/John Wiley & Sons.
- Wingate M. (2001). SLD is not stuttering. *Journal of Speech-Language and Hearing Research*, 44, 381–383.
- Wittke-Thompson J., Ambrose N., Yairi E., Roe C., Ober C., Cox N. (2007). Linkage analyses of stuttering in a founder population. *Journal of Fluency Disorder*, 32, 33–50.
- Yairi E. (1983). The onset of stuttering in two- and three-year-old children: A preliminary report. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 48, 171–177.
- Yairi E. (1997). Disfluency characteristics of early childhood stuttering. W: R.F. Curlee, G.M. Siegel, red., *Nature and treatment of stuttering: New directions* (2nd ed., s. 49–78). Boston: Allyn & Bacon.
- Yairi E. (2007). Subtyping stuttering. I. A review. *Journal of Fluency Disorders*, 32, 165–196.
- Yairi E., Ambrose N. (1992). A longitudinal study of stuttering in children: A preliminary report. *Journal of Speech and Hearing Research*, 35, 755–760.
- Yairi E., Ambrose N. (2005). *Early childhood stuttering*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Yairi E., Ambrose N., Watkins R, Paden E. (2001). What is stuttering? *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 44, 585–592.
- Yairi E., Ambrose N.G. (1999). Early childhood stuttering. I. Persistency and recovery rates. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42, 1097–1112.
- Yairi E., Lewis B. (1984). Disfluency near the onset of stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research*, 27, 154–159.
- Yairi E., Seery C. (2011). *Stuttering: Foundations and clinical applications*. Boston: Pearson.
- Zimmermann G., Liljebald S., Frank A., Cleeland C. (1983). The Indians have many terms for it: Stuttering among the Bannock-Shoshoni. *Journal of Speech & Hearing Research*, 26, 315–318.

## Streszczenie

Dokonujemy przeglądu postępów w epidemiologii jąkania w perspektywie wiedzy lat minionych. Przegląd jest podzielony na sześć części: (a) pojawienie się jąkania, (b) zapadalność, (c) częstość występowania, (d) ścieżki rozwojowe, (e) genetyka i (f) podtypy. Dochodzimy do następujących wniosków: (1) największe ryzyko wystąpienia jąkania kończy się przed 5. rokiem życia, wcześniej niż uważano dotychczas, podczas gdy stosunek liczby mężczyzn do liczby kobiet w czasie bliskim wystąpienia jąkania jest również mniejszy, niż sądzono, (2) istnieją przesłanki, że zapadalność na przestrzeni życia w populacji ogólnej może być wyższa, niż powszechnie opisywane w przeszłości 5%, (3) średnia częstość występowania na przestrzeni życia może być niższa, niż

powszechnie przyjęte 1%, (4) wpływ rasy, pochodzenia etnicznego, kultury, dwujęzyczności i statusu społeczno-ekonomicznego na zapadalność / rozpowszechnienie jąkania pozostaje niepewny, (5) badania podłużne, jak również badania zapadalności i częstości występowania potwierdzają wysoki poziom naturalnego ustępowania jąkania, (6) postęp w badaniach genetycznych przybliża identyfikację genów kandydujących, które przyczyniają się do występowania jąkania w ogólnej populacji, (7) zróżnicowanie podtypów cieszy się coraz większym zainteresowaniem, przy czym większość zgromadzonych dowodów przemawia za rozróżnieniem pomiędzy podtypem utrwalającym się i ustępującym.

**Słowa kluczowe:** jąkanie, epidemiologia, zapadalność – częstość występowania, utrwalenie – ustąpienie, podtypy, genetyka

### Summary

Epidemiological advances in stuttering during the current century are reviewed within the perspectives of past knowledge. The review is organized in six sections: (a) onset, (b) incidence, (c) prevalence, (d) developmental paths, (e) genetics and (f) subtypes. It is concluded that: (1) most of the risk for stuttering onset is over by age 5, earlier than has been previously thought, with a male-to-female ratio near onset smaller than what has been thought, (2) there are indications that the lifespan incidence in the general population may be higher than the 5% commonly cited in past work, (3) the average prevalence over the lifespan may be lower than the commonly held 1%, (4) the effects of race, ethnicity, culture, bilingualism, and socioeconomic status on the incidence/prevalence of stuttering remain uncertain, (5) longitudinal, as well as incidence and prevalence studies support high levels of natural recovery from stuttering, (6) advances in biological genetic research have brought within reach the identification of candidate genes that contribute to stuttering in the population at large, (7) subtype-differentiation has attracted growing interest, with most of the accumulated evidence supporting a distinction between persistent and recovered subtypes.

**Key words:** stuttering, epidemiology, incidence-prevalence, persistence-recovery, subtypes, genetics

## Funkcje wykonawcze w jąkanu wczesnodziecięcym – przegląd badań

Executive functioning in childhood stuttering: An overview

### Wprowadzenie

Funkcje wykonawcze są odpowiedzialne za rozwiązywanie konfliktów między odruchami, koordynację i kontrolowanie nabywanych umiejętności i nawyków, umożliwiając jednostce dokonywanie wyborów pomiędzy zadaniami, obserwację i dostosowywanie swoich działań oraz zmianę zadań w razie zaistniałej potrzeby (Logan, 2003). Alan Baddeley (1986) opisał funkcje (inaczej procesy) wykonawcze jako mechanizmy, dzięki którym działanie jest modyfikowane w sytuacjach wymagających jednoczesnego wykonywania wielu różnych procesów poznawczych. Obecnie pojęcie funkcji wykonawczych stało się pojęciem zbiorczym, obejmującym działania ukierunkowane na cel i zarazem dostosowywane do nowych lub złożonych sytuacji (Hughes, 2013). Obejmuje szereg poddomen wywodzących się z nauk empirycznych, spośród których to poddomen niektóre cieszą się większym uznaniem niż inne (Baron, 2004), np. kontrola uwagi, pamięć operacyjna, elastyczność uwagi, kontrola hamująca, fluencja słowna (której nie należy mylić z płynnością mowy), planowanie i organizowanie (Jurado i Roselli, 2007; Najdowski, Persicke i Kung, 2014). Choć podłoże tych procesów i związki między nimi nie są jeszcze w pełni znane (Collette, Hogge i Van der Linden, 2006), to pamięć operacyjna, elastyczność uwagi i kontrola hamująca wydają się mieć centralne znaczenie, zgodnie z niektórymi modelami teoretycznymi funkcji wykonawczych (Barkley, 1997; Garon, Bryson i Smith, 2008; Miyake, Friedman, Emerson, Witzki i Howerter, 2000; Roberts i Pennington, 1996; Sereno, Babin, Hood i Jeter, 2009).

Funkcje wykonawcze pojawiają się już we wczesnym dzieciństwie (Kalbfleisch, 2017). Podczas gdy różne komponenty wydają się różnić nieco w swoich trajektoriach rozwojowych (Best, Miller i Jones, 2009), wiele procesów podlega ciągłemu rozwojowi i wzmacnianiu w okresie dojrzewania aż do wczesnej dorosłości (Best i Miller, 2010).

Do tej pory opracowano różne sposoby oceny i pomiaru stopnia rozwoju funkcji wykonawczych u dzieci, począwszy od kwestionariuszy rodzicielskich aż po badania

behawioralne. Dobrze znanym kwestionariuszem dla rodziców czy nauczycieli i/lub do samoopisów jest Kwestionariusz zachowań oceniających funkcje wykonawcze (BRIEF; Gioia, Espy i Isquith, 2003), oceniający w przybliżeniu 8 poddomen funkcji wykonawczych, tj. hamowanie, przełączanie, kontrola emocjonalna, rozpoczynanie działań, pamięć operacyjna, planowanie/organizowanie, organizacja materiałów i obserwacja. Badania behawioralne przede wszystkim opierają się na wynikach wykonania określonych ćwiczeń, np. szeroko stosowany test sortowania kart z Wisconsin (Heaton, 1981, 1999), test Stroopa (Lowe i Mitterer, 1982) oraz wspomagane komputerowo neurokognitywne, takie jak *go/no-go* (Gomez, Ratcliff i Perea, 2007; Luria, 1980) lub zadania typu *stop-signal* (Logan, 1994).

Niektóre z tych najważniejszych procesów funkcji wykonawczych zostały już zbadane u DJ. Wiele ustaleń płynących zarówno z badań ankietowych (np. Eggers, De Nil i Van den Bergh, 2009, 2010; Ntourou, Anderson i Wagovich, 2018), jak i eksperymentalnych badań behawioralnych, wydaje się wskazywać na niższe wyniki dla DJ w zadaniach związanych z pamięcią operacyjną, uwagą, elastycznością uwagi, elastycznością umysłową i kontrolą hamującą. Innymi słowy, wydaje się, że istnieje coraz więcej dowodów łączących pamięć operacyjną (Anderson i Wagovich, 2010; Bajaj, 2007; Reilly i Donaher, 2005), kontrolę uwagi (Arends, Povel i Kolk, 1988; Bernstein Ratner i Wijnen, 2006; Bosshardt, 1999, 2002, 2006; Chou, 2014; Felsenfeld, van Beijsterveldt i Boomsma, 2010; Foundas, Corey, Hurley i Heilman, 2004; Johnson, Conture i Walden, 2012; Karrass i in., 2006; Ntourou, Conture i Walden, 2013; Oomen i Postma, 2001; Schwenk, Conture i Walden, 2007; Vasic i Wijnen, 2005; Webster, 1990) i kontrolę hamowania (Eggers, 2012; Eggers, De Nil i Van den Bergh, 2013, 2018) z powstawaniem i utrzymywaniem się jąkania. Co więcej, procesy te mogą również odgrywać rolę w terapii jąkania, ponieważ ostatnie badanie wykazało zmniejszenie nasilenia jąkania u DJ po odbyciu treningu uwagi ukierunkowanego na poprawę funkcji wykonawczych (Nejati, Pouretemad i Bahrami, 2013).

W tym rozdziale podsumujemy i omówimy najważniejsze wyniki 4 różnych badań dotyczących funkcji wykonawczych u DJ przeprowadzonych w naszym laboratorium w ciągu ostatnich kilku lat. Na zakończenie omówimy etiologiczne implikacje tych wyników w występujących w dzieciństwie zaburzeniach płynności. Wszyscy uczestnicy byli jednojęzyczni i mówili po holendersku, z wyjątkiem ostatniego badania, w którym wszystkie dzieci były jednojęzyczne i mówiły w języku fińskim. Wszystkich uczestników cechował prawidłowy lub skorygowany do prawidłowego wzrok, prawidłowy rozwój mowy i rozwój językowy (z wyjątkiem jąkania w grupie eksperymentalnej), brak stwierdzonych lub zgłaszanych problemów neurologicznych, psychologicznych, rozwojowych lub słuchowych. Status socjoekonomiczny rodziców ustalono na podstawie połączonych wyników najwyższego poziomu wykształcenia (1 = wykształcenie podstawowe, 2 = liceum, 3 = licencjat, 4 = wykształcenie wyższe magisterskie) dla każdego rodzica, a w żadnym z badań różnica międzygrupowa pod względem statusu socjoekonomicznego nie była istotna statystycznie,  $p > 0,05$ .

Wszystkie testy przeprowadzono w cichym miejscu w domu uczestnika podczas 2 wizyt. Te 2 sesje testowe zostały opracowane w taki sposób, by najbardziej zależne od uwagi zadania zostały podane na początku każdej z nich.

## Pamięć operacyjna

Pamięć operacyjna, czyli pamięć podstawowa (Baddeley, 1986), odnosi się do tymczasowego przechowywania i przetwarzania informacji dotyczących danych lub zdarzeń w krótkoterminowym, ograniczonym obszarze roboczym, uważanym za najważniejszy dla szerokiego zakresu złożonych zdolności poznawczych. Baddeley (2003) zaproponował, że można go podzielić na 4 podsystemy, tj. pętlę fonologiczną (obejmującą informacje werbalne i akustyczne), szkieletnik wzrokowo-przestrzenny (analogiczny podsystem dla informacji wizualnych), bufor epizodyczny, zależne od centralnego systemu wykonawczego (przydzielającego innym podsystemom zasoby uwagowe). Zadania, takie jak *Test powtarzania pseudosłów* (Gathercole, Willis, Baddeley i Emslie, 1994) lub testy powtarzania cyfr są często używane do oceny pojemności werbalnej pamięci operacyjnej lub pętli fonologicznej (Archibald i Joanisse, 2009; Chiat, 2015; Vandewalle, Boets, Ghesquière i Zink, 2014).

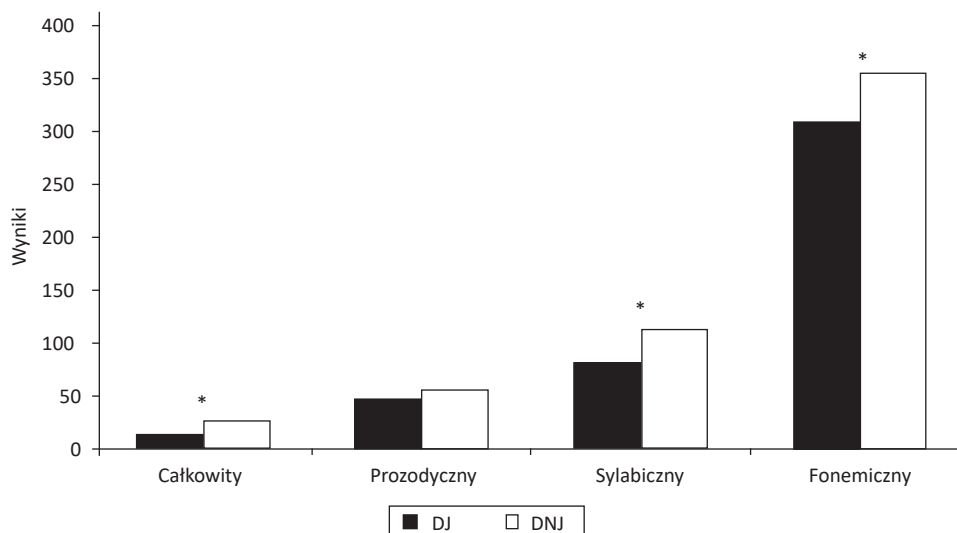
Powtarzanie pseudosłów wykonały 23 DJ (14 chłopców i 9 dziewcząt) i 23 dopasowanych pod względem wieku ( $\pm 3$  miesiące) i płci, w zakresie od 5;06 do 6;02 lat (średni wiek = 5;06 lat) (Eggers, Fleeckers, Van Bedaf i Van Everbroeck, 2018). Holenderskie tłumaczenie (Scheltinga, 2003) flamandzka adaptacja (Boets, 2006) *Testu powtarzania pseudosłów* okazały się ważnym i wiarygodnym narzędziem diagnostycznym (Boets i in., 2010; Scheltinga, van der Leij, van Beinum, 2003). Nasilenie jąkania zostało określone przy użyciu Narzędzia do badania nasilenia jąkania-3 (The Stuttering Severity Instrument-3, SSI-3; Riley, 1994), u 4 dzieci okazało się bardzo łagodne, u 10 łagodne, u 6 umiarkowane, a u 3 poważne. *Test powtarzania pseudosłów* składa się z 48 pseudosłów o 2, 2, 4 lub 5 sylabach (12 elementów na każdą grupę sylab). Słowa są podawane za pomocą znormalizowanego nagrania audio, a dziecko musi powtarzać każdy wyraz. Zmiennymi były: a) wynik całkowity (maks. wynik = 48), b) prawidłowy wynik prozodyczny (n prawidłowe wzorce akcentu sylaby; maks. wynik = 48), c) prawidłowy wynik sylabiczny (n poprawnych sylab; maks. wynik = 168), d) poprawny wynik fonemiczny (n poprawnych fonemów; maks. wynik = 444).

Wyniki *Testu powtarzania pseudosłów* wykazały niższe wyniki dla DJ w punktacji całkowitej, sylabicznej i fonemicznej w porównaniu z DNJ (rys. 1).

Innymi słowy, DJ mogą zapamiętywać i odtwarzać wzorce akcentowe wyrazów (brak różnic w punktacji prozodycznej), wykazują natomiast mniejszą zdolność do przechowywania i/lub odtwarzania fonemów z pamięci operacyjnej. Zauważyliśmy ponadto wpływ złożoności słowa, a mianowicie biegłość DJ pogorszyła się wraz ze wzrostem długości wyrazu lub liczby sylab (rys. 2).



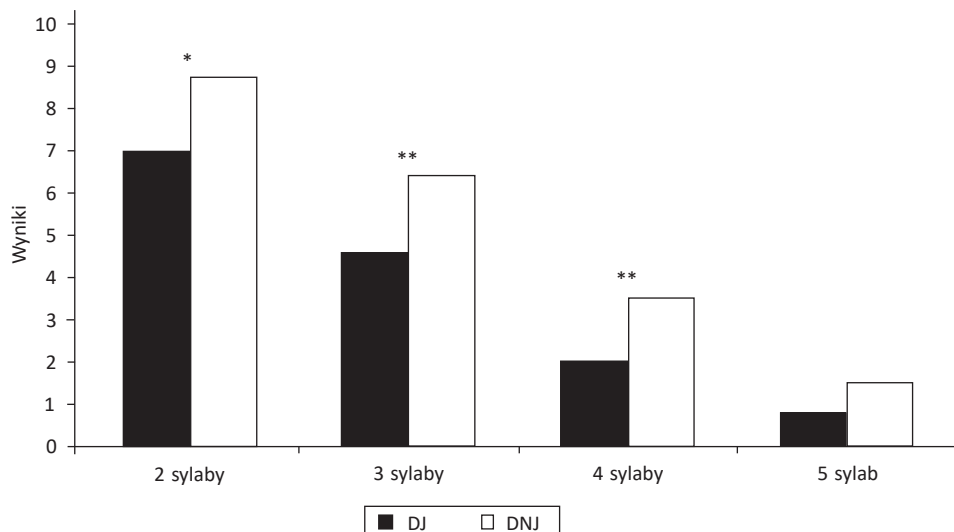
**Rys 1.** Średnie wyniki całkowite, prozodyczne, sylabiczne i fonemiczne dla DJ i DNJ w *Teście powtarzania pseudostów*



\*  $p < .0005$

Źródło: Eggers, Fleerackers, Van Bedaf, Van Everbroeck, 2018.

**Rys. 2.** Średnie wyniki na poziomie sylaby dla DJ i DNJ w *Teście powtarzania pseudostów*



\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .005$

Źródło: Eggers, Fleerackers, Van Bedaf, Van Everbroeck, 2018.

Fakt, że nie miało to miejsca w przypadku wyrazów pięciosylabowych, wynikał z efektu sufitu.

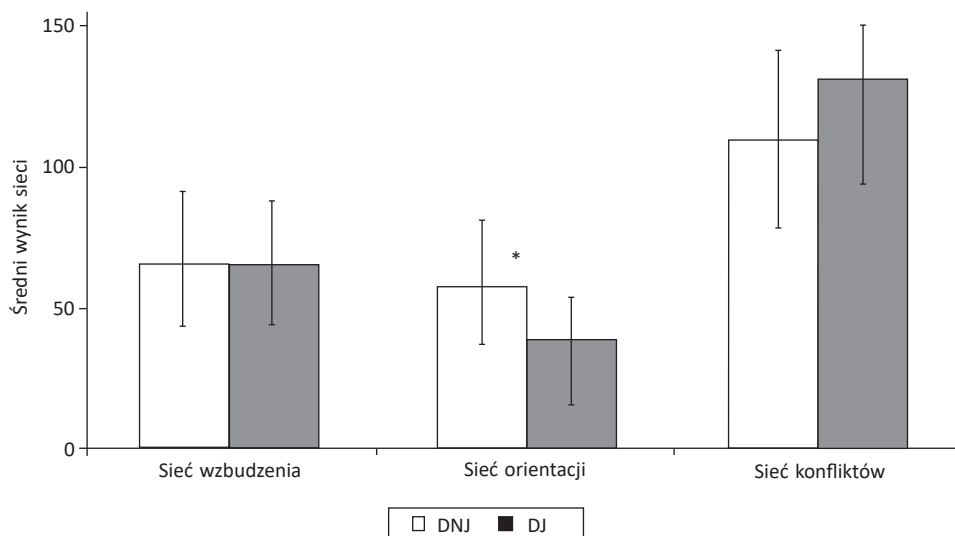
## Kontrola uwagi

Thomas Sheridan (2007) opisał uwagę jako proces skupiania zasobów zmysłowych, motorycznych i/lub umysłowych na określonych aspektach otoczenia w celu zdobycia wiedzy. Michael Posner i Steven Petersen (1990) zaproponowali, aby system uwagi można było podzielić na 3 oddzielne podsystemy lub sieci: (a) sieć wzbudzenia lub czujności, która jest odpowiedzialna za osiągnięcie i utrzymanie stanu czujności, innymi słowy gotowość do reagowania na bodźce środowiskowe; (b) sieć orientacji lub selekcji, odpowiedzialna za wybór informacji z danych sensorycznych; oraz (c) kontrola wykonawcza lub sieć konfliktów, odpowiedzialna za rozwiązywanie konfliktów między odruchami. Istnienie tych 3 sieci zostało przekonująco potwierdzone obserwacjami w różnych badaniach, w tym w badaniach klinicznych, eksperymentalnych i neuroobrazowych (Callejas, Lupianez i Tudela, 2004; Fan, McCandliss, Fossella, Flombaum i Posner, 2005; Raz i Buhle, 2006) i powiązane z określonymi podstawowymi obszarami anatomicznymi (np. Corbetta i Shulman, 2002; Rothbart i Posner, 2001; Rueda i in., 2004). Michael Posner i wsp. (Fan i in., 2002) opracowali *Test neuronalnych sieci uwagi* (Attention Network Test, ANT), przydatny, niezawodny i szeroko stosowany instrument przeznaczony do oceny wzbudzenia, orientacji i kontroli wykonawczej u dorosłych i dzieci (np. Costa, Hernández i Sebastián-Gallés, 2008; Dennis, Chen i McCandliss, 2008). Wykonanie testu ANT trwa około 30 minut i stwierdzono, że cechuje go wysoka wiarygodność powtórzenia testu (Fan i in., 2002), jak również dobra wiarygodność wewnętrzna (Sobin i in., 2004).

ANT zaprezentowano 41 DJ (31 chłopców i 10 dziewcząt) i 41 dobrany pod kątem wieku ( $\pm 3$  miesiące) i płci DNJ, w zakresie wiekowym od 4;00 do 9;00 lat (średni wiek = 6;09 lat) (Eggers, De Nil i Van den Bergh, 2012). Czternaścioro DJ zostało sklasyfikowanych z wykorzystaniem *Narzędzia do badania nasilenia jękania* – 3 przypadki jako łagodny, 24 jako umiarkowany, 2 jako ciężki i 1 jako bardzo ciężki. ANT jest połączeniem zadania wskazywania lokalizacji i zadania flankerów i mierzy skuteczność 3 różnych sieci uwagi, tj. wzbudzenia, orientacji i uwagi wykonawczej. Różne rodzaje wskaźówek (brak wskaźówki, centralna wskaźówka, podwójna wskaźówka czy wskaźówka przestrzenna) i bodźca celowego (brak bodźca celowego, bodziec położony centralnie, bodziec podwójny czy bodziec przestrzenny) podano losowo z równą częstością w każdym bloku doświadczalnym. Sprawność różnych sieci uwagi obliczono, mierząc, w jaki sposób czasy odpowiedzi były zależne od typu wskaźówki i warunków flankera.

Wyniki testu ANT (rys. 3) wskazują, że DJ miały znacznie niższą wydajność sieci orientacji w porównaniu z DNJ.

Nie stwierdzono różnic w sieci wzbudzenia lub kontroli wykonawczej, chociaż ta ostatnia wykazywała tendencję ( $p = .0066$ ) w kierunku niższej wydajności, tj. większego wpływu sprzecznych informacji na DJ. Obecne odkrycia potwierdzają wcześniej znalezione różnice w zachowaniu samoregulacyjnym znajdującym odzwierciedlenie w *Kwestionariuszu zachowań dziecka* i posłużyły do określenia możliwej roli procesów uwagi, tj. nakierowania na uwagę, w jękananiu rozwojowym.

**Rys. 3.** Wyniki dla badania sieci uwagowej dla DJ i DNJ w ramach *Testu sieci uwagowej*\*  $p < 0,05$ 

Źródło: Eggers, De Nil i Van den Bergh, 2012.

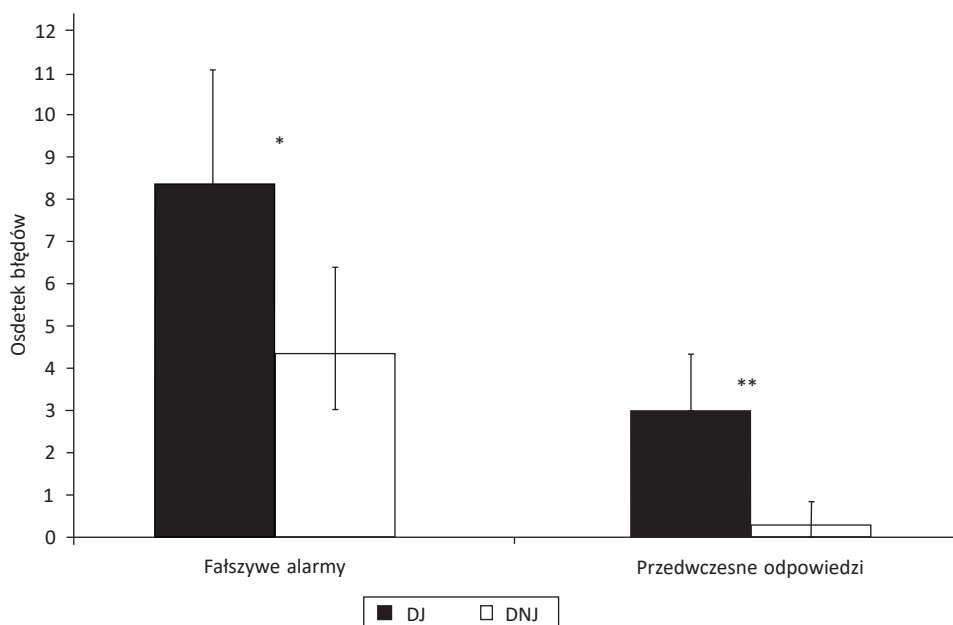
## Kontrola hamująca a samoobserwacja

Zahamowanie reakcji lub kontrola hamowania to zdolność do tłumienia wstępnie zaplanowanej (Eagle, Bari i Robbins, 2008) reakcji nawykowej lub przedskutekowej (Congdon i in., 2010) lub zachowań, które są nieodpowiednie lub nie są już wymagane (Chambers, Garavan i Bellgrove, 2009). Odnosi się do tłumienia zarówno ruchów motorycznych, jak i reakcji wyższego rzędu, takich jak myśli i emocje (Verbruggen i Logan, 2008, 2009); najważniejsze jest celowe lub nieświadome (Eimer i Schlaghecken, 2003) zatrzymanie automatycznych zachowań w reakcji na cele lub uwarunkowania środowiskowe; jest również zasadniczym elementem kontroli wykonawczej (Cools, 2008). Jest ona silnie związana z koordynacją i integracją procesów umysłowych przy udanym wykonaniu zadań (Dowesett i Livesey, 1999) i odgrywa ważną rolę w samoregulacji stanów emocjonalnych (Kochanska, Murray, Jacques, Koenig i Vandegest, 1996; Kopp, 1982).

Zadanie *go/no-go* z *Amsterdamskich zadań neuropsychologicznych* (De Sonneville, 2005), komputerowe zadanie poznawcze (Eggers, De Nil i Van den Bergh, 2013) przedstawiono 30 DJ (24 chłopcom i 6 dziewczynkom) i 30 dobranym pod względem wieku ( $\pm 3$  miesiące) i płci DNJ, w zakresie od 4;10 do 10;00 lat (średni wiek = 7;05 lat). Czułość, trafność i wiarygodność różnych zadań tej baterii testowej zostały sprawdzone (De Sonneville, 2014) i potwierdzone na gruncie różnych dziedzin klinicznych (np. Barneveld, de Sonneville, van Rijn, van Engeland, Swaab,

2013; Swaab-Barneveld i in., 2000). Trzydziestu DNJ zdiagnozowano jako łagodne, 15 jako umiarkowane, 1 jako ciężkie, a 1 sklasyfikowano jako bardzo ciężkie. Zadanie *go/no-go* mierzy zahamowanie reakcji przedskutekowej. Podczas każdego testu losowo i z równą częstotliwością prezentowano 2 różne bodźce: bodziec *go* (zielony chodzący ludzik) lub bodziec *no-go* (czerwony stojący ludzik). Dzieciom polecono nacisnąć przycisk odpowiedzi tak szybko, jak to możliwe w reakcji na bodziec *go* i powstrzymać się od reakcji naciskania przycisku, gdy pojawiał się bodziec *no-go*. Zmiennymi były a) liczba „trafień” (gdy po wystąpieniu bodźca *go* w czasie pomiędzy 200 a 2300 ms następowała reakcja), b) liczba „chybień” (gdy po bodźcu *go* nie następowała reakcja), c) „fałszywe alarmy” (gdy po wystąpieniu bodźca *no-go* następowało naciśnięcie przycisku reakcji), oraz d) liczba „przedwczesnych odpowiedzi” (gdy przycisk odpowiedzi został naciśnięty między 0 a 200 ms po pojawieniu się bodźca).

**Rys. 4.** Odsetek błędów dla zmiennych *go/no-go* ze znaczącymi różnicami między DJ i DNJ



\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,005$

Źródło: Eggers, De Nil i Van den Bergh, 2012.

Wyniki (rys. 4) wskazują, że DJ w porównaniu z DNJ: a) wykazywały się większą liczbą fałszywych alarmów i przedwczesnych odpowiedzi, b) wykazywały się niższym czasem reakcji w przypadku fałszywych alarmów, c) mieli mniejszą zdolność do zmiany swojego stylu odpowiedzi po wystąpieniu błędów reakcji. Odkrycia te stanowią dalsze poparcie dla hipotezy, że DJ i DNJ różnią się pod względem kontroli

hamowania. DJ jako grupa miała niższe wyniki pod względem kontroli hamowania, co wskazuje na skłonność do występowania obniżonej zdolności do hamowania reakcji przedskutecznej. Podobne wyniki dla fałszywych alarmów stwierdzono (Eggers, 2012) po zaprezentowaniu tego samego badania *go/no-go* u 28 dorosłych jaskających się i 28 dopasowanych po względem wieku ( $\pm 1$  rok) i płci dorosłym z grupy kontrolnej, w wieku od 18;00 do 50;11 lat (średni wiek = 27;01 lat).

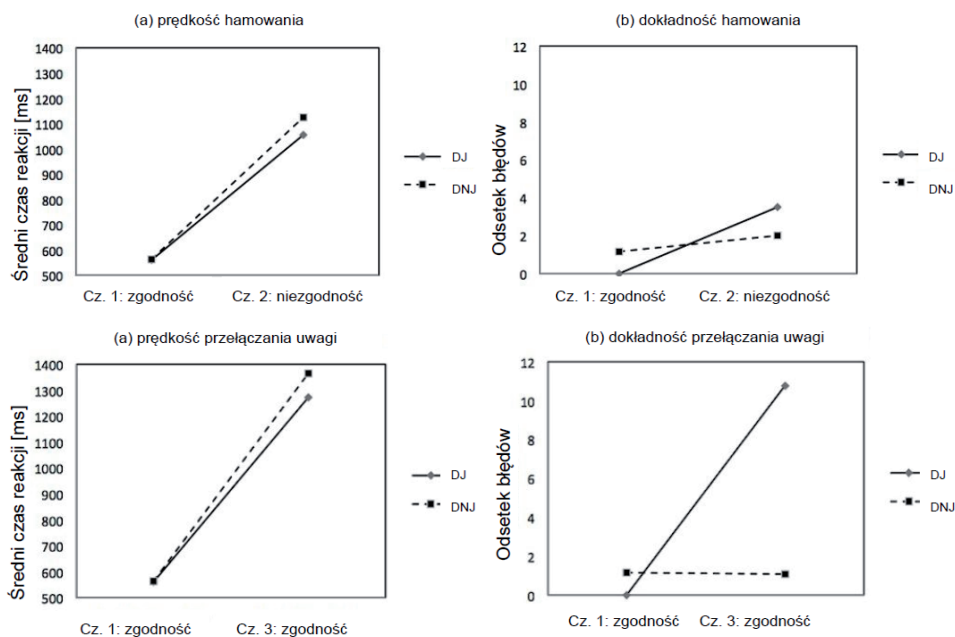
## Elastyczność uwagi

Elastyczność uwagi, określana również jako przełączanie uwagi. Polega na przełączaniu między wieloma zadaniami lub zestawami mentalnymi, w których należy pozostawić nieistotny zestaw zadań, przełączyć uwagę i poświęcić ją odpowiedniemu zestawowi zadań (De Sonneville, 2014) lub po prostu oznacza zdolność do przeniesienia skupienia uwagi z jednej czynności na inną (Rothbart, 1989). Badania nad zdolnością do przystosowawczego przełączania uwagi prowadzi się nieustannie, poczynsz od badania „przełączania zadań” (Jersild, 1927). Opracowano różne wersje tego badania, które polega na przełączaniu między zadaniami lub zestawami reakcji w odpowiedzi na określone wskazówki lub informacje (De Sonneville, 2014; Proctor i Vu, 2006), takie jak *Test kategorii* (Reitan i Wolfson, 1985), *Test sortowania kart* z Wisconsin (Heaton, 1981) i *Test Stroopa* (Golden, Freshwater i Golden, 2002). Często testy te są badaniami wieloczynnikowymi, oceniającymi większą liczbę umiejętności, takie jak formułowanie sądów, rozumowanie, przełączanie uwagi i hamowanie (Baron, 2004).

Przełączanie uwagi i kontrola hamowania sprawdzone zostały poprzez zastosowanie *Zestawu zadań ze słuchowego przełączania się pomiędzy zadaniami z Amsterdamskiego zestawu zadań neuropsychologicznych* (De Sonneville, 2009; Eggers i Jansson-Verkasalo, 2018). Uczestnikami było 16 fińskich DJ, 14 chłopców i dwie dziewczynki (średni wiek = 7;06 lat) i odpowiadający im pod względem wieku ( $\pm 8$  miesięcy) i płci 16 DNJ od 6;04 do 9;10 lat (średni wiek = 7;05 lat). Ośmioro DJ zaklasyfikowano jako łagodne, sześciu sklasyfikowano jako umiarkowane, a dwoje jako poważne.

Wyniki (rys. 5) nie wykazały różnic między grupami w zakresie szybkości przełączania uwagi lub kontroli hamowania. DJ jako grupa uzyskali jednak znacznie niższą dokładność (procent błędów) słuchowego przełączania uwagi. DJ w porównaniu z DNJ wykazali ponadto większy wzrost odsetka błędów pod względem przełączania uwagi i kontroli hamowania. Te ustalenia dotyczące odsetka błędów częściowo potwierdzają wcześniejsze wyniki oparte na kwestionariuszu ukazujące trudności u DJ pod kątem przełączania uwagi i kontroli hamowania. Wydają się również sugerować, że DJ są mniej zdolne do spowolnienia swoich odpowiedzi w celu osiągnięcia wyższych wskaźników dokładności.

**Rys. 5.** Prędkość (a) i dokładność (b) hamowania i przełączania uwagi dla DJ i DNJ w zadaniu przełączania uwagi słuchowej



Źródło: Eggers i Jansson-Verkasalo, 2017.

## Dyskusja nad ustaleniami

Wcześniej opublikowane badania nad DJ zdawały się wskazywać na obniżenie wydajności procesów funkcji wykonawczych u DJ. W ciągu ostatnich kilku lat nasze laboratorium przeprowadziło kilka badań nad funkcjami wykonawczymi w poddomenach pamięci operacyjnej, uwagi, elastyczności i hamowania reakcji. Uogólniając, wyniki tych badań wydają się potwierdzać wcześniejsze ustalenia.

W pierwszym badaniu wykorzystaliśmy *Test powtarzania pseudosłów* do oceny poziomu werbalnej pamięci operacyjnej u DJ. Podobnie jak w badaniu Hakim i Ratner (2004), nie stwierdzono różnic na poziomie prozodycznym, ponieważ wzorce akcentu były odtwarzane podobnie w obu grupach. Na poziomie fonemicznym DJ robiły więcej błędów, a zatem również mniej sylab zostało poprawnie odtworzonych. Julie Anderson i wsp. (2003) odkryli również więcej – choć nieistotnych statystycznie – błędów fonemicznych u DJ, a wzorzec wyższej częstotliwości zamiany słów i pominięć u DJ był zgodny z wynikami *Testu powtarzania pseudosłów* z badania przeprowadzonego przez Carol Seery, Ruth Watkins, Nicoline Ambrose i Rebeccę Throneburg (2006). Kilka współczesnych etiologicznych modeli jąkania, takich jak teoria funkcji neuropsycholingwistycznych (Perkins, Kent i Curlee,

1991), hipoteza unikania-autokorekty („Covert-Repair”; Postma i Kolk, 1993), teoria EXPLAN (Howell i Au-Yeung, 2002) czy hipoteza błędnego koła (Bernstein-Ratner i Wijnen, 2006) opiera się bezpośrednio lub pośrednio na modelu nadawania mowy Willema Levelta (1993), łącząc powstanie nie płynności mowy z obniżoną wydajnością kodowania fonologicznego. Nasze odkrycia mogą być interpretowane jako potwierdzenie niektórych elementów tych modeli.

Naszym drugim celem była ocena poziomu procesów uwagi u DJ. Na podstawie dostępnej literatury sugerującej niższy poziom umiejętności związanych z uwagą u DJ (np. Anderson i in., 2003; Bosshardt, 2006; Embrechts i in., 2000; Felsenfeld i in., 2010; Karass i in., 2006; Schwenk i in., 2007) spodziewaliśmy się, że procesy uwagi będą zachodziły z mniejszą wydajnością u DJ. Wyniki naszego badania pokazały, że DJ uzyskały znacznie niższe wyniki dla sieci orientacyjnej, co oznacza, że były one mniej zdolne do wykorzystania wizualnych wskazówek uwagi, jak również widoczna była tendencja do niższego wyniku dla sieci uwagi wykonawczej ( $p = .066$ ). Ostatnie wyniki zdawały się potwierdzone wyższymi wartościami procentowymi błędów w zadaniu przełączania uwagi słuchowej. Ponieważ stwierdzono, że ukierunkowanie uwagi odgrywa znaczącą rolę w regulowaniu reaktywności emocjonalnej i kontrolowaniu dystresu poprzez odwrócenie uwagi od sytuacji wywołujących stres (Rueda i in., 2004; Harman, Rothbart i Posner, 1997), zinterpretowaliśmy te wyniki następująco: DJ mogą być mniej zdolne do oderwania uwagi od bodźców wywołujących emocje, co skutkuje częstszymi reakcjami emocjonalnymi i wyższym pobudzeniem związanym z określonymi bodźcami, o czym wiadomo, że prawdopodobnie wpływa na objawy jąkania (np. Ezrati-Vinacour i Levin, 2004; Menzies, Onslow i Packman, 1999).

Naszym trzecim celem było zbadanie kontroli hamowania u DJ. Stwierdzono, że DJ mają mniejszą kontrolę hamowania, co zmierzono za pomocą badania *go/no-go*, ponieważ były one mniej zdolne do hamowania swoich skłonności do reakcji przedskutecznej w przypadku bodźca *no-go*, a także dawały przedwczesne odpowiedzi. Wyniki te sugerują, że DJ wykazywały się mniej kontrolowanym styl odpowiedzi i były mniej zdolne do dostosowania tego stylu odpowiedzi po wystąpieniu błędów. Niższy poziom kontroli hamującej powoduje trudności w skutecznym regulowaniu własnych emocji (np. Carlson i Wang, 2007; Kochańska, Murray, Jacques, Koenig i Vandegest, 1996), o czym wiadomo, że wpływa na objawy jąkania. Zmniejszony poziom kontroli hamowania może mieć ponadto również wpływ na wykrywanie błędów i przetwarzanie ich podczas etapów planowania i nadawania mowy (Engelhardt, Corley, Nigg i Ferreira, 2009), a zatem może być również powiązany z psycholingwistycznymi modelami etiologii jąkania (np. Bernstein Ratner i Wijnen, 2006) oraz z komunikacyjno-emocjonalnym modelem jąkania (Conture i in., 2006). Ponieważ te zadania związane z hamowaniem zostały wyraźnie powiązane z leżącymi u podstaw anatomicznymi korelatami w pętli oczodołowo-czołowej jąder podstawnych (Aron i in., 2007; Chambers, Garavan i Bellgrove, 2009), ta sieć zależności jest często zaangażowana w pojawiające się konceptualizacje procesów leżących u pod-

staw rozwoju jąkania rozwojowego (np. Alm, 2004; Smits-Bandstra i De Nil, 2007), wyniki naszych badań można również interpretować jako dane potwierdzające dla tych modeli.

Wreszcie, w naszym zadaniu przełączania uwagi słuchowej DJ nie były w stanie spowolnić swojej szybkości odpowiedzi w takim stopniu, by spowodowało to zmniejszenie liczby błędów. Znakomicie wpisuje się to w rozważania teoretyczne, które wskazują na niedobory kontroli czuciowo-ruchowej w jąkanii rozwojowym, takie jak hipoteza, że jąkanie wynika ze strategii motorycznej mowy, która jest nastawiona na kontrolę słuchowego sprzężenia zwrotnego ze względu na słabe polecenia sprzężenia wyprzedzającego (Max, Guenther, Gracco, Ghosh i Wallace, 2004). Przełączanie uwagi i kontrola hamowania są ponadto uważane za centralne aspekty kontroli wykonawczej procesów poznawczych (Rushworth, Passingham i Nobre, 2002) i mogą również odgrywać rolę w sytuacjach wywołujących jąkanie, zarówno pod względem językowym, jak i środowiskowym. Stwierdzono, że jąkanie nasila się w sytuacjach o zwiększonej złożoności syntaktycznej (Bernstein Ratner i Sih, 1987) i postrzeganego stresu środowiskowego (Ezrati-Vinacour i Levin, 2004; Menzies i in., 1999). W obu sytuacjach istnieje większe zapotrzebowanie na elastyczne przełączanie zasobów uwagi pomiędzy jednoczesnymi zadaniami, w tym planowania i wykonywania mowy. Wcześniejsze badania pokazały także, iż ludzie jąkający się są wrażliwi na zakłócenia wynikające z występujących równocześnie zadań wymagających uwagi (np. Bosshardt, 2006).

## Bibliografia

- Alm P.A. (2004). Stuttering and the basal ganglia circuits: a critical review of possible relations. *Journal of Communication Disorders*, 37, 325–369.
- Anderson J.D., Pellowski M.W., Conture E.D., Kelly E.M. (2003). Temperamental characteristics of young children who stutter. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 46, 1221–1233.
- Anderson J.D., Wagovich S.A. (2010). Relationships among linguistic processing speed, phonological working memory, and attention in children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 35, 216–234.
- Archibald L.M., Joannis M.F. (2009). On the sensitivity and specificity of nonword repetition and sentence recall to language and memory impairments in children. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 52, 899–914.
- Arends N., Povel D.J., Kolk H. (1988). Stuttering as an attentional phenomenon. *Journal of Fluency Disorders*, 13, 141–151.
- Aron A.R., Durston S., Eagle D.M., Logan G.D., Stinear C.M., Stuphorn V. (2007). Converging evidence for a fronto-basal-ganglia network for inhibitory control of action and cognition. *The Journal of Neuroscience*, 31, 11860–11864.
- Bajaj A. (2007). Working memory involvement in stuttering: Exploring the evidence and research implications. *Journal of Fluency Disorders*, 32, 218–238.
- Baron I.S. (2004). *Neuropsychological Evaluation of the Child*. New York: Oxford University Press.



- Baddeley A.D. (1986). *Working memory*. New York: Oxford University Press. Baddeley, A. (2003). Working memory and language: An overview. *Journal of Communication Disorders*, 36, 189–208.
- Barkley R.A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unified theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65–94.
- Barneveld P.S., de Sonnevill L., van Rijn S., van Engeland H., Swaab H. (2013). Impaired response inhibition in autism spectrum disorders, a marker of vulnerability to schizophrenia spectrum disorders? *Journal of the International Neuropsychological Society*, 19, 646–655.
- Bernstein Ratner N., Sih C.C. (1987). Effects of gradual increases in sentence length and complexity of children's dysfluency. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 52, 278–287.
- Bernstein Ratner N., Wijnen F. (2006, July). *The Vicious Cycle: Linguistic Encoding, Self-Monitoring and Stuttering*. Seminar presented at the Fifth World Congress of the International Fluency Association, Dublin.
- Best J.R., Miller P.H. (2010). A developmental perspective on executive function. *Child Development*, 81(6), 1641–1660.
- Best J.R., Miller P.H., Jones L.L. (2009). Executive functions after age 5: Changes and correlates. *Developmental Review*, 29(3), 180–200.
- Boets B. (2006). *Early literacy development in children at risk for dyslexia. A longitudinal study of the general magnocellular theory*. Niepublikowana rozprawa doktorska. Leuven.
- Boets B., De Smedt B., Cleuren L., Vandewalle E., Wouters J., Ghesquière P. (2010). Towards a further characterization of phonological and literacy problems in Dutch-speaking children with dyslexia. *British Journal of Developmental Psychology*, 28, 5–31.
- Bosshardt H.G. (1999). Effects of concurrent mental calculation on stuttering, inhalation and speech timing. *Journal of Fluency Disorders*, 24, 43–72.
- Bosshardt H.G. (2002). Effects of concurrent cognitive processing on the fluency of word repetition: Comparison between persons who do and do not stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 27, 93–114.
- Bosshardt H.G. (2006). Cognitive processing load as a determinant of stuttering: Summary of a research programme. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 20, 371–385.
- Callejas A., Lupianez J., Tudela P. (2004). The three attentional networks: On their independence and interactions. *Brain and Cognition*, 54, 225–227.
- Carlson S., Wang T. (2007). Inhibitory control and emotion regulation in preschool children. *Cognitive Development*, 22, 489–510.
- Chambers C.D., Garavan H., Bellgrove, M.A. (2009). Insights into the neural basis of response inhibition from cognitive and clinical neuroscience. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 33, 631–646.
- Chiat S. (2015). Nonword repetition. W: S. Armon-Lotem, J. de Jong, N. Meir, red., *Methods for assessing multilingual children: disentangling bilingualism from Language Impairment*. Bristol: Multilingual Matters.
- Chou F.C. (2014). *Behavioral and electrophysiological observations of attentional control in children who stutter*. Rozprawa doktorska. University of Iowa; <http://ir.uiowa.edu/etd/4593>.
- Collette F., Van der Linden M., Delfiore G., Degueldre C., Luxen A., Salmon E. (2001). The functional anatomy of inhibition processes investigating the hayling task. *Neuroimage*, 14, 258–267.
- Cools R. (2008). Role of dopamine in the motivational and cognitive control of behavior. *Neuroscientist*, 14, 381–395.
- Corbetta M., Shulman G.L. (2002). Control of goal-directed and stimulus-driven attention in the brain. *Nature Reviews Neuroscience*, 3, 201–215.

- Costa A., Hernández M., Sebastián-Gallés N. (2008). Bilingualism aids conflict resolution: evidence from the ANT task. *Cognition*, 106, 59–86.
- Couture E.G., Walden T.A., Arnold H.S., Graham C.G., Hartfield K.N., Karrass J. (2006). A communication-emotional model of stuttering. W: A. Bernstein Ratner, J. Tetnowski, red., *Current issues in stuttering research and practice* (s. 17–46). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Dennis T.A., Chen C., McCandliss B.D. (2007). Threat-related attentional biases: An analysis of three attention systems. *Depression and Anxiety*, 1–10.
- De Sonneville L.M.J. (2009). *Amsterdamse Neuropsychologische Taken. Amsterdam Neuropsychological tasks*. Amsterdam: Boom Test Publishers.
- De Sonneville L. (2014). *Handbook ANT: Amsterdamse Neuropsychologische Taken. Handbook ANT: Amsterdam Neuropsychological Tasks*. Boom test Publishers, Amsterdam.
- Dowsett S.M., Livesey D.J. (1999). The development of inhibitory control in preschool children: Effects of “executive skills” training. *Developmental Psychobiology*, 36, 161–174.
- Eggers K. (2012). Responsinhibitie bij volwassen personen die stotteren versus niet stotteren [Hamowanie reakcji u jękających dorosłych w zestawieniu z niejękającymi się dorosłymi]. *Logopedie*, lipiec/sierpień, 76–83.
- Eggers K., De Nil L.F., Van den Bergh B. (2009). Factorial Temperament Structure in Stuttering, Voice Disordered, and Normal Speaking Children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 52, 1610–1622.
- Eggers K., De Nil L.F., Van den Bergh B. (2010). Temperament dimensions in stuttering and typically developing children. *Journal of Fluency Disorders*, 35, 355–372.
- Eggers K., De Nil L.F., Van den Bergh B. (2012). The efficiency of attentional networks in children who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 55, 946–959.
- Eggers K., De Nil L.F., Van Den Bergh B.R.H. (2013). Inhibitory control in childhood stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 38, 1–13.
- Eggers K., De Nil L., Van den Bergh B. (2018). Exogenously triggered response inhibition in developmental stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 56, 33–44.
- Eggers K., Fleerackers J., Van Bedaf E., Van Everbroeck H. (2018). Vergelijkende studie van de fonologische vaardigheden bij kinderen die stotteren en kinderen die niet stotteren [Badania porównawcze nad umiejętnościami fonologicznymi u dzieci jękających się i dzieci niejękających się]. *Logopedie [Logopedics]*, styczeń/luty, 25–39.
- Eggers K., Jansson-Verkasalo E. (2017). Auditory attentional set-shifting in developmental stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60, 3159–3170.
- Eimer M., Schlaghecken F. (2003). Response facilitation and inhibition in subliminal priming. *Biological Psychology*, 64, 7–26.
- Embrechts M., Ebben H., Franke P., van de Poel C. (2000). Temperament: A comparison between children who stutter and children who don't stutter. W: H.G. Bosshardt, J.S. Yaruss, H.F.M. Peters, red., *Proceedings of the Third World Congress on Fluency Disorders: Theory, research, treatment, and self-help* (s. 557–562). Nijmegen, Holand: University of Nijmegen Press.
- Engelhardt P.E., Corley M., Nigg J.T., Ferreira F. (2010). The role of inhibition in the production of disfluencies. *Memory and Cognition*, 38, 617–628.
- Ezrati-Vinacour R., Levin I. (2004). The relationship between anxiety and stuttering: A multidimensional approach. *Journal of Fluency Disorders*, 29, 135–148.
- Fan J., McCandliss B.D., Fossella J., Flombaum J.I., Posner M.I. (2005). The activation of attentional networks. *Neuroimage*, 26, 471–479.

- Fan J., McCandliss B.D., Sommer T., Raz A., Posner M.I. (2002). Testing the efficiency and independence of attentional networks. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 14, 340–347.
- Felsenfeld F., van Beijsterveldt C.E.M., Boomsma D.I. (2010). Attentional regulation in young twins with probable stuttering, high nonfluency, and typical fluency. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 53, 1147–1166.
- Foundas A.L., Corey D.M., Hurley M.M., Heilman K.M. (2004). Verbal dichotic listening in developmental stuttering: subgroups with atypical auditory processing. *Cognitive Behavioral Neuroscience*, 17, 224–232.
- Garon N., Bryson S., Smith I.M. (2008). Executive function in preschoolers: A review using and integrative framework. *Psychological Bulletin*, 134, 31–60.
- Gathercole S.E., Willis C.S., Baddeley A.D., Emslie H. (1994). The Children’s Test of Nonword Repetition: A test of phonological working memory. *Memory*, 2, 103–127.
- Gioia G.A., Espy K.A., Isquith P.K. (2003). *BRIEF-P: Behavior rating inventory of executive function—preschool version: Professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Golden C.J., Freshwater S.M., Golden Z. (2002). *Stroop color and word test: Children’s version for ages 5–14*. Wood Dale, Illinois: Stoelting.
- Gomez P., Ratcliff R., Perea M. (2007). A model of the go/no-go task. *Journal of Experimental Psychology General*, 136 (3), 389–413.
- Harman C., Rothbart M.K., Posner M.I. (1997). Distress and attention interactions in early infancy. *Motivation & Emotion*, 21, 27–43.
- Heaton R.K. (1981). *Wisconsin Card Sorting Test manual*. Odessa, Floryda: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Heaton R.K. (1999). *Wisconsin Card Sorting Test: Computer version for Windows research edition*. Odessa, Floryda: Psychological Assessment Resources.
- Howell P., Au-Yeung J. (2002). The EXPLAN theory of fluency control and the diagnosis of stuttering. W: E. Fava, red., *Clinical linguistics: Theory and applications in speech pathology and therapy* (s. 75–94). Amsterdam: John Benjamins.
- Hughes C. (2013). Executive function: Development, individual differences, and clinical insights. W: J. Rubenstein, P. Rakic, red., *Neural circuit development and function in the healthy and diseased brain: comprehensive developmental neuroscience*. 1st ed. (s. 429–445). Academic Press, Oxford.
- Jersild A.T. (1927). Mental set and shift. *Archives of Psychology*, 89, 5–82.
- Johnson K.N., Conture E.G., Walden T.A. (2012). Efficacy of attention regulation in preschool-age children who stutter: A preliminary investigation. *Journal of Communication Disorders*, 45, 263–278.
- Jurado M.B., Rosell, M. (2007). The elusive nature of executive functions: A review of our current understanding. *Neuropsychological Review*, 17, 213–233.
- Karrass J., Walden T.A., Conture E.G., Graham C.G., Arnold H.S., Hartfield K.N., Schwenk K.A. (2006). Relation of emotional reactivity and regulation to childhood stuttering. *Journal of Communication Disorders*, 39, 402–423.
- Kalbfleisch L. (2017). Neurodevelopment of the executive functions. W: E. Goldberg, red., *Executive Functions in Health and Disease* (s. 143–167). Academic Press, Oxford.
- Kochanska G., Murray, K., Jacques T.Y., Koenig A.L., Vandegeest K.A. (1996). Inhibitory control in young children and its role in emerging internalization. *Child Development*, 67, 490–507.
- Kopp C.B. (1982). Antecedents of self-regulation: A developmental perspective. *Developmental Psychology*, 18, 199–214.
- Levelt J.M. (1993). *Speaking: From intention to articulation*. London: The MIT Press.

- Logan G.D. (2003). Executive control of thought and action: In search of the wild homunculus. *Current Directions in Psychological Science*, 12, 2, 45–48.
- Logan G.D. (1994). On the ability to inhibit thought and action: A user's guide to the stop signal paradigm. W: D. Dagenbach, T.H. Carr, red., *Inhibitory Processes in Attention, Memory and Language* (s. 189–239). San Diego: Academic Press.
- Lowe D.G., Mitterer J.O. (1982). Selective and divided attention in a Stroop task. *Canadian Journal of Psychology*, 36, 684–700.
- Luria A. (1980). *Higher cortical functions in man* (2<sup>nd</sup>ed.). New York: Basic Books.
- Max L., Guenther F.H., Gracco V.L., Ghosh S.S., Wallace M.E. (2004). Unstable or insufficiently activated internal models and feedback-biased motor control as sources of dysfluency: A theoretical model of stuttering. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 31, 105–122.
- Menzies R., Onslow M., Packman A. (1999). Anxiety and stuttering: Exploring a complex relationship. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 8, 3–10.
- Miyake A., Friedman N.P., Emerson M.J., Witzki A.H., Howerter A. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex 'frontal lobe' tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41, 49–100.
- Najdowski A.C., Persicke A., Kung E. (2014). Executive functions. W: D. Granpeesheh, J. Tarbox, A.C. Najdowski, J. Kornack, red., *Practical Resources for the Mental Health Professional: Evidence-Based Treatment for Children with Autism* (s. 355–387). Academic Press, Oxford.
- Nejati V., Pouretamad H.R., Bahrami H. (2013). Attention training in rehabilitation of children with developmental stuttering. *NeuroRehabilitation*, 32, 297–303.
- Ntourou K., Anderson J.D., Wagovich S.A. (2018). Executive function and childhood stuttering: Parent ratings and evidence from a behavioral task. *Journal of Fluency Disorders*, 45, 18–32.
- Ntourou K., Conture E.G., Walden T.A. (2013). Emotional reactivity and regulation in preschool-age children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 38, 260–274.
- Oomen C.C.E., Postma A. (2001). Effects of divided attention on the production of filled pauses and repetitions. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 44, 997–1004.
- Perkins W.H., Kent R.D., Curlee R. (1991). A theory of neuropsycholinguistic function in stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research*, 34, 734–752.
- Posner M.I., Petersen S.E. (1990). The attention systems of the human brain. *Annual Review of Neuroscience*, 13, 25–42.
- Postma A., Kolk H. (1993). The covert repair hypothesis: Prearticulatory repair processes in normal and stuttered dysfluencies. *Journal of Speech and Hearing Research*, 36, 472–487.
- Proctor R.W., Vu K.L. (2006). *Stimulus-response compatibility principles: Data, theory, and application*. Nowy Jork: CRC Press, Taylor & Francis Group.
- Raz A., Buhle J. (2006). Typologies of attentional networks. *Nature Reviews Neuroscience*, 7, 367–79.
- Reilly J., Donaher J. (2005). Verbal working memory skills of children who stutter: a preliminary investigation. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 32, 38–42.
- Reitan R., Wolfson D. (1985). *The Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery*. Tucson, AZ: Neuropsychological Press.
- Riley G.D. (1994). *Stuttering Severity Instrument for Children and Adults*. Third Edition. Austin, TX: Pro-Ed.
- Roberts R.J., Pennington B.F. (1996). An interactive framework for examining prefrontal cognitive processes. *Developmental Cognitive Neuropsychology*, 12, 105–126.
- Rothbart M.K. (1989). Temperament and development. W: G. Kohnstamm, J. Bates, M.K. Rothbart, red., *Temperament in childhood* (s. 187–248). Chichester, Wielka Brytania: Wiley.

- Rothbart M.K., Posner M.I. (2001). Mechanisms and variation in the development of attentional networks. W: C.A. Nelson, M. Luciana, red., *Handbook of developmental cognitive neuroscience* (s. 353–363). Cambridge: MIT Press.
- Rueda M.R., Fan J., McCandliss B.D., Halparin J.D., Gruber D.B., Lercari L.P., Posner M.I. (2004). Development of attentional networks in childhood. *Neuropsychologica*, 42, 1029–1040.
- Rushworth M.F.S., Passingham R.E., Nobre A.C. (2002). Components of switching intentional set. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 14, 1139–1150.
- Scheltinga F. (2003). *The Dutch Nonword Repetition Test*. Niepublikowany rękopis. University of Amsterdam.
- Sheridan T.B. (2007). Attention and its allocation: fragments of a model. W: A.F. Kramer, D.A. Wiegmann, A. Kirlik, red., *Attention: from theory to practice* (s. 16–26). New York: Oxford University Press Inc.
- Schwenk K.A., Conture E.G., Walden T.A. (2007). Reaction to background stimulation of preschool children who do and do not stutter. *Journal of Communication Disorders*, 40, 129–141.
- Seery C.H., Watkins R.V., Ambrose N., Throneburg R. (2006, November). *Non-word repetition by school age children who stutter*. Poster presented at the annual convention of the American Speech, Language, and Hearing Association. Miami, FL.
- Sereno A.B., Babin S.L., Hood A.J., Jeter C.B. (2009). Executive Functions: Eye Movements and Neuropsychiatric Disorders. W: L.R. Squire, red., *Encyclopedia of neuroscience* (s. 117–122). Academic Press, Oxford.
- Smits-Banstra S., De Ni, L.F. (2007). Sequence skill learning in persons who stutter: Implications for cortico-striato-thalamo-cortical dysfunction. *Journal of Fluency Disorders*, 32, 251–278.
- Sobin S., Kiley-Brabek K., Daniels S., Blundell M., Anyane-Yeboa K., Karayiorgou M. (2004). Networks of Attention in Children with the 22q11 Deletion Syndrome. *Developmental Neuropsychology*, 26, 611–626.
- Swaab-Barneveld H., de Sonnevile L., Cohen-Kettenis P., Gielen A., Buitelaar J., Van Engeland H. (2000). Visual sustained attention in a child psychiatric population. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 651–659.
- Vandewalle E., Boets B., Ghesquière P., Zink I. (2014). Fonologische ontwikkeling bij kinderen met ontwikkelingsdysfasie: een longitudinale studie [Rozwój fonologiczny u dzieci z dysfazią rozwojową: badanie podłużne]. *Signaal*, 86, 32–59.
- Vasic N., Wijnen F. (2005). Stuttering as a monitoring deficit. W: R.J. Hartsuiker, R. Bastiaanse, A. Postma, F. Wijnen, red., *Phonological encoding and monitoring in normal and pathological speech* (s. 226–247). Hove (East Sussex): Psychology Press.
- Verbruggen F., Logan G.D. (2009). Models of response inhibition in the stop-signal and the stop-change paradigms. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 33, 647–661.
- Verbruggen F., Logan G.D. (2008). Automatic and controlled response inhibition: Associative learning in the go/no-go and stop-signal paradigms. *Journal of Experimental Psychology: General*, 137, 649–672.
- Webster W.G. (1990). Evidence in bimanual finger-tapping of an attentional component to stuttering. *Behavioural Brain Research*, 37, 93–100.

## Streszczenie

Cel: Niniejszy rozdział zawiera podsumowanie wyników 4 osobnych, ale powiązanych badań nad funkcjami wykonawczymi przy jękananiu dziecięcym przeprowadzonych w naszym laboratorium.

Metoda: Zastosowano różne metody badawcze, począwszy od badania ekspresji słownej, tj. Test powtarzania pseudosłów (Gathercole, Willis, Baddeley i Emslie, 1994), aż po neuropsychologiczne badania wspomagane komputerowo, takie jak *Test funkcjonowania neuronalnych sieci uwagi* (Fan, McCandliss, Sommer, Raz i Posner, 2002), zadania odtwarzania konfliktowych reakcji motorycznych (GNG, go/no-go) i przełączania uwagi słuchowej zadań w ramach Amsterdamskich zadań neuropsychologicznych (De Sonneville, 2009). Wszystkie grupy uczestników to dzieci jękające się (DJ), w przedziale wiekowym od 3 do 11 lat oraz grupa kontrolna złożona z dzieci niejąkających się odpowiadających tym z pierwszej grupy pod względem płci i wieku.

Wyniki: Wykazano, że DJ jako grupa ma niższy poziom sprawności pamięci operacyjnej, alokacji zasobów uwagi, kontroli hamującej i elastyczności uwagi. Innymi słowy, grupa DJ uzyskała znacznie niższe wyniki we wszystkich mierzonych funkcjach wykonawczych.

Wnioski: Wyniki te potwierdzają hipotezę, że DJ i DNJ różnią się pod względem rozwoju funkcji wykonawczych. Wyniki wykazały związek z wcześniejszymi powiązаныmi badaniami i etiologicznymi podstawami powstawania jękania.

**Słowa kluczowe:** jękanie, dzieci, funkcje wykonawcze, uwaga, hamowanie, pamięć operacyjna

## Summary

Purpose: Current chapter provides an overview of some of our research findings on executive functioning in childhood stuttering.

Method: Different methodologies were used, ranging from a verbal performance paradigm, i.e., the Nonword Repetition Test (Gathercole, Willis, Baddeley & Emslie, 1994), to neuropsychological computer paradigms such as the Attention Network Test (Fan, McCandliss, Sommer, Raz, & Posner, 2002), the Go/NoGo task and Auditory Set-shifting task of the Amsterdam Neuropsychological Tasks (De Sonneville, 2009). Participants were children who stutter (CWS), ranging between 3;04 and 10;11 and a gender- and age-matched control group of children who do not stutter (CWNS).

Results: CWS, as a group, were shown to have a lower efficiency of the working memory, attentional orienting, inhibitory control, and attentional flexibility. In other words, CWS scored significantly lower on all of the executive functioning processes measured.

Conclusions: These findings provide support for the hypothesis that CWS and CWNS differ on executive functioning processes. The findings were linked to previous related studies and to etiological frameworks of stuttering development.

**Key words:** stuttering, children, executive functions, attention, inhibition, working memory



## **Eksperyment społeczny „Unspoken” – wykorzystanie sztuki teatralnej w celu zmiany postaw wobec jąkania**

„Unspoken”: A social experiment in changing theatre audiences’  
attitudes to stammering

### **Wprowadzenie**

Dorośli jękający się mają do dyspozycji liczne opcje, mające za zadanie pomóc im poradzić sobie z trudnościami. Należą do nich m.in. metody zachęcające do stosowania innych niż naturalne dla danej osoby lub zmodyfikowanych mechanizmów oddychania, wydobywania głosu lub artykulacji, znane wcześniej jako techniki „mówienia bardziej płynnego” (Gregory, 1979). Alternatywą w tej kontrowersyjnej dychotomii jest program „jąkania bardziej płynnego”, który umożliwia pacjentom jękanie się w sposób otwarty, ale odpowiednio zmodyfikowany, dzięki czemu można zmniejszyć wysiłek konieczny do wypowiedzania się. W ostatnim czasie podejście jękania bardziej płynnego rozszerza się na propagowanie własnych praw (Harris, 2013), terapię akceptacji i zaangażowania (Harris, 2009) oraz trening uważności (Cheasman, 2008; Boyle, 2011; Silverman, 2012).

Doświadczenie kliniczne w wykorzystaniu wyżej wymienionej grupy terapii pokazuje zdaniem autorki, że mogą one niekiedy wywoływać u pacjentów dysonans. Osoba, u której wykształciła się postać jękania zakamuflowanego czy ukrytego (niejawnego) charakteryzującego się unikaniem otwartego jękania się, może osiągnąć stan samoakceptacji i otwartości. Jakkolwiek, nawet jeśli zaakceptuje swoje jękanie i będzie się otwarcie jąkać w życiu codziennym, to u osób, z którymi rozmawia, mogą być obecne czynniki związane z definiowaniem niepełnosprawności, takie jak brak tolerancji i akceptacji. Badania wykazały, że istnieją pewne stereotypy oraz rodzaje dyskryminacji i napiętnowania kojarzone z jękaniami wśród ogółu społeczeństwa (St. Louis 2015, Blood i in., 2003) oraz w określonych grupach, takich jak nauczyciele (Dorsey i Guenther, 2000). W konsekwencji osoba nadal doświadcza negatywnych postaw i reakcji na swoją niepełność, które były pierwotnymi czynnikami powodującymi wykształcenie się tego bardziej ukrytego typu jękania. Aby takie podejście



terapeutyczne było skuteczne w dłuższej perspektywie, istnieje więc potrzeba, aby zarówno osoba jękająca się (OJS), jak i osoby wchodzące z nią w interakcje, wykazywały się odpowiednimi poziomami akceptacji i tolerancji niepełności.

Dla klinicystów pracujących z dorosłymi z jękaniami jasne jest, że nie wystarczy pracować nad strategiami zarządzania jękaniami wyłącznie w zaciszu kliniki. Skuteczni klinicyści będą działać holistycznie i ułatwiać zmiany postaw osób bliskich klientowi; jego/jej partnera/partnerki, rodziny, przyjaciół. Dotarcie do szerszej grupy, która ma znaczący kontakt z danym klientem, może być jednak trudne, jako że wiąże się to z dotarciem do jego rówieśników, kolegów z pracy i/lub grup społecznych związanych z aktywnością sportową czy innymi formami spędzania czasu wolnego. Osoby te mogą odgrywać znaczącą rolę w tworzeniu środowiska społecznego, w którym osoba dorosła jest w stanie się otworzyć i akceptować swoje jękanie. Klinicysta nie będzie w stanie wpłynąć na wszystkie te obszary życia danej osoby, ważne jest jednak, aby do tej kwestii się odnieść.

## **Jak można zmienić nastawienie społeczeństwa do jękania?**

Jeśli przyjmiemy, że konieczne jest wykonanie znaczącej pracy nad społecznym podejściem do jękania, jak można to zrobić? Donna Reeve (2004) w omówieniu społecznego modelu niepełnosprawności sugeruje dwa sposoby zmiany postaw społecznych (s. 20): po pierwsze, aby poszerzyć doświadczenie niepełnosprawności poprzez dostarczenie pozytywnych wzorców do naśladowania i rozwianie rozpowszechnionych w kulturze błędnych przekonań. Ostatnio efekt takiego działania był widoczny, gdy Ed Sheeran mówił w mediach społecznościowych o swoim jękaniu się w dzieciństwie. Po drugie, Reeve postuluje zmianę postaw poprzez zwiększenie widzialności osób z niepełnosprawnością funkcjonujących w społeczeństwie. W przypadku jękania może to oznaczać większą liczbę osób nie tylko opowiadających o jękaniu od czasu do czasu, ale stale obecnych w mediach, piszących codzienne blogi, zatrudnianych na wysokich stanowiskach, np. w samorządzie i rządzie oraz w innych rolach obejmujących znaczącą codzienną interakcję z ogółem społeczeństwa.

Niedawno przeprowadzono badania nad zastosowaniem strategii przeciwdziałania stygmatyzacji wykorzystywanych w dziedzinie chorób psychicznych (Corrigan i Kosyluk, 2013). Michael Boyle, Lauren Dioguardi i Julie Pate (2016) przetestowali te strategie na 212 dorosłych, stosując 3 następujące koncepcje, aby ocenić ich możliwy wpływ na postawy wobec jękania:

1. Protest: bezpośrednio stawia wyzwanie, potępia stereotypy i akty publicznej dyskryminacji.
2. Edukacja: ma na celu podniesienie poziomu wiedzy poprzez prezentowanie mitów o jękaniu i zestawianie ich z danymi z badań naukowych.
3. Kontakt: społeczeństwo ma możliwość poznania prawdziwych, prywatnych historii na temat osobistych zmagania i trudności poprzez bezpośredni kontakt z OJS.

Grupy badawcze zostały losowo przydzielone do obejrzenia jednego z trzech filmów, które odpowiadały każdej z trzech kategorii. Pokazywano również film kontrolny, który nie zawierał informacji o jąkananiu. Wyniki pokazały, że wszystkie trzy strategie były znacznie bardziej skuteczne w pogłębianiu rozumienia jąkania, przy jednoczesnej redukcji stereotypów, negatywnych reakcji emocjonalnych oraz intencji dyskryminacji, niż film kontrolny. Strategia kontaktu poprawiła ponadto postawy afirmacyjne tych, którzy się z nią zetknęli; wynik utrzymywał się po tygodniu.

Badanie to jest szczególnie interesujące, nie tylko ze względu na pozytywne wyniki dla znacznej liczby dorosłych, ale też na zastosowanie medium wizualnego do wdrożenia strategii przeciwdziałania stygmatyzacji. Używanie sztuk wizualnych do zmiany postrzegania w społeczeństwie nie jest nowym pomysłem. W rzeczy samej, strona internetowa Disability Arts [Sztuki Niepełnosprawności] zawiera listę grup od Advocare do firmy Zinc Arts, które mają na celu wspieranie zmieniającego się publicznego postrzegania rodzajów niepełnosprawności poprzez projekty artystyczne. Na tej stronie internetowej reprezentowanych jest wiele rodzajów niepełnosprawności, w tym grupy wykluczone społecznie, dorośli z trudnościami w uczeniu się, niedowidzący, głusi, osoby z PTSD (ang. *Posttraumatic Stress Disorder*) i wiele innych, choć nie ma wykazu dla grupy z niepełnością mowy.

Jąkanie się jest jednak od kilku lat reprezentowane na różne sposoby w filmie i telewizji. Filmy *Rybka zwana Wandą* i *Żywot Briana* wykorzystywały jąkanie do uzyskania efektu komicznego. W brytyjskich dramatach kryminalnych – *Cracker* i *Prime Suspect* – jękały się postacie agresywne i cierpiące na zaburzenia psychiczne. W tym kontekście wydawało się, że jąkanie jest używane do podkreślenia niestabilności i odmienności tych postaci. Niewykluczone, że bardzo dużo w pokazywaniu jąkania zmienił film *Jak zostać królem* (2011), w którym realistycznie przedstawiono zarówno widoczne, jak i ukryte trudności z jąkananiem, jakich doświadczała postać historyczna bardzo wysokiej rangi:

„Jak zostać królem” to niezwykle moment w historii jąkania i wytwarzania dotychczas cichych „głosów”, nowej wiedzy i nowych podmiotowości (Harris, 2013: 29).

Film miał znaczący wpływ zarówno na opinię publiczną („Guardian”, 2011), jak i na społeczność jękających się (Balls, 2011). Sukces filmu i jego wpływ na opinię publiczną sugerowały, że medium wizualne może znacząco wpłynąć na zmianę opinii ogółu społeczeństwa, zwłaszcza w połączeniu z technikami przeciwdziałania stygmatyzacji.

Zdecydowano się więc na eksperyment z dziełem teatralnym w celu zbadania, jaki może być wpływ produkcji teatralnej przedstawiającej jąkanie na postawy zarówno osób zaangażowanych w jej wystawienie, jak i publiczności.

## **Prace nad autentyczną sztuką pokazującą jąkanie – powstawanie tekstu**

Mieszkający w Yorkshire pisarz Neil Rathmell (NR) napisał sztukę zatytułowaną „Unspoken” we współpracy z dr Trudy Stewart (TS), doświadczoną logopedką oraz autorką licznych publikacji o jąkaniu. Celem procesu było stworzenie autentycznego dramatu, który odzwierciedlałby doświadczenia zwykłego jękającego się dorosłego. Na etapie przed rozpoczęciem pisania, mając na uwadze strategię kontaktu, TS umówiła się z NR, by ten towarzyszył jej podczas spotkania grupy samopomocy w Leeds i wysłuchał narracji o jąkaniu bezpośrednio od wielu dorosłych. Podczas spotkania członkowie grupy zarysowali różne sytuacje, w których doświadczali znacznego poziomu lęku, np. odbieranie telefonu czy usłyszenie dźwięku dzwonka szkolnego. Rozmawiali także o wspomnieniach z dzieciństwa, kiedy dręczono ich i dokuczano im w szkole, jak również o trudnych relacjach z niektórymi autorytetami.

### **Tematyka**

Na podstawie swojego doświadczenia klinicznego oraz znajomości badań nad jąkaniem TS opracowała następujące tematy do poruszenia w sztuce:

- I. Odmienność: myśli, percepcje i uczucia odróżniające OJS od innych, zarówno bliższych, jak i ogółu społeczeństwa. Te wewnętrzne doświadczenia mogą prowadzić do odpowiedzi, w której jednostka uważa się za odmienną i dlatego dystansuje się od innych, w rezultacie czując się odizolowana i samotna. Mogą również istnieć zewnętrznie generowane doświadczenia przynoszące ten sam efekt, na przykład wykluczenie z aktywności (np. z prezentacji klasowej) lub z grupy społecznej z powodu braku płynnej mowy.
- II. Podatność na zranienie: wielu płynnie mówiących dorosłych jest świadomych swoich wrażliwych punktów, ale jest w stanie skutecznie ukryć je przed otoczeniem. Osoba z wyraźnym i silnie utrudniającym wypowiedzenie się jąkaniem może nie mieć takiej możliwości. Jej czuły punkt staje się widoczny za każdym razem, gdy chce coś powiedzieć. W sztuce zasygnalizowano tę kwestię, pokazując rosnący lęk Alexa (głównego bohatera, który się jąka) towarzyszący mu w kluczowych momentach, jak również niemal przez stałą, czającą się obecność postaci nazwanej Zapaśnikiem (fizycznej reprezentacji jąkania).
- III. Wybór a konkretnie, życie, w którym wybory są ograniczone. Ten temat jest zgłaszany przez wiele OJS i został przedstawiony w najwcześniejszych wspomnieniach Alexa. Początkowo, Alex zaczyna rozumieć to jako dziecko i musi nauczyć się zarządzać emocjami wynikającymi z ograniczania jego możliwości przez bardziej wpływowych dorosłych, które jest widoczne na przykład w przydzieleniu komuś innemu głównej roli w szkolnych jasełkach. Na dalszych etapach Alex działa w taki sposób, że ogranicza swe życiowe wybory, zarówno na pozornie

nieistotne, jak i bardzo istotne sposoby, np. wybierając tylko dziewczyny, których imię jest w stanie bez przeszkód wymówić.

- IV. Kompromis: związany z poprzednim tematem (wybór); Alex uczy się, że nie przyjmując lub nie walcząc o wszystkie szanse, jakie się przed nim otwierają, musi zadowolić się stylem życia, w którym nie będzie w stanie zrealizować swojego potencjału. Jest to cecha również zgłaszana przez wielu dorosłych jąkających się, którzy czują, że mogli być szczęśliwsi i osiągnąć dużo więcej, gdyby jąkanie im w tym nie przeszkodziło.
- V. Brzemie pamięci. W terapii poznawczo-behawioralnej (Beck, 1995) uznaje się, że negatywne myśli mogą wywoływać szereg niekorzystnych reakcji emocjonalnych i behawioralnych. Istnieją również dowody kliniczne sugerujące, że wspomnienia mogą działać podobnie. „Brzemie pamięci” było postrzegane jako sposób teatralnego oddania tego, jak jednostka może zdecydować, by trzymać się pewnych wspomnień, które potem okazują się niekorzystne w radzeniu sobie z obecnymi sytuacjami.

## Postacie

- I. Alex: Główny bohater był pomyślany jako jednostka bez istotnych schorzeń fizycznych czy psychicznych. Pochodzi ze stosunkowo typowej rodziny i ma dobre wsparcie wśród rówieśników. Ważne było, aby przedstawić go jako kogoś zwyczajnego, z kim widzowie mogliby współodczuwać. Inne postacie zostały użyte do odzwierciedlenia kluczowych relacji w życiu Alexa i różnych reakcji na jego jąkanie.
- II. Rodzice i członkowie rodziny: różne reakcje rodziców na jąkanie miały być pokazane przez dwoje rodziców, jedno bardziej współczujące i empatyczne, a drugie niosące poczucie winy i pewien stopień nietolerancji. Babcia miała być przedstawiona jako członek rodziny, który spędził najwięcej czasu z Alexem, zidentyfikował jego trudności w latach przedszkolnych i uświadomił matce konieczność poszukiwania wczesnej interwencji.
- III. Znaczenie grupy rówieśniczej zostało wykorzystane do zilustrowania akceptacji jąkania i kilku relacji, w których Alex mógł odkrywać bardziej otwarte podejście do swojej mowy i swoiste wsparcie.
- IV. Dziewczyna: bliską relację z długoterminowym potencjałem pokazywała dziewczyna Alexa, Helen. Dylemat otwartości i akceptacji był kluczowy dla relacji Alexa z Helen. Kluczową kwestią w sztuce były jego zmagania z decyzją, czy powiedzieć jej o swoim jąkaniu w kontekście propozycji małżeństwa. Spektakl przedstawiał jego dwa przewidywania dotyczące otwartej rozmowy z Helen o jąkaniu: uzyskanie jej akceptacji i wsparcia albo brak zrozumienia z jej strony i ostateczne odrzucenie.
- V. Zapaśnik: ustalono, że jąkanie powinno mieć fizyczną reprezentację. Zyskała ona na znaczeniu po pozyskaniu opinii społeczności jąkających się. Postać zapaśnika

(ang. *Wrestler*) reprezentowała zmagania Alexa próbującego pogodzić się ze swoim jękaniem. Zapaśnik kontrolował mowę Alexa, ale także podważał i kwestionował jego zdolność do radzenia sobie w kluczowych momentach. Czasami jednak postać pokazywała bardziej wrażliwą stronę; wykazywała empatię i oferowała Alexowi wsparcie. Te pomysły również zostały zgłoszone przez społeczność jękających się.

## Kontekst

Podczas gdy cała sztuka rozgrywa się w ramach jednej czynności – Alex przygotowuje się do wyjścia – reprezentowanych jest też wiele innych sytuacji i wydarzeń, jako że pamięć Alexa podsuwa mu urywki rozmów i/lub istotnych wydarzeń z przeszłości. Bodźce przywołujące wspomnienia pochodzą od samego Alexa, np. akt przygotowania do wyjścia z domu przywołuje wspomnienie niepokoju, jaki towarzyszył mu niegdyś podczas przygotowań do wyjścia do szkoły. Często same wspomnienia przywołują inne wspomnienia, a efekt jest niczym spirala, w której wspomnienia nakładają się na siebie, zdając się wymykać spod kontroli. Wszystkie zdarzenia zostały zaczerpnięte z narracji osób korzystających z terapii logopedycznej oraz są opisane w literaturze. Tak więc jest to np. konieczność wypowiedzenia swojego imienia, rozmowa przez telefon, zamawianie posiłku w restauracji, rozmowa z urzędnikiem w banku lub z kierowcą autobusu.

## Zaangażowanie społeczności jękających się

Wczesne szkice sztuki zostały przeczytane przez grupę samopomocy z Leeds oraz uczestników konferencji British Stammering Association (BSA) w 2016 roku. Obydwie grupy zgłosiły wiele istotnych sugestii, które zostały uwzględnione w kolejnych wersjach sztuki.

## Próby i trening jękania

Członkowie Leeds Arts Centre przeszli przez etap przesłuchań, by zostać obsadzonymi w poszczególnych rolach w „Unspoken”.

W pierwszej próbie obsady uczestniczyli członkowie społeczności jękających się z regionu Yorkshire, w tym OJS z grup samopomocy Doncaster, Hull i Leeds. Forma tej próby różniła się od wszystkich kolejnych prób i miała na celu wprowadzenie dla obsady i zaangażowanie jej w tematykę jękania i związanych z nim zagadnień.

Podczas pierwszej próby wybrano ponadto „trenera jękania” dla głównego bohatera, Alexa. Został nim JH, którego wyraźne i otwarte jękanie charakteryzowało się cichymi blokami i powtórzeniami dźwięków (zwykle 3–4-krotnymi) z towarzysze-

niem silnego szarpnięcia szczęki. Zgłosił wcześniejsze znaczące zachowania unikowe, problemy psychiczne (w tym incydenty samookaleczeń), ale zaznaczył także ostatnio osiągniętą otwartość jako bardziej użyteczną strategię radzenia sobie z jękaniem. Pomiedzy JH, OS i TS (reżyser) toczyły się dyskusje w sprawie cech typowych dla jękania. Za wzorzec jękania dla postaci Alexa posłużyło własne jękanie JH, wzbogacone jednak o sugestie reżysera, by przedstawić również następujące cechy:

- specyficzne cechy jawne, tj. powtarzanie, ciche bloki, zakłócenia oddechu;
- doświadczanie napięcia, przed jękaniem, w trakcie i po nim;
- różne poziomy nasilenia jękania w różnych wspomnieniach;
- objawy lęku.

## Występy

Spektakl został po raz pierwszy wystawiony w 2017 roku w Leeds w Wielkiej Brytanii, w studyjnym teatrze Carriageworks w centrum miasta. W sumie odbyło się 5 występów publicznych, a po każdym z nich miała miejsce dyskusja.

## Wypowiedzi odbiorców

### Dyskusja po przedstawieniu

Pytania i komentarze padające podczas każdej dyskusji po przedstawieniu zostały udokumentowane, a następnie przeanalizowane w celu zidentyfikowania takich, które się powtarzały.

Najczęstszymi komentarzami podczas dyskusji po przedstawieniu były: *wstrząsająca, bardzo mocne i niekomfortowe*. Odnotowano również pozytywne komentarze na temat wiarygodności przedstawienia; jedna z OJS powiedziała: *To najlepsza reprezentacja jękania, jaką kiedykolwiek widziałam*.

W dyskusjach po przedstawieniu widzowie najczęściej pytali o trzy następujące zagadnienia:

- A. Fizyczność jękania. Widzowie chcieli dowiedzieć się, jak aktor (OS) grający główną postać nauczył się jękać. Byli zainteresowani tym, jak był szkolony przez JH i przez osoby jękające się, i jakie procesy zachodziły w tym czasie. Padały pytania na temat tego, jak to było jękać się, oraz wpływu, jaki nauka jękania miała na OS; w tym konkretne pytania dotyczące wszelkich reakcji fizycznych, takich jak napięcie mięśni, zmęczenie i wpływ okresu prób i przedstawień na jego własną komunikację. Była też grupa pytań odnoszących się do uczuć OS, kiedy po raz pierwszy musiał jękać się przed pozostałymi członkami ekipy, np. czy czuł się zażenowany stopniem jękania, który przedstawiał.

- B. Czego się nauczyłeś? Publiczność chciała zrozumieć doświadczenie obsady i ich podróży. W związku z tym pojawiły się pytania o to, co obsada wiedziała o jękananiu, zanim zaangażowała się w sztukę; czy znali kogoś, kto się jąkał, czy spotkali kogoś, kto się jąkał. Następnie pojawiły się pytania dotyczące tego, czego nauczyli się podczas procesu twórczego i jakie przesłanie chcieli przekazać. W tym kontekście JH (trener jękania) został zapytany, jak chciałby, by ludzie radzili sobie z jękananiem.
  - C. Powstawanie sztuki. Zadawano pytania na temat powstania spektaklu. Widzowie chcieli się dowiedzieć, skąd wziął się pomysł na sztukę, i poznać historię powstawania tekstu.
- II. Trzy dalsze obszary występowały w większości, lecz nie każdej dyskusji po przedstawieniu. Były to:
- A. Zapaśnik jako reprezentacja jękania, a więc: Skąd wziął się pomysł na Zapaśnika i jak ta rola się rozwijała? Pojawiły się także komentarze na temat tej roli, przy czym niektórzy widzowie byli świadomi głębi postaci. Nie był po prostu zły, działy się z nim też inne rzeczy. Pewna osoba chciała wiedzieć, dlaczego Alex jąkał się, gdy Zapaśnik nie trzymał na nim swoich rąk.
  - B. Rodzina i jękanie. Było to postrzegane jako ważny problem w historii Alexa. Spotkanie z Mamą i Babcią zostało uznane za bardzo ważne przez wielu uczestników. Co ciekawe, pewna osoba zapytała: *Czy sztuka by powstała, gdyby matka lub ojciec powiedzieli, że (Alex) mówi ładnie?*
  - C. Jękanie i śpiewanie. Z komentarzy publiczności jasno wynikało, że społeczeństwo nadal jest zaintrygowane i zafascynowane różnicą w poziomach płynności mowy i śpiewu OJS. Często padało pytanie: *Dlaczego osoby jękające się nie jękają się kiedy śpiewają?*
- III. Następujące pytania padły podczas 2 z 5 dyskusji po przedstawieniu:
- A. Brzemień pamięci: niektórzy czuli, że koncept ten pasował do innych sytuacji i innych osób w ich osobistym doświadczeniu.
  - B. Przyszłość przedstawienia. Publiczność była ciekawa przyszłych pokazów spektaklu.
  - C. Proponowano występy w szkołach oraz w ramach kształcenia nauczycieli, jak również ambitniejsze pomysły, takie jak festiwal Edinburgh Fringe.
  - D. Związek Alexa z Helen. Istotne było, że pytanie dotyczące tego związku było najczęściej zadawane przez młodszych odbiorców, tj. młodych nastolatków. W szczególności chcieli oni wiedzieć: Jak to się skończyło? Być może życzyli sobie rozwiązania mroczniejszych aspektów sztuki i woleli usłyszeć o bardziej pozytywnym zakończeniu sprawy bądź „happy endzie”.

## Pisemne uwagi od losowej próby publiczności

W sumie 14 widzów odpowiedziało na otwartą prośbę o przesłanie swoich pisemnych refleksji na temat występu, który obejrżeli. Szczegóły dotyczące składu grupy (tj. np. płeć i wiek) oraz wcześniejszej wiedzy lub powiązań z jąkaniem znajdują się w poniższej tabeli.

**Tabela 1.** Dane widzów biorących udział w badaniu sondażowym po jednym z 5 przedstawień „Unspoken” (n=14)

| Płeć i liczba uczestników | Wiek 25-40 | Wiek 40-60 | Wiek 60+ | Związki z jąkaniem / wiedza o jąkaniu |
|---------------------------|------------|------------|----------|---------------------------------------|
| Mężczyźni n=6             | 1          | 3          | 2        | 1 OJS                                 |
| Kobiety n=8               | 1          | 5          | 2        | 5 logopedów                           |

Refleksje poddano jakościowej analizie tematycznej. Zidentyfikowano następujące tematy:

### I. Aspekty wykonawcze. Refleksje zostały podzielone na następujące obszary:

#### 1. Uwagi ogólne

*„Unspoken” był dobrą rzeczą.*

*Patrząc wstecz na ostatni sobotni wieczór, najbardziej zachwyciło mnie to, że omawialiśmy „Unspoken” przez całą drogę do domu i jeszcze trochę kolejnego dnia. To oznaka świetnej sztuki i wspianego wieczoru w mieście.*

#### 2. Gra aktorska

*Wszystkie te drobne role zostały tak przekonująco odegrane przez tak niewielu aktorów – niesamowite.*

*Alex i jego alter ego ujęli mnie swoimi umiejętnościami aktorskimi, zwłaszcza jąkaniem.*

#### 3. Przygotowanie aktorów do odgrywania ról

*Niesamowicie poruszające było zobaczenie i usłyszenie Jordana (trenera jąkania) na koniec sztuki. Jeszcze bardziej wzmocniło to i tak mocny występ Olivera (odtwórcy roli Alexa).*

*Przedstawienie jąkania było tak dobre, że nie czułem różnicy między Alexem (głównym bohaterem, który się jąkał) i Jordanem (trenerem jąkania).*

#### 4. Produkcja (inscenizacja, scena otwierająca i użycie dymu, oświetlenia, dźwięku)

*Podobał mi się sposób, w jaki Alex przez prawie całą sztukę stał twarzą do publiczności, jakby patrzył w lustro przygotowując się do wyjścia. Bardzo dobrze pomyślane!*

*Użyto minimalnego i prostego oświetlenia, które pozwala skupić się na wykonawcach. Tym niemniej, o ile główny bohater był w oczywisty sposób podkreślony oświetleniem punktowym, czuję, że czasami inni aktorzy nieco się gubili, gdy odgrywali swoje role trochę poza tym głównym światłem.*



II. Tekst sztuki – komentarze zostały podzielone na:

A. Fabuła / narracja

Odnotowano liczne pozytywne komentarze na temat tekstu.

*Mocny tekst. Pięknie przedstawiono przeplatające się głosy/wspomnienia i podróże tam i z powrotem między teraźniejszością a przeszłością.*

*Fabuła sztuki była bardzo autentyczna i wiarygodna.*

B. Przedstawienie jąkania

Niektóre komentarze publiczności odnosiły się do reprezentacji jąkania i wyrażały zadowolenie z uczynienia go tematem spektaklu.

*Myślę, że przedstawienie w bardzo inteligentny, przejrzysty i pouczający sposób odnosi się do problemu, który jest również rzadko poruszany co rozumiany. Sądzę, że przedstawienie, dobrze napisane i wyprodukowane, dało widzom wgląd w trudności i wyzwania, jakie OJS może napotkać na różnych etapach swojego życia.*

*Nie znam innych sztuk odkrywających wpływ jąkania na psychikę. Tak więc często jedyny kontekst, w jakim mówi się o jąkaniu to płynność mowy. Wasza sztuka naprawdę skupia się na akceptacji jąkania, zarówno z punktu widzenia kogoś, kto się jąka, jak i z punktu widzenia innych osób. Ta sztuka musiała powstać, a wy świetnie się spisaliście.*

C. Wykorzystanie humoru

*Myślę że humor wykorzystano z wyczuciem, aby dostarczył rozrywki, ale w żaden sposób nie podważał powagi istotnego w przedstawieniu przekazu.*

III. Emocje doświadczane przez widzów.

Wielu widzów mówiło, jak trudna w odbiorze była ta sztuka i jak emocje te wiązały się z innymi doświadczeniami w ich życiu:

1. Trudne emocje

*Było to doświadczenie niekomfortowe i wyczerpujące na poziomie fizycznym, emocjonalnym i psychicznym. Nie było przerwy; zamiast rozproszenia napięcia, była narastająca ponad półtorej godziny intensywność, sprawiająca, że ścisnął mi się żołądek.*

2. Uogólnienia do innych sytuacji:

*Burzliwe emocje charakteryzujące Alexa przypominają mi też, by nie popaść w samozadowolenie w mojej roli zawodowej; uczucia i negatywne myśli ludzi, z którymi pracuję na co dzień i ich rodzin, są przez nich realnie i głęboko przeżywane. Ważne jest, aby zobaczyć każdą nową osobę jako wyjątkową i rozpocząć każdą nową relację terapeutyczną na świeżo, tak jakbyś doświadczał tego co słyszysz, obserwujesz i odczuwasz, po raz pierwszy.*

*Przedstawienie kazało nam się zastanowić nad kwestiami związanymi z mową i tym, jak wpływa ona na ludzkie życie i pewność siebie. Myśleliśmy o ludziach, których poznaliśmy osobiście w naszym życiu, którzy mieli problemy z mową i sprawiło to, że zastanowiliśmy się, jaki wpływ te problemy miały na ich życie.*

#### IV. Zrozumienie jąkania

Analiza wykazała, iż publiczność uznała tę sztukę za rzetelną i wiarygodną reprezentację jąkania. Pojawiły się konkretne komentarze na temat zapaśnika jako personifikacji jąkania:

##### A. Autentyczność

Zgłoszono kilka komentarzy potwierdzających przedstawienie jąkania w sztuce. Były wśród nich komentarze ze społeczności jåkających się.

*Fakt, że jåkkanie Alexa było oparte na jåkkanium prawdziwej osoby (Jordana, trenera) dodał sztuce duzo wiarygodności.*

*Wspaniale było zobaczyć wiedzę i doświadczenie, jakie mam w związku z jåkkanium, ożywione w ten sposób. Pierwszy raz widzę coś i myślę, że w ten sposób szeroka publiczność w końcu rzeczywiście zrozumie nasze zmagania.*

##### B. Zapaśnik

Dla niektórych widzów postać zapaśnika początkowo była myląca, ale dla innych była potężną personifikacją jåkkanium się.

*Trochę mi zajęło zrozumienie, że aktor dławiący Alexa był uosobieniem jego jåkkanium, ale to właśnie te sceny miały w moim odczuciu największą moc.*

*Szczególnie podobało mi się użycie zapaśnika jako personifikacji jåkkanium Alexa. Wewnętrzny monolog towarzyszący każdej decyzji Alexa w zdecydowany sposób wskazuje na głęboki i dalekosiężny wpływ jåkkanium, którego wielu ludzi nie jest świadomych.*

*To właśnie ta postać (zapaśnik) jest najbardziej uderzająca i pokazująca, w jaki jåkkanie definiuje jåkającego się. On nie jest Alexem, jest jåkkatą Alexem.*

*Prawdziwy Alex chce się wyrwać i przemówić, ale jest uwięziony przez swoje jåkkanie, zapaśnika. Czasem zapaśnik potrafi być ironicznie pocieszający, ale kiedy Alex próbuje wyrwać się z jego uścisku, ten atakuje go i żąda swego.*

##### C. Dowody na wzrost zrozumienia jåkkanium

Ciekawie było zaobserwować, że niektóre komentarze publiczności odzwierciedlały lepsze zrozumienie doświadczenia jåkkanium i własnych na nie reakcji.

*Najpierw zachwycały mnie jego (Alexa) strategie radzenia sobie, ale był to stan krótkotrwały, kończący się gdy szkolni przyjaciele, nauczyciele, konduktorzy w autobusach i inne postacie domagały się słów, które nie chciały być wypowiedziane. Czuję cichą wściekłość na ich założenie, że ten chłopak to albo jakiś buntownik albo półgłówek. Wystawiony na łaskę takiego postrzegania, biedny Alex wiódł życie podyktowane niecierpliwością i egoizmem innych.*

*To inteligentna sztuka, która nie szczędzi nikomu ciosów pokazując osobisty ból i poczucie izolacji towarzyszące jåkkanium. Ich wpływ na człowieka zostaje obnażony i nie jest to ładny obrazek.*

*Z pewnością zwiększyło to moją świadomość w zakresie jåkkanium i skłoniło mnie do zastanowienia się nad tym, jak mało uwagi poświęcamy społeczności jåkających się.*

*To (przedstawienie) zmusiło widza do zatrzymania się i przemyślenia tego, co widzi i dlaczego w ogóle jest to pokazywane, a w konsekwencji do zakwestionowania swoich zwyczajowych reakcji.*

## V. Zmiana postaw

Niektóre komentarze publiczności mogą być postrzegane jako dowód zmian w podejściu do jąkania; większego zrozumienia jego wpływu na psychikę, przeżywania doświadczenia jąkania oraz tego, jak reagować nie tylko na jąkanie, ale też na inne niepełnosprawności.

### 1. Negatywny obraz sytuacji OJS

*Moją pierwszą reakcją po spektaklu było to, że był chyba dość pesymistyczny i martwiłem się, że widzowie mogą wychodzić z teatru przekonani że z perspektywy kogoś jękającego się rzeczywistość jest dość ponura. Jednak sesja pytań i odpowiedzi podniosła mnie na duchu.*

### 2. Wpływ na psychikę

*Ludzie na ogół nie zdają sobie sprawy z wpływu jąkania na psychikę, a wazsa sztuka naprawdę wysunęła go na pierwszy plan, przez co miejscami była naprawdę wstrząsająca.*

### 3. Wpływ jąkania na życie codzienne

*Niektórzy członkowie społeczności jękających się będą mogli identyfikować się z tym, jak bohater potrafi poświęcić ważne osobiste wartości i cele próbując kontrolować lub ukrywać swoje jąkanie.*

### 4. Brak efektu

*Czuję, że rozumiem rodzaj obrazowania wykorzystany do opowiedzenia o tych problemach, ale naprawdę zastanawiam się, czy widzowie, którzy nie doświadczyli jąkania będą w stanie w pełni je zrozumieć.*

*Mam nadzieję, że sztuka wywołała afektywną empatię wśród publiczności. Obawiam się jednak, że za empatią nie pójdą działania. Możemy sprawić, że odbiorcy coś poczną, ale mam nadzieję, że poczną również wyzwanie, zmuszające do cofnięcia się o krok... do zdobycia szerszej wiedzy o jękaniu i... Zmienią swoje nieprzydatne reakcje w stosunku do osób jękających się.*

### 5. Jak reagować na jąkanie

*Pierwszy przejaw odwetu i determinacji Alexa nastroił mnie optymistycznie, ale było mi też wstyd za siebie i za innych, którzy bezmyślnie mogą traktować jękających się tak źle, w rzeczywistości to my jesteśmy imbecylami.*

### 6. Uogólnienia na inne obszary/niepełnosprawności

*Wybrzmiało tutaj ważne przesłanie, a mianowicie, że niektóre niepełnosprawności są niezauważane i nierozpoznawane przez wielu, ale istnieją i muszą być szeroko pokazywane.*

*Sprawiliście, że pomyślałem i przypomniałem sobie nietolerancję i pośpiech wielu osób, jaką obserwowałem pracując z dziećmi z poważnymi trudnościami w nauce.*

## Podsumowanie

Sztukę „Unspoken” można postrzegać jako obejmującą proces pisania/opracowywania, fazę występów oraz wskaźniki rezultatów. W odniesieniu do tych różnorodnych etapów należy omówić parę punktów.

### Pisanie i udoskonalanie sztuki

Jąkanie to niezwykle temat na sztukę teatralną, rzadko przedstawiany w takiej formie. Sytuację tę można postrzegać jako kolejny dowód na to, jak współczesne społeczeństwo dalekie jest od zrozumienia i zaakceptowania tego zaburzenia mowy, wybierając raczej ukrywanie go przed wzrokiem i krytyczną analizą. „Unspoken” pokazało, że ukazanie jąkania w sztuce może pełnić funkcję edukacyjną i informacyjną oraz stanowić wyzwanie dla publiczności, która musi rozważyć swoją reakcję na przedstawienie.

Przed rozpoczęciem pisania, dramaturg (NR) edukował się, czerpiąc tematy do tekstu z praktyki klinicznej swojej współpracownicy (TS). Jakkolwiek, opracowanie tekstu bezpośrednio odzwierciedlającego żywą narrację możliwe było tylko poprzez dialog, jaki miał miejsce między dramaturgiem, jego współpracowniczką i społecznością jąkających się; miejscową grupą samopomocy i członkami British Stammering Association [Brytyjskiego Towarzystwa Jąkania]. Pomysły i zmiany przez nich zasugerowane i wplecione w tekst były często uwzględniane w dyskusjach po przedstawieniu oraz w opiniach publiczności, co odzwierciedla, jak ważny był to wkład.

### Efekty

Efekty opracowania i inscenizacji „Unspoken” opisane w tym artykule zawężone są do paru ustaleń związanych z ograniczoną liczbą odpowiedzi publiczności po występach aktorów Leeds Arts Center w teatrze Carriageworks w Leeds. Trudno w oparciu o te ustalenia wyprowadzać ogólne stwierdzenia dotyczące efektów spektaklu, ale można zaznaczyć niektóre interesujące kwestie.

Sztuka spotkała się z ogólnie pozytywnym odbiorem, jeśli chodzi o jej tematykę, tekst, inscenizację i wykonanie. Reakcje emocjonalne widzów były bardziej złożone, od „wstrząsające” do „bardzo wiarygodne”. Autentyczność spektaklu oznaczała, że dla niektórych OJS był on szczególnie trudny w odbiorze, gdyż przywoływał trudne wspomnienia.

W tej niewielkiej próbie odbiorców dostrzeżono dowody na wzrost zrozumienia jąkania, zarówno jego istoty, jak i codziennego wpływu, jaki wywiera ono na jednostkę. Widzowie zgłaszali też inne zmiany postaw, w tym lepsze rozeznanie, jak re-

agować, gdy osoba jąka się podczas rozmowy z nimi, większą tolerancję dla jąkania oraz świadomość w zakresie jąkania i innych niepełnosprawności.

Pośród otrzymanych odpowiedzi znajdowała się niewielka liczba wyrażających pogląd, że sztuka przedstawiała raczej pesymistyczny obraz, a niektórzy obawiali się, że jakkolwiek wyzwoliła empatię, nie pójdą za tą empatią działania.

Z perspektywy czasu byłoby interesujące przeprowadzenie po występie wywiadu z dramaturgiem (NR), aby sprawdzić, czy w wyniku procesów mających na celu kontakt i zapobieganie stygmatyzacji, w których brał udział, doszło do zmiany w jego rozumieniu i postawach.

Przeprowadzono wywiady z osobą współpracującą z dramaturgiem i reżyserującą sztukę (TS). Dane te są przedmiotem dalszych badań (Stewart i in. 2017; Linklater i in. 2018).

Planuje się dalsze działania przy użyciu sztuki „Unspoken”, w tym więcej przedstawień w wykonaniu Leeds Arts Centre. Inne osoby w Europie wyraziły ponadto zainteresowanie wyprodukowaniem własnej wersji sztuki. Jest też nadzieja na wyprodukowanie cyfrowej wersji występu Leeds Arts Centre, który byłby wówczas dostępny dla szerszej publiczności.

## Wnioski

Choć projekt ten nigdy nie miał być formalnym projektem badawczym, jako eksperyment społeczny zrodził pewne interesujące pytania. Szczególne znaczenie na polu niepełności, ze względu na przeważająco negatywne postawy społeczeństwa wobec jąkania, są pytania dotyczące roli, jaką teatr może odgrywać w zmianie rozumienia i postaw wobec jąkania w szczególności, zaś bardziej ogólnie – wszelkich niepełnosprawności. Interesujące byłoby zastanowienie się nad długofalowym wpływem tego rodzaju wydarzenia, jak sztuka teatralna, na postawy, do czego niezbędne byłyby dalsze, bardziej ustrukturyzowane badania.

## Bibliografia

- Balls E. (2011). The King's Speech must win for proving a stammer is nothing to be ashamed of. *Daily Mail*, 28 February.
- Beck J.S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and beyond*. London: Guilford Press.
- Boyle M.P. (2011). Mindfulness training in stuttering therapy. *Journal of Fluency Disorders*, 36(2), 122–129.
- Boyle M.P., Dioguardi L., Pate, J.E. (2016). A comparison of three strategies for reducing the public stigma associated with stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 50, 44–58.
- Blood G.W., Blood I.M., Tellis G.M., Gabel R.M. (2003). A preliminary study of self-esteem, stigma and disclosure in adolescents who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 28, 143–159.

- Cheasman C. (2008). Mindfulness and speech and language therapy. *Royal College of Speech Language Therapists Bulletin*, January.
- Corrigan P.W., Kosyluk K.A. (2013). Erasing the stigma: Where science meets advocacy. *Basic and Applied Social Psychology*, 35, 131–140.
- Dorsey M., Guenther R.K. (2000). Attitudes of professors and students towards college students who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 25, 77–83.
- Gregory H.H. (1979). *Controversies about Stuttering Therapy*. Baltimore, MD: University Park Press.
- Guardian 2011 (January 17). The King’s Speech means stammerers understood, 17 January.
- Harris R. (2009). *ACT Made Simple*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Harris S.J. (2013). Self-advocacy for people who stammer. W: C. Cheasman, R. Everard, S. Simpson, red., *Stammering Therapy from the Inside*, s. 13–36. Guilford, UK: J&R Publishing Co.
- Linklater J., Stewart T., Railton P. (2018). *Acting in Unspoken: changing actors’ attitudes to stammering*. Poster at 10th ECSF Symposium, Antwerp February.
- Rathmell N., Stewart T. (2017). *Unspoken*. Southernwood Press, London.
- Reeve D. (2004). Psycho-emotional dimensions of disability and the social model. W: C. Barnes, G. Mercer, red., *Implementing the Social Model of Disability: Theory and research*. The Disability Archive UK website [www.leeds.ac.uk/disability-studies/archivueuk](http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archivueuk).
- Silverman E-M. (2012). *Mindfulness and Stuttering*. North Charleston, SC: Create Space.
- St. Louis K.O., red. (2015). *Stuttering meets stereotype, stigma, and discrimination: An overview of attitude research*. Morgantown, WV: West Virginia University Press.
- Stewart T., Linklater J., Railton P. (2017). *Beyond understanding: The use of theatre to change public attitudes to stammering*. ISAD Online conference.

## Streszczenie

Artykuł ten stanowi raport z tworzenia i wystawienia sztuki opowiadającej o zwykłym człowieku, który się jąka. Publikacja ma znaczenie w kontekście edukowania i zmiany nastawienia społeczeństwa do jąkania się za pomocą medium, jakim jest teatr. Sztuka została napisana we współpracy z doświadczonym logopedą oraz brytyjską społecznością jękających się. Po raz pierwszy została zaprezentowana w 2017 roku w Leeds (Anglia) i wtedy to zebrano dane dotyczące szeregu parametrów z niewielkiej losowej próby osób biorących udział w premierze. Artykuł zawiera także szczegóły dotyczące dyskusji, która odbyła się po premierze sztuki, jak również pisemne wypowiedzi zebrane wśród publiczności. Odkrycia rzucają światło na rolę, jaką teatr może odegrać w zmienianiu pojmowania jąkania i postaw wobec niego w szczególności, a także do niepełnosprawności w ogóle.

**Słowa kluczowe:** jąkanie, teatr, sztuka, postawy, zmiana, społeczeństwo

## Summary

This article is a report on the writing and staging of a play about an ordinary man who stammers. Its importance is in the context of educating and changing public attitudes to stammering using the medium of theatre. The play was written in collaboration with an experienced speech and language therapist and with input from the stammering community in the UK. It was first

132 Część 1. Logopedia oparta na dowodach – doniesienia z badań

performed in 2017 in Leeds, England and data on a number of parameters were collected from a small random sample of those who attended. Details of the post show discussion and written responses from the audience are reported. The findings shed light on a possible role theatre can play in changing understanding and attitudes towards stammering in particular and disabilities more generally.

**Key words:** stammering/stuttering, theatre, play, attitudes, change, society

## Wczesna interwencja w jąkanii na świecie w świetle wyników międzynarodowego sondażu diagnostycznego<sup>1</sup>

Early intervention for stuttering children around the world. Results of an international survey

### Wprowadzenie

Jąkanie jest kompleksowym zaburzeniem komunikacji językowej, które zwykle zaczyna się w okresie wczesnego dzieciństwa (Yairi, Seery, 2011). Najczęstsze przypadki wystąpienia pierwszych objawów jąkania mają miejsce u dzieci pomiędzy 2. a 5. rokiem życia, większość (75–90%) zaczyna się jąkać przed 6. rokiem życia. Przyjmuje się, że częstotliwość występowania jąkania w populacji (ang. *prevalence*) wynosi około 1%, jednakże odsetek osób, które kiedykolwiek w swoim życiu doświadczyły jąkania (ang. *incidence*), jest wyższy i wynosi około 4–5% (Bloodstein, Bernstein Ratner, 2008). Ta różnica pomiędzy zaistnieniem jąkania w jakimś momencie życia człowieka (zazwyczaj w okresie wczesnego dzieciństwa) a utrzymaniem się jego objawów do dorosłości wiąże się ze zjawiskiem naturalnego, samoistnego ustępowania objawów jąkania (ang. *natural, spontaneous recovery*). Dotyczy to najczęściej małych dzieci i szacuje się, że u około 80% dzieci, które zaczęły się jąkać, objawy wycofają się całkowicie. Całkowite ustąpienie objawów jąkania można stwierdzić wówczas, gdy zarówno rodzice, jak i logopeda są zgodni, że dziecko nie prezentuje objawów jąkania, ocena ich ciężkości w 9-stopniowej skali (0–9) jest niższa niż 1, a w 100-sylabowej próbkę wypowiedzi dziecka nie płynności mowy typowe dla jąkania (ang. *stuttering-like disfluencies, SLD*) wynoszą mniej niż 3 i brak objawów jąkania utrzymuje się przez co najmniej 12 miesięcy. O stabilnym, całkowitym

---

<sup>1</sup> Wyniki tego projektu badawczego zostały zaprezentowane podczas The International Fluency Association World Congress (Hiroshima; Japonia, lipiec 2018) oraz podczas III edycji Międzynarodowej Konferencji Logopedycznej „Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka” (Uniwersytet Śląski w Katowicach, sierpień 2018). Wyniki badań, w formie skróconej, zostały również opublikowane w artykule *Opieka logopedyczna nad dzieckiem jękającym się na świecie*, który ukazał się w roku 2018 w 26 numerze „Forum Logopedy”.



ustąpieniu objawów jąkania świadczy występowanie opisanych powyżej warunków przez okres 4 lat (Yairi, Seery, 2011). Badania wskazują, że największa liczba przypadków samoistnego ustępowania objawów jąkania ma miejsce w ciągu pierwszych 3 lat od momentu ich wystąpienia (Yairi, Ambrose, 2005). Yairi wraz z zespołem w badaniach ustalili pewne czynniki wskazujące, które dzieci mają większe szanse na ustąpienie objawów jąkania. Są to: wczesny moment wystąpienia pierwszych objawów – początek jąkania przed 3. rokiem życia, płeć żeńska, historia ustępowania objawów jąkania w dzieciństwie u członków rodziny (Yairi i in., 1996). Co więcej, badania wskazują, że ciężkość i nasilenie objawów w momencie ich pierwszego wystąpienia nie są czynnikiem prognostycznym, jednakże współwystępowanie w tym okresie innych problemów rozwojowych, zwłaszcza związanych z rozwojem mowy i języka, rokuje mniej pozytywnie (Blood i in., 2003; Yairi, Ambrose, 2005). W związku z wysokim odsetkiem samoistnego ustępowania objawów jąkania w pierwszych 3 latach obecności tego zjawiska w mowie dzieci pojawiają się kontrowersje, czy konieczna jest natychmiastowa interwencja w momencie pierwszego wystąpienia objawów jąkania (Curlee, Yairi, 1997). Zwolennicy możliwie jak najwcześniejszej interwencji są zdania, że rodzice dzieci jąkających się powinni otrzymać wsparcie możliwie jak najszybciej od momentu wystąpienia pierwszych objawów niepełności. Ryzyko nasilania się objawów w miarę upływu czasu, o ile nie towarzyszą im odpowiednie działania profilaktyczno-terapeutyczne, założenie o wysokiej skuteczności tych oddziaływań i braku negatywnych skutków ubocznych, są przytaczane jako argumenty popierające wczesną interwencję (Gottwald, Starkweather, 1999; Starkweather, 1997). Z kolei najważniejszym argumentem używanym przez stronę przeciwną – zwolenników monitorowania dziecka przez okres 6 miesięcy, 1 roku, a nawet dłużej – są doniesienia o wysokim odsetku samoistnego ustępowania objawów w ciągu pierwszych 2 lat ich obecności w mowie dziecka (Curlee, Yairi, 1997). Co więcej, zwolennicy tej tezy przekonują, że samoistne ustępowanie objawów może być silnie uwarunkowane genetycznie (Ambrose, Cox, Yairi, 1997). Tym niemniej coraz większa liczba badań nad genezą i rozwojem jąkania, w tym badań longitudinalnych, zdaje się potwierdzać tezę o konieczności podejmowania działań z zakresu wczesnej interwencji, jak na przykład wczesnej identyfikacji osób z grupy ryzyka na podstawie wywiadu (np. analizy historii jąkania w rodzinie) połączonego z dokonywaniem pomiarów objawów behawioralnych (ciężkości objawów jąkania w mowie i ich częstości występowania w próbie wypowiedzi) oraz identyfikacji potencjalnie niekorzystnych emocji lub postaw wobec własnej mowy (Ambrose, Yairi, 1994; Vanryckeghem, Brutten, 1997; Yaruss, 1997). Współcześnie upowszechnia się stanowisko, że stosowanie odpowiednio dobranych typów wczesnej interwencji w jąkanii może być głównym czynnikiem umożliwiającym zapobieganie utrwaleniu się problemu na całe życie (Guitar, Conture, 2001; 2013). Wczesna interwencja obejmuje zarówno poradnictwo dla rodziców, jak i pośrednie lub bezpośrednie oddziaływania terapeutyczne lub kombinację obu podejść (Ambrose, 2006; Bernstein Ratner, Guitar, 2006; Guitar, McCauley, 2010). Badania nad skutecznością terapii

wczesnego jąkania za pomocą interwencji bezpośredniej i pośredniej wskazują, że po 18 miesiącach obserwacji kliniczne wyniki oddziaływania bezpośredniego i pośredniego były porównywalne – oba rodzaje terapii zmniejszyły nasilenie jąkania (de Sonnevill-Koedoot i in., 2015). Ważne wydaje się zwrócenie uwagi na wyzwania stojące przed specjalistami zaburzeń płynności mowy wspierającymi małe dziecko z jąkaniem i jego rodzinę. W ostatnich latach podkreśla się potrzebę indywidualizacji terapii i umożliwienia logopedom skoncentrowania się na odpowiedniej relacji terapeutycznej z obojgiem rodziców i dzieckiem (Mielewska, Węsierska, 2013; Millard, Cook, 2010; Millard i in., 2008; 2009; Węsierska, Boroń, 2018). Z uwagi na różne reakcje na niepłynność mówienia w otoczeniu dziecka i ich wpływ na dziecko oraz radzenie sobie ze stresem pojawiającym się u rodziców znaczenia nabiera edukowanie różnych grup specjalistów (nauczycieli, lekarzy, średniego personelu medycznego) z zakresu wczesnej interwencji (Chęć, 2012; Humeniuk, Tarkowski, 2016; Tarkowski i in., 2011; Vanryckeghem, Brutten, 2015; Węsierska i in., 2013). Założenia praktyki logopedycznej opartej na dowodach (ang. *evidence-based practice*, EBP) wyraźnie akcentują znaczenie stałego pogłębiania wiedzy na temat wyników rzetelnych badań naukowych, stałego doskonalenia profesjonalnego warsztatu logopedycznego oraz uwzględniania w interwencji indywidualnych potrzeb klientów/pacjentów (Langdon i in., 2015; Vanryckeghem, 2018; Woźniak, 2015). Wyniki międzynarodowych badań pokazują, że stan interwencji logopedycznej w jąkaniu różni się znacznie w zależności od kraju (Fibiger i in., 2006, 2008).

Celem prezentowanego badania było dokonanie rozpoznania, w jakich warunkach i na jakich zasadach wdrażana jest wczesna interwencja w jąkaniu na świecie. W badaniu starano się ponadto ustalić, w jakim wieku dzieci z niepłynnością mowy uzyskują zwykle dostęp do pomocy logopedycznej oraz jakie formy pomocy ta przyjmuje w poszczególnych krajach. W tym celu sondowano opinie logopedów specjalizujących się w terapii jąkania.

## Metoda badawcza

W opisywanym badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego pozwalającą na „[...] gromadzenie wiedzy o przedmiotach strukturalnych i funkcjonalnych oraz dynamice zjawisk społecznych, opiniach, poglądach wybranych zbiorowości, nasilaniu się i kierunkach rozwoju określonych zjawisk [...]” (Pilch, 1977: 126). Technika stosowaną w tego typu badaniach jest wykorzystanie ankiety. Polska grupa zespołu badawczego przygotowała ankietę w formie elektronicznej składającą się z 4 otwartych pytań. Pytania ankietowe zostały tak opracowane, aby dostarczyć podstawowej wiedzy pozwalającej na dokonanie opisu i analizy porównawczej problemu wczesnej interwencji w jąkaniu w różnych krajach. Pytania dotyczyły: a) rodzaju instytucji świadczących usługi w zakresie wczesnej interwencji, b) wieku, w jakim najczęściej jąkające się dzieci w poszczególnych krajach korzystają z inter-

wencji logopedycznej po raz pierwszy oraz typowych dla danego kraju form profesjonalnego wsparcia, c) rodzaju najczęściej stosowanych w danym kraju metod terapeutycznych, d) opisu specyfiki wczesnej interwencji w jąkanii w danym kraju. Ankieta została wysłana do specjalistów zaburzeń płynności mowy w różnych krajach na całym świecie za pośrednictwem poczty elektronicznej. Zgodę na udział w tym sondażu diagnostycznym poprzez odesłanie wypełnionej ankiety wyraziło 29 spośród 41 zaproszonych osób/zespołów.

Grupę respondentów stanowili specjaliści w dziedzinie terapii zaburzeń płynności mowy, naukowcy, wykładowcy akademicy, logopedzi praktycy, absolwenci Europejskiej Klinicznej Specjalizacji Zaburzeń Płynności Mowy (European Clinical Specialization in Fluency Disorders), certyfikowani specjaliści w dziedzinie zaburzeń płynności mowy (Board Certified Fluency Specialists), niektórzy z nich legitymowali się również specjalizacją w dziedzinie pedagogiki czy neuropsychologii. Najczęściej reprezentowali oni uniwersyteckie wydziały logopedii/zaburzeń mowy i języka, audiologii, rehabilitacji i medycyny lub edukacji, a także rządowe departamenty zdrowia, centra terapii logopedycznej (w tym prywatne) specjalizujące się w udzielaniu pomocy osobom z jąkanii oraz prywatne gabinety logopedyczne. W kilku przypadkach ankiety zostały wypełnione przez członków zespołu terapeutów z danego ośrodka, w zdecydowanej większości jednak ankiety były wypełniane indywidualnie przez jednego specjalistę z danego kraju. W sumie ankietę wypełniło 35 osób, w tym 28 kobiet i 7 mężczyzn z 29 krajów świata. Dzięki ich zaangażowaniu udało się zebrać informacje na temat stanu opieki logopedycznej nad małym dzieckiem z jąkanii w Europie (Belgia, Cypr, Czechy, Francja, Grecja, Hiszpania, Holandia, Islandia, Malta, Norwegia, Polska, Portugalia, Słowacja, Słowenia, Szwecja, Wielka Brytania oraz Włochy), na Bliskim Wschodzie (Izrael, Liban, Turcja), w Afryce (Nigeria), Azji (Rosja, Sri Lanka, Tajwan), Australii, Ameryce Północnej (Kanada, Meksyk, USA) i Południowej (Argentyna).

## Wyniki

Pierwsze z pytań zamieszczonych w ankiecie badawczej dotyczyło placówek, w których rodzice/opiekunowie małego dziecka z jąkanii mogą otrzymać fachową pomoc w danym kraju. Rozszerzenie pytania dotyczyło szczegółowego wyjaśnienia, jakie instytucje (np. kliniki uniwersyteckie, prywatne praktyki, ośrodki publiczne) zapewniają poradnictwo, diagnozę i/lub terapię jąkania u małych dzieci, oraz podania informacji o rodzaju specjalizacji, którą legitymują się terapeuci udzielający wsparcia dzieciom z jąkanii i ich rodzinom (terapeuci mowy, psychologowie, inni). Zapytano również o możliwości refundacji różnych form wsparcia terapeutycznego w jąkanii wczesnodziecięcym. W tabeli nr 1 zaprezentowano szczegółowe dane z poszczególnych krajów.

**Tabela 1.** Wczesna interwencja w jękananiu na świecie – specjaliści, instytucje i możliwości refundacji

| Kraj      | Specjalista udzielający wsparcia   | Typ placówki, w której można uzyskać wsparcie  | Możliwości refundacji   |
|-----------|--|--|---|
| 1         | 2  | 3  | 4   |
| Argentyna | Logopeda   | Prywatne praktyki, publiczne i prywatne kliniki i szpitale, stowarzyszenia dla osób z jękananiem   | Całkowita w publicznych szpitalach, częściowa w pozostałych placówkach    |
| Australia | Logopeda   | Ośrodki opieki dla matek i dzieci (0–3,5 lat), przedszkola, lekarze rodzinni, psycholodzy.<br>Diagnoza i terapia: prywatne gabinety, kliniki uniwersyteckie, ośrodki zdrowia | Częściowa   |
| Belgia    | Logopeda ogólny, logopeda specjalizujący się w zaburzeniach płynności mowy | Prywatne praktyki lub kliniki oraz kliniki uniwersyteckie  | Refundacja przez okres 2 lat, możliwa też w razie nawrotu objawów         |
| Cypr      | Logopeda   | Placówki medyczne i oświatowe  | Brak lub częściowa  |
| Czechy    | Logopeda kliniczny   | Szpitale lub prywatne gabinety, placówki oświatowe   | Częściowa lub całkowita, ale wyłącznie w ramach usług sektora publicznego |
| Francja   | Logopeda   | Najczęściej prywatne gabinety  | Pełna, z wyłączeniem telepractice   |
| Grecja    | Logopeda lub inny specjalista  | Ośrodki państwowe i prywatne, fundacje, terapia domowa   | Częściowa lub całkowita, ale wyłącznie w ramach usług sektora publicznego |
| Hiszpania | Nauczyciel, nieliczni specjaliści zaburzeń płynności mowy                  | Prywatne gabinety, szkoły  | Dotyczy wyłącznie usług sektora publicznego                               |
| Holandia  | Logopeda lub specjalista zaburzeń płynności mowy                           | Najczęściej prywatne gabinety  | Pełna, z wyłączeniem terapii grupowej                                     |
| Islandia  | Niewielu specjalistów zaburzeń płynności mowy                              | Kliniki prywatne, państwowy instytut, telepractice   | Pełna   |
| Izrael    | Najczęściej logopeda   | Kliniki uniwersyteckie, szpitale, centra publiczne, gabinety prywatne  | Częściowa w sektorze prywatnym lub całkowita w sektorze publicznym        |

| 1          | 2  | 3  | 4  |
|------------|--|--|--|
| Kanada     | Licencjonowany logopeda oraz psycholog                             | Przedszkola, szkoły, publiczne kliniki, szpitale, prywatne praktyki, instytucje non-profit, kliniki uniwersyteckie i specjalistyczne | Częściowa w sektorze prywatnym lub całkowita w sektorze publicznym   |
| Liban      | Psycholog, logopeda; niewielu specjalistów zaburzeń płynności mowy | Kliniki uniwersyteckie, oddziały szpitalne, gabinety prywatne  | Brak   |
| Malta      | Logopeda   | Centra medyczne, szpitale, przychodnie rejonowe, prywatne kliniki  | Częściowa w sektorze prywatnym lub całkowita w sektorze publicznym   |
| Meksyk     | Logopeda, foniatra   | Szpitale publiczne, rzadziej prywatne  | Refundacja w ramach sektora publicznego, bardzo rzadko prywatnego  |
| Nigeria    | Psycholog, lingwista, logopeda                                     | Kliniki uniwersyteckie, szpitale, centra publiczne, gabinety prywatne  | Brak   |
| Norwegia   | Logopeda   | Kliniki, przedszkola, terapia domowa   | Dotyczy wyłącznie usług sektora publicznego  |
| Polska     | Logopeda, psycholog  | Przedszkola, szkoły, poradnie psychologiczno-pedagogiczne, poradnie specjalistyczne, prywatne gabinety logopedyczne                  | Całkowita (dotyczy wyłącznie usług sektora publicznego) lub częściowa (usługi sektora prywatnego) za pośrednictwem stowarzyszeń lub fundacji |
| Portugalia | Logopeda   | Kliniki prywatne, szpitale, przedszkola  | Dotyczy wyłącznie usług sektora publicznego  |
| Rosja      | Logopeda, neurolog, psycholog                                      | Przedszkola, centra publiczne, gabinety prywatne   | Częściowa lub brak refundacji  |
| Słowacja   | Logopeda   | Poradnie pedagogiczne, kliniki, szpitale, ośrodki wczesnej interwencji   | Pełna, z wyłączeniem niektórych usług prywatnych   |
| Słowenia   | Logopeda i psycholog   | Ośrodki publiczne, przedszkola   | Pełna  |
| Sri Lanka  | Logopeda, psychiatra   | Gabinety pediatryczne, szpitale, oddziały pediatryczne, prywatne gabinety logopedyczne   | Całkowita w ramach usług sektora publicznego, dodatkowe ubezpieczenie pokrywa koszty usług prywatnych  |
| Szwecja    | Logopeda   | Szpitale, gabinety prywatne, centra opieki nad dziećmi   | Pełna  |

cd. tab. 1

|                 |  |   |  |
|-----------------|--|---|--|
| Tajwan          | Logopeda, specjalista zaburzeń płynności mowy                                      | Kliniki uniwersyteckie, szpitale, centra publiczne, gabinety prywatne   | Pełna  |
| Turcja          | Logopeda, psycholog, pedagog specjalny, czasem psychiatra                          | Gabinety prywatne, szpitale, przychodnie rehabilitacyjne i psychologiczno-pedagogiczne, kliniki uniwersyteckie, prywatne centra terapii jąkania | Częściowa w sektorze prywatnym lub dotyczy wyłącznie usług sektora publicznego             |
| USA             | Logopeda   | Szkoły, kliniki uniwersyteckie, prywatne kliniki, terapia domowa  | Częściowa lub całkowita, zależnie od ubezpieczyciela lub państwowych programów specjalnych |
| Wielka Brytania | Logopeda   | Publiczne i prywatne centra specjalistyczne   | Dotyczy wyłącznie usług sektora publicznego lub w ramach fundacji                          |
| Włochy          | Zespół multidyscyplinarny, logopeda, niewielu specjalistów zaburzeń płynności mowy | Gabinety prywatne, centrum zaburzeń płynności mowy – Rzym   | Obejmuje tylko terapię w centrum zaburzeń płynności mowy w Rzymie                          |

Źródło: Opracowanie własne.

W krajach, których przedstawiciele wzięli udział w badaniu, rodzice mogą znaleźć pomoc w placówkach publicznej służby zdrowia lub oświatowych, w prywatnych centrach specjalistycznych oraz w gabinetach prywatnych lub za pośrednictwem stowarzyszeń działających na rzecz osób z jąkaniem. Najczęściej wsparcia udzielają logopedzi/specjaliści zaburzeń płynności mowy lub psychologzy, rzadziej pedagodzy specjaliści, psychiatrzy, neurologzy, lingwiści lub nauczyciele. Refundacja kosztów terapii (całkowita lub częściowa) najczęściej dotyczy sektora usług publicznych, rzadko zwrot kosztów jest całkowity i niezależny od placówki, w której udzielane jest wsparcie. Zdarza się również i tak, że w danym kraju nie ma żadnych możliwości refundacji kosztów opieki logopedycznej nad małym dzieckiem z jąkaniem.

Drugi obszar eksploracji badawczych podjętych w tym sondażu diagnostycznym dotyczył wieku dzieci, w którym zazwyczaj otrzymują one profesjonalne wsparcie ze względu na objawy jąkania, a także potencjalnych form tego wsparcia oraz włączenia rodziców w proces terapii. Zebrane dane świadczą o dużym zróżnicowaniu zarówno w zakresie wieku dziecka, w jakim ma miejsce rozpoczęcie interwencji logopedycznej w jąkaniu, jak i w zakresie różnorodności form wsparcia oraz włączenia rodziców do terapii. Poniższe zestawienie tabelaryczne prezentuje porównanie sytuacji w tym zakresie w poszczególnych krajach.

**Tabela 2.** Wczesna interwencja w jękananiu na świecie – typowy wiek dziecka w momencie podjęcia interwencji, formy oddziaływań oraz udział rodziców

| Kraj      | Średni wiek dziecka   | Formy interwencji i udział rodziców   |
|-----------|---|---|
| 1         | 2   | 3   |
| Argentyna | Od 2 lat, najczęściej 3–4 lata  | Indywidualna z udziałem rodziców  |
| Australia | Tak szybko, jak to możliwe po wystąpieniu pierwszych objawów jękania  | Indywidualna z udziałem rodziców, ale także via Internet (telehealth)   |
| Belgia    | 2–5 lat   | Indywidualna z udziałem rodziców  |
| Cypr      | Placówki publiczne: diagnoza w wieku 3 lat, długi czas oczekiwania na rozpoczęcie terapii (nawet do 1 roku). Wczesna interwencja dostępna tylko prywatnie – krótki czas oczekiwania na wizytę | Niewielu terapeutów w zakresie wdrażania podejść opartych na współpracy z rodziną (np. Palin PCI) lub terapii behawioralnej                 |
| Czechy    | Ok. 3 lat – pierwsza wizyta, po ok. 2–6 miesiącach do ok. 1 roku – terapia  | Terapia indywidualna w obecności rodzica  |
| Francja   | Wsparcie i poradnictwo od początku, terapia po upływie roku   | Terapia indywidualna i grupowa, rodzice biorą udział, także terapia przez Internet (telepractice)   |
| Grecja    | Nie później niż 6 miesięcy od wystąpienia pierwszych objawów  | Rodzice włączani do terapii tylko przez logopedów specjalizujących się w terapii zaburzeń płynności mowy, także w ramach telepractice       |
| Hiszpania | Długi czas oczekiwania na specjalistyczną konsultację   | Terapia indywidualna i grupowa, rodzice – włączani  |
| Holandia  | Przed 4. rokiem życia. Wsparcie i poradnictwo od pierwszej wizyty, terapia po upływie roku  | Terapia indywidualna, czasami (rzadziej) także grupowa, rodzice aktywnie włączani w terapię   |
| Islandia  | Ok. 4. roku życia, czasem wcześniej   | Terapia indywidualna, z aktywnym udziałem rodziców, terapia przez Internet (telepractice)   |
| Izrael    | Wsparcie i poradnictwo od pierwszej wizyty, kontrola, terapia   | Terapia indywidualna z udziałem rodziców, a także grupowa   |
| Kanada    | 2–5 lat   | Terapia indywidualna, rzadziej grupowa, rodzice biorą w niej udział (z wyjątkiem terapii w szkołach), terapia przez Internet (telepractice) |
| Liban     | 2,6–3 lat   | Terapia indywidualna, rzadko grupowa, włączanie rodziców – zależne od logopedy, wdrażanie terapii przez Internet (telepractice) – rzadko    |

cd. tab. 1

|                 |  |   |
|-----------------|--|---|
| Malta           | Ok. 3 lat – od momentu wystąpienia pierwszych objawów jąkania                    | Terapia indywidualna i grupowa, rodzice – włączani                                |
| Meksyk          | Ok. 4 lat  | Terapia indywidualna i grupowa, także wizyty domowe, rodzice – włączani           |
| Nigeria         | Ok. 5 lat  | Terapia indywidualna, rodzice – włączani  |
| Norwegia        | 3–6 lat  | Terapia indywidualna, dostępność telepractice                                     |
| Polska          | Od ok. 30 miesięcy do 7 lat, najczęściej ok. 4 lat                               | Terapia indywidualna, rzadziej grupowa, rodzice – włączani                        |
| Portugalia      | Od momentu wystąpienia objawów jąkania   | Terapia indywidualna, rodzice – włączani  |
| Rosja           | Ok. 4. roku życia, czasem wcześniej  | Terapia indywidualna i grupowa, rodzice – włączani                                |
| Słowacja        | 2–4 lata, od momentu wystąpienia objawów   | Rodzice – włączani  |
| Słowenia        | 3–5 lat, od kilku miesięcy do 1 roku od wystąpienia objawów                      | Terapia indywidualna, rodzice – włączani  |
| Sri Lanka       | 2–3 lata, 6 lat, rzadko ok. 10. roku życia                                       | Terapia indywidualna, rodzice – włączani  |
| Szwecja         | 2,6– 6 lat, od momentu wystąpienia objawów                                       | Terapia indywidualna, rzadziej grupowa, rodzice – włączani, Telepractice – rzadko |
| Tajwan          | 3–4 lata   | Terapia indywidualna  |
| Turcja          | Wiek przedszkolny  | Terapia indywidualna, rodzice – włączani  |
| USA             | Co najmniej 3 lata   | Rodzice – włączani  |
| Wielka Brytania | Wsparcie i poradnictwo, terapia po około roku od pierwszej wizyty konsultacyjnej | Terapia indywidualna i grupowa, rodzice – włączani, Telepractice                  |
| Włochy          | Ok. 3 lat – w rzymskim centrum, na pozostałym terytorium – ok. 5 lat             | Terapia indywidualna i grupowa, rodzice – włączani                                |

Źródło: Opracowanie własne.

Przedział wiekowy dzieci, którym udziela się wsparcia, rozciąga się na okres od 2,6 do 6 lat. Zdarza się, że od pierwszej wizyty mija około rok, zanim rozpocznie się proces terapeutyczny, co najczęściej jest spowodowane koniecznością oczekiwania w kolejce do specjalisty. W niektórych krajach czas oczekiwania na wizytę u specjalisty jest bardzo wydłużony, są także kraje, w których nie ma większych ograniczeń w dostępie do pomocy specjalistycznej. Biorąc pod uwagę organizację procesu terapeutycznego, daje się zauważyć przewagę terapii indywidualnej, rzadziej oferowane są zajęcia grupowe. W niektórych państwach można skorzystać też z pomocy



zdalnej z wykorzystaniem internetu, określanej mianem Telepractice lub Telehealth. Rodzice często są włączani w proces terapeutyczny, choć nie zawsze jest to regułą.

Odpowiedzi na trzecie pytanie badawcze dostarczyły informacji na temat powszechnie znanych i zazwyczaj stosowanych w danym kraju podejść terapeutycznych (np. terapia pośrednia, terapia bezpośrednia, terapia zintegrowania lub terapia behawioralna) oraz ich głównych celów. Analizując wymienione przez respondentów metody terapeutyczne najczęściej wykorzystywane w danym państwie, wyraźnie można zauważyć podział na kraje z dostępnością do wielu zróżnicowanych podejść oraz kraje z niewielką ofertą metod terapeutycznych. W niektórych krajach dominuje jeden główny nurt terapeutyczny, pozostałe są reprezentowane przez nieliczne podejścia. Z kolei w innych krajach metoda dominująca opracowywana jest i dostosowywana do języka i kultury danego kraju. Spośród kilku rodzajów podejść terapeutycznych respondenci wymienili podejścia pośrednie, których celem jest wspieranie poprawy płynności mowy poprzez takie manipulowanie zmiennymi w otoczeniu dziecka, np. sposobami komunikacji osoba dorosła – dziecko, by ułatwić mu wypowiedzanie się. Zaliczyć tu można poradnictwo, terapię interakcyjną z udziałem rodzin, terapię poprzez zabawę, sztukę, relaksację, pracę nad emocjami i inne. Drugim rodzajem podejścia terapeutycznego jest podejście bezpośrednie, którego celem jest ułatwienie samoistnej remisji, uzyskanie poprawy w zakresie płynnej mowy lub całkowite ustąpienie jąkania. Metody należące do tej grupy można podzielić na dwa nurty: upłynniania mowy lub modyfikacji jąkania. Do metod upłynniających mowę, stosowanych w przypadku bardzo małych dzieci, zaliczyć można komponenty bezpośrednie podejścia Palin PCI (tzw. strategie ukierunkowane na dziecko, ang. *child's strategies*). Nurt modyfikacji jąkania jest reprezentowany przez metodę Mini-KIDS, której celem jest ułatwienie samoistnego ustępowania objawów, zminimalizowanie poziomu niepłynności mowy i/lub optymalnego radzenia sobie z pozostałym jąkaniem. Podejście to zdobywa coraz większą popularność w krajach europejskich. Inną formą terapii bezpośredniej, która jednak nie wymaga bezpośredniej pracy nad mową dziecka, ale wykorzystuje metody warunkowania instrumentalnego, jest niezwykle popularny, wywodzący się z Australii Lidcombe Program. Celem tej metody jest uzyskanie całkowitej płynności mowy lub bardzo niskiego poziomu nasilenia niepłynności mowy. Respondenci wymienili również podejścia łączące bezpośrednie i pośrednie metody postępowania terapeutycznego, mające na celu zarówno ułatwienie dzieciom komunikowania się poprzez wzmocnienie wsparcia środowiskowego, zmianę warunków w otoczeniu oraz sposobów porozumiewania się w rodzinie, jak i bezpośrednią pracę z objawami niepłynności mowy. Najpopularniejsze metody zintegrowane, jakie pojawiły się w odpowiedziach osób biorących udział w badaniu, to Podejście Interakcyjne Rodzic – Dziecko Palin PCI oraz metody oparte na Demands and Capacity Model (np. Restart-DCM). W programach tych, oprócz początkowych oddziaływań pośrednich wspierających otoczenie dziecka i ułatwiających komunikację, podejmuje się bezpośrednią pracę nad objawami jąkania, upłynniając mowę (Palin PCI) lub odwracliwiając na jąkanie

i modyfikując momenty zająknięcia (DCM). Poza tymi najpopularniejszymi metodami respondenci wymienili również kanadyjski program ISTAR's Comprehensive Stuttering Program for School Aged Children (podejście bezpośrednie), metody autorstwa Susan Meyer czy Christin Chmeli, a także podejście Easy Does It for Fluency. Wymieniano również terapię rytmizującą, terapię opartą na sylabizowaniu, na relaksacji czy wykorzystującą podejścia kognitywno-behawioralne. W krajach sąsiadujących z Polską – w Czechach i na Słowacji – powszechnie znana i często stosowana jest Fonograforystyczna Terapia prof. Viktora Lechty, określana jako podejście psychologiczno-pedagogiczne. Respondenci wymieniali także metodę fizjologiczną, metodę kształtowania oddechu i głosu; metodę sylabowo-rytmizacyjną, kompleksową metodę „Play!” czy kombinację podejść DCM (terapia oparta na Modelu Wymagań i Możliwości – Demands and Capacities Model based program) i Lidcombe Program.

Respondenci zostali poproszeni także o dokonanie krótkiego opisu specyfiki ich kraju odnośnie do wczesnej interwencji w jąkanu u małych dzieci (np. indywidualnych cech w podejściu do terapii, programów dostosowanych do specyfiki językowej i kulturowej danego kraju itp.). Pisząc o podejściu do terapii jąkania u małych dzieci, osoby biorące udział w badaniu sygnalizowały problemy, z jakimi ich kraje się zmagają (najczęściej: niewielka liczba specjalistów w zakresie zaburzeń płynności mowy, długi czas oczekiwania na terapię, nieznajomość najnowszych trendów w zakresie wiedzy o jąkanu wczesnodziecięcym), lub wskazywały na znaczące osiągnięcia w logopedii w tym zakresie (jak np. przyswojenie nowych sposobów postępowania terapeutycznego w zakresie jąkania u dzieci na Słowacji i w Szwecji, całkowita refundacja kosztów terapii stacjonarnej we Francji, rozbudowana sieć profesjonalistów w Norwegii czy też liczne projekty badawcze dotyczące zaburzeń płynności mowy wdrażane np. w Islandii i Norwegii, dwie duże organizacje w USA wspierające osoby z jąkanem: SFA i NSA, organizacja obozu *Camp Dream. Speak. Live* oraz rozbudowany program grupowych form wsparcia dla rodziców w Belgii). Wymieniano również konkretne programy terapeutyczne właściwe tylko dla danego języka i dominujące w danym kraju (jak np. program „Play!” we Włoszech, Fonograforystyczna Terapia prof. Viktora Lechty w Czechach) lub – jak Lidcombe Program czy Palin PCI – opracowane w danych krajach, lecz rozpowszechnione w różnych częściach świata. Respondenci podzielili się również problemami swojego środowiska zawodowego: brakiem wystandaryzowanych narzędzi diagnostycznych, programów terapeutycznych opartych na wynikach badań naukowych, zbyt późnym stawianiem diagnozy, a także trudnościami w uzyskaniu refundacji dla młodszych dzieci, co skutkuje utrwalaniem się objawów jąkania. Spośród innych przywołanych wyzwań i problemów wymieniono również: utrudniony dostęp do terapii grupowej dla dzieci lub/i rodziców, niewystarczający poziom wykształcenia logopedów w zakresie terapii jąkania wczesnodziecięcego, a także poziom przygotowania lekarzy pediatrów, trudności we współpracy z rodzicami, zmiana systemu pomocy dzieciom z jąkanem z instytucjonalnej, grupowej, na indywidualną, wprowadzanie logopedii na rodzimy grunt (Turcja).

## Dyskusja i wnioski

Wyniki badań wykazały, że terapeuci (głównie terapeuci mowy – specjaliści zaburzeń płynności mowy – ale czasami także psychologzy lub nauczyciele/pedagodzy specjaliści) są najczęściej zatrudnieni w instytucjach publicznych (placówkach medycznych lub oświatowych) i/lub w prywatnych praktykach. Usługi opłacane są poprzez ubezpieczenie zdrowotne lub przez rodziców (czasami refundowane całościowo lub w części). Dzieci jąkające się zazwyczaj mają możliwość kontaktu ze specjalistą w ciągu roku od wystąpienia pierwszych objawów zaburzeń płynności mowy (w niektórych krajach, np. w Australii, zaleca się rozpocząć oddziaływania terapeutyczne jak najszybciej po wystąpieniu objawów jąkania). Zazwyczaj rodzice są włączani w proces terapii, w niektórych krajach jednak proces interwencji terapeutycznej w jąkaniu u małych dzieci może być bardziej skoncentrowany na pracy z samym dzieckiem (np. w specjalnych przedszkolach w Rosji). W niektórych krajach najczęściej stosowaną metodą terapii wczesnego jąkania jest poradnictwo dla rodziców. Najczęściej interwencja terapeutyczna w jąkaniu ma formę pracy indywidualnej z dzieckiem i/lub z jego rodziną, ale może być także grupowa – grupy dla dzieci i/lub dla rodziców. Podejście oparte na programach Lidcombe, Modelu Wymagań i Możliwości (DCM) lub terapii interakcyjnej Palin Parent Child Interaction (Palin PCI) były tymi, które respondenci przytaczali najczęściej jako stosowane w ich krajach. W kilku krajach wykorzystuje się możliwość udzielania pomocy na odległość z wykorzystaniem internetu (np. Australia lub Kanada), w niektórych krajach nie jest to jednak możliwe ze względu na wyzwania związane z dostępem i/lub wysokimi kosztami usług transmisji danych przez internet (np. Nigeria).

## Podsumowanie

Jak pokazały wyniki opisywanego międzynarodowego sondażu diagnostycznego, w niektórych krajach wczesna interwencja w jąkaniu u dzieci jest wysoko rozwinięta, ale są też miejsca na całym świecie, w których dostęp do profesjonalnej pomocy jest ograniczony. Poziom profesjonalnego przygotowania logopedów do pracy z jąkaniem we wczesnym dzieciństwie jest również inny w zależności od kraju. Większość respondentów stwierdziła, że w ich krajach są stosowane zarówno podejścia pośrednie, jak i bezpośrednie, zaledwie w kilku państwach logopedzi skłaniają się tylko ku jednej z metod. W niektórych krajach (tj. Czechy, Słowacja, Islandia, Izrael i Włochy) opracowano oryginalne programy terapii jąkania wczesnodziecięcego. W wielu krajach terapia jąkania wczesnodziecięcego opiera się na pracy z rodziną (ang. *family-oriented model of intervention*). Edukacja w zakresie jąkania i założenia skutecznej praktyki opartej na dowodach wskazywane były jako ważne elementy opieki logopedycznej nad małym jąkającym się dzieckiem w wielu częściach świata.

## Implikacje dla praktyki logopedycznej w Polsce

Jeśli uwzględnimy wyniki przytoczonego badania, wydaje się, że istotne jest dalsze intensyfikowanie działań z zakresu profilaktyki i wczesnej interwencji w jąkanii u dzieci. Jako zasadne można wymienić takie formy aktywności ukierunkowanych na ogół społeczeństwa, jak: upowszechnianie wiedzy na temat zaburzeń płynności mowy, w tym jąkania wczesnodziecięcego i wczesnej interwencji w jąkanii, wśród pediatrów, nauczycieli, wychowawców, logopedów, rodziców i opiekunów (Węsierska, 2012); propagowanie wśród logopedów, psychologów i innych specjalistów podstawowych strategii wczesnej interwencji logopedycznej, co umożliwiłoby zapobieganie zbyt późnemu wdrażaniu odpowiedniego postępowania terapeutycznego (Węsierska i in., 2013); organizowanie dla czynnych zawodowo logopedów (i dla studentów studiów logopedycznych) różnych form profesjonalnej edukacji z zakresu diagnozy i terapii jąkania wczesnodziecięcego, uwzględniających przykłady praktyk logopedycznych opartych na dowodach (Węsierska i in., 2017). Wydaje się, że pierwsze kroki w tym zakresie zostały już zainicjowane w naszym kraju. Do świadomości logopedów praktyków coraz częściej przedostają się informacje na temat wieloaspektowości zaburzenia, jakim jest jąkanie, i znaczenia kompleksowości procesu diagnozy i terapii (Węsierska, Boroń, 2018). Także coraz częstsze jest uznanie przez środowisko specjalistów konieczności włączania rodziców/opiekunów do terapii, organizowanie dla nich osobnych warsztatów grupowych, poszerzanie łańcucha wsparcia dziecka w jego najbliższym otoczeniu – współpraca ze żłobkami, przedszkolami, szkołami (Jeziorcak, Węsierska, 2011; Węsierska, 2013). Pozytywnie rokuje też coraz większa świadomość logopedów co do potrzeby indywidualizowania procesu interwencji w jąkanii – odpowiedniego dobierania właściwych metod terapeutycznych zaakceptowanych przez rodziców (np. pod względem gotowości do współdziałania w terapii), dopasowanych do wieku dzieci, ich potrzeb i możliwości (Boroń, Schneider, 2018; Mielewska, Węsierska, 2013).

## Podziękowania

Autorzy chcieliby podziękować specjalistom, dzięki którym możliwe było wdrożenie prezentowanego projektu badawczego. Są to specjaliści z następujących krajów: Argentyna – Maria Josefina Pérez Berbain (Hospital Italiano de Buenos Aires); Australia – prof. Elaina Kefalianos (University of Melbourne); Belgia – prof. Kurt Eggers (Thomas More University College; University of Turku); Cypr – dr Maria Paphiti (Turku University); Czechy – Jan Dezort (The Charles University in Prague); Francja – Véronique Aumont Boucand (Paris 6 University); Grecja – George Fourlas (KEOT-Stuttering Research & Therapy Centre); Hiszpania – Maria Llobera O’Brien (Private practice Palma de Mallorca); Holandia – Mies Bezemer (Stuttering Centre Zeeland), Mark Pertijs (University of Applied Sciences Utrecht); Islandia – prof. Jóhanna Thelma Einarsdóttir

(School of Health, University of Iceland); Izrael – prof. Ruth Ezrati (Tel-Aviv University), dr Debora Freud (Ariel University); Kanada – Elizabeth Haynes (University of Alberta); Liban – Selma Saad Merouwe (Université Saint-Joseph, Beirut); Malta – dr Joseph Agius (University of Malta); Meksyk – dr Martha Tarasco (Universidad Anáhuac México); Nigeria – Grace Ademola-Sokoya (National Orthopaedic Hospital Igbobi, Lagos); Norwegia – Hilda Sønsterund (Statped, University of Oslo); Polska – Anna Szerszeńska (Prywatny Gabinet Logopedyczny, Warszawa); Portugalia – dr Ana Rita Valente (University of Aveiro, Centro Tratamento Gaguez); Rosja – prof. Yulia O. Filatowa (Moscow Pedagogical State University); Słowacja – dr Hana Laciková (Child Speech Therapy Institute, Comenius University in Bratislava); Słowenia – dr Mateja Gačnik (University of Primorska); Sri Lanka – Thushanie Jayasuriya (Colombo North Teaching Hospital); Szwecja – Karin Dahlin (Logopedmottagningen, Västmanland's Hospital Västerås); Tajwan – prof. Shu-Lan Yang (National Pingtung University); Turcja – prof. R. Sertan Ozdemir (Istanbul Medipol University, School of Health Sciences); USA – prof. Paul Blanchet (Baylor University, Waco); Wielka Brytania – Daisy Hope (Michael Palin Centre for Stammering, London); Włochy – Michela Battisti, Emilia Capparelli, Francesca Del Gado, Maria Grazia Spinetti, prof. Donatella Tomaioli (C.R.C. Baluzie S.R.L; Università Di Roma „La Sapienza”).

## Bibliografia

- Ambrose N.G. (2006). Early Stuttering: Parent Counseling. W: N. Bernstein Ratner, J. Tetnowski, red., *Current Issues in Stuttering Research and Practice* (s. 87–98). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ambrose N.G., Cox N.J., Yairi E. (1997). The Genetic Basis of Persistence and Recovery in Stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 40(3), 567–580.
- Ambrose N.G., Yairi E. (1994). The Development of Awareness of Stuttering in preschool Children. *Journal of Fluency Disorders*, 19, 229–245.
- Bernstein Ratner N., Guitar B. (2006). Treatment of Very Early Stuttering and Parent Administered Therapy: The State of the Art. W: N. Bernstein Ratner, J. Tetnowski, red., *Current Issues in Stuttering Research and Practice* (s. 99–125). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Blood G.W., Ridenour V.J., Qualls C.D., Hammer C.S. (2003). Co-Occurring Disorders in Children who Stutter. *Journal of Communication Disorders*, 36, 427–448.
- Bloodstein O., Bernstein Ratner N. (2008). *A Handbook on Stuttering, Sixth Edition*. Clifton Park, NY: Delmar Cengage Learning.
- Boroń A., Schneider P. (2018). Metoda Mini-KIDS w terapii jękania wczesnodziecięcego – studium przypadku. W: K. Węsierska, K. Gawet, red., *Zaburzenia płynności mowy* (s. 175–191). Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- Chęć M. (2012). Jak wspierać dziecko jękaące się w środowisku przedszkola i szkoły. W: K. Węsierska, red., *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*. T. 1 (s. 213–227). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Curlee R., Yairi E. (1997). Early Intervention with Early Childhood Stuttering: A Critical Examination of Data. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 6, 8–18.

- 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. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133758>.
- Fibiger S., Peters H., Euler H., Neumann K. (2008). Health and human services for persons who stutter and education of logopedists in East-European countries. *Journal of Fluency Disorders*, 33, 66–71.
- Fibiger S., Peters H., Touzet B.B., Neumann K. (2006). Therapy for persons who stutter: Eastern Europe and Latin America. W: *5th World Congress on Fluency Disorders*, 25–28th July, Dublin, Ireland.
- Gottwald S.R., Starkweather C.W. (1999). Stuttering Prevention and Early Intervention: A Multi-Process Approach. W: M. Onslow, A. Packman, red., *The Handbook of Early Stuttering Intervention* (s. 53–82). San Diego, Ca: Singular.
- Guitar B., Conture E.G. (2001). *The child who stutters: to the pediatrician*. 1th edition. Memphis, TN: The Stuttering Foundation.
- Guitar B., Conture E.G. (2013). *Dziecko, które się jąka: informacje dla pediatry*. Centrum Logopedyczne: Katowice; [www.centrumlogopedyczne.com.pl](http://www.centrumlogopedyczne.com.pl).
- Guitar B., McCauley R. (2010). An Overview of Treatments for Preschool Children. W: B. Guitar, R.J. McCauley, red., *Stuttering Treatment: Established and Emerging Interventions* (s. 56–62). Baltimore, MD: Lippincott, Williams and Wilkins.
- Humeniuk E., Tarkowski Z. (2016). Parents' reactions to children's stuttering and style of coping with stress. *Journal of Fluency Disorders*, 49, 51–60.
- Jeziorczak B., Węsierska K. (2011). Jakość relacji logopeda – rodzic dziecka jękającego się a skuteczność terapii jękania wczesnodziecięcego. W: J. Gruba, red., *Wybrane problemy logopedyczne* (s. 51–66). Gliwice: Wydawnictwo Fonem.
- Langdon H.W., Tsa P.T., Węsierska K. (2015). Evidence-Based Practice in Stuttering: Views from American and Polish Clinical Perspectives. *Forum Logopedyczne*, 23, 8–16; <http://ptl.katowice.pl/wydawnictwa/forum-logopedyczne> [dostęp: 30.11.2018].
- Mielewska A., Węsierska K. (2013). Zastosowanie metod Palin PCI i Lidcombe Program w terapii jękania wczesnodziecięcego. W: J. Skibska, red., *Wspieranie rozwoju małego dziecka* (s. 93–120). Bielsko-Biała-Kraków: Wydawnictwo Naukowe ATH, Wydawnictwo LIBRON.
- Millard S.K., Cook F.M. (2010). Working with Young Children Who Stutter: Raising Our Game. *Seminars in Speech and Language*, 31(4), 250–261.
- Millard S.K., Edwards S., Cook F.M. (2009). Parent-Child Interaction Therapy: Adding to the Evidence. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 11(1), 61–76.
- Millard S.K., Nicholas A., Cook F.M. (2008). Is Parent-Child Interaction Therapy Effective in Reducing Stuttering? *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 51, 636–650.
- Pilch T. (1977). *Zasady badań pedagogicznych*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Starkweather C.W. (1997). Therapy for younger children. W: R. Curlee, G. Siegel, red., *Nature and treatment of stuttering: New directions*. 2nd ed. (s. 257–279). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Tarkowski Z., Humeniuk E., Dunaj J. (2011). *Jękanie w wieku przedszkolnym*. Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.
- Vanryckeghem M. (2018). Wielowymiarowa, oparta na dowodach diagnoza prowadząca do wielopłaszczyznowej terapii jękania. W: K. Węsierska, red., *Zaburzenia płynności mowy* (s. 30–43). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Vanryckeghem M., Brutten G.J. (1997). The Speech-Associated Attitude of Children Who Do and Do Not Stutter and the Differential Effect of Age. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 6, 67–73.

- Vanryckeghem M., Brutten G. (2015). *KiddyCAT: Test do badania postaw związanych z komunikowaniem się jękkających się dzieci w wieku przedszkolnym*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Węsierska K. (2012). Profilaktyka logopedyczna w ujęciu systemowym. W: K. Węsierska, red., *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*. T. 1 (s. 25–47). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Węsierska K. (2013). Udział rodziców w procesie interwencji logopedycznej w jękkaniu u małych dzieci. W: A. Sobczak, D. Müller, red., *Rozwój i jego wspieranie w perspektywie rehabilitacji i resocjalizacji* (s. 11–21). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Węsierska K., Boroń A. (2018). Metody interwencji logopedycznej w przypadku zaburzeń płynności mowy u małych dzieci. W: A. Domagała, U. Mirecka, red., *Metody terapii logopedycznej* (s. 551–574). Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Węsierska K., Jeziorczak B., Chrostek A. (2013). Profilaktyka i wczesna interwencja w jękkaniu u małych dzieci. W: K. Węsierska, N. Moćko, red., *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*. T. 2 (s. 187–212). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- Węsierska K., Laszczyńska A., Pakura M. (2017). Wczesna interwencja w jękkaniu wczesnodziecięcym w Polsce – w opiniach logopedów i rodziców dzieci jękkających się. *Forum Logopedyczne*, 25, 81–96; <http://ptl.katowice.pl/wydawnictwa/forum-logopedyczne>.
- Woźniak T. (2015). Niepłynność mówienia. Diagnostyka i terapia osób z zaawansowanym jękkaniem. W: S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak T., red., *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego* (s. 796–835). Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Yairi E., Ambrose N. (2005). *Early Childhood Stuttering. For Clinicians by Clinicians*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Yairi E., Ambrose N., Paden E., Throneburg R. (1996). Predictive factors of persistence and recovery: Pathways of childhood stuttering. *Journal of Communication Disorders*, 29, 51–77.
- Yairi E., Seery C.H. (2011). *Stuttering: Foundations and Clinical Application*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Inc.
- Yaruss J.S. (1997). Clinical Measurement of Stuttering Behaviors. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 24, 33–44.

## Streszczenie

Badania sugerują, że stosowanie odpowiednich rodzajów wczesnej interwencji w jękkaniu może skutecznie zapobiec utrwaleniu się problemu. Wczesna interwencja może przybierać różne formy – od poradnictwa dla rodziców, po pośrednie lub bezpośrednie formy terapii lub ich kombinację. W artykule zaprezentowano wyniki międzynarodowego sondażu diagnostycznego na temat wczesnej interwencji w jękkaniu na świecie. Uzyskano 29 ankiet (z 41 rozesyłanych) wypełnionych przez terapeutów i zespoły terapeutów specjalizujących się w zaburzeniach płynności mowy. Cele tego badania były następujące: rozpoznanie warunków i rodzajów instytucji, w których wdrażana jest wczesna interwencja w jękkaniu, określenie wieku dzieci w momencie pierwszego kontaktu ze specjalistą, form udzielanej pomocy oraz rodzajów metod terapeutycznych stosowanych w różnych krajach. Wyniki badań wskazują, że istnieją państwa, w których pomoc terapeutyczna jest bardzo zaawansowana, są jednak takie miejsca na świecie, gdzie dostęp do profesjonalnej opieki logopedycznej jest wciąż utrudniony. W niektórych krajach najczęstszym podejściem w jękkaniu u małych dzieci jest poradnictwo dla rodziców.

**Słowa kluczowe:** dzieci, jękkanie, sondaż, wczesna interwencja

## Summary

Research suggests that applying appropriately tailored types of early intervention in stuttering can be a major factor in preventing a life-long problem. Early intervention may range from parent counseling, indirect or direct treatment or a combination of both approaches. The article presents the results of an international survey on early intervention in stuttering children around the world. Twenty-nine respondents/teams out of forty-one completed the questionnaire. The aims of this study were as follows: to recognize the conditions and the types of institutions in which stuttering intervention is delivered in different countries; to identify at what age dysfluent children are typically referred to SLT services, and to increase knowledge about the types of therapeutic approaches that were used in different countries. The study findings show that there are countries where therapeutic help for young stuttering children is very highly developed, but there are also places around the world where access to professional help is very limited. In some countries the most common approach in early stuttering intervention is parent counseling.

**Key words:** children, stuttering/stammering, survey, early intervention





Część 2

**PERSPEKTYWA KLIENTA,  
RÓŻNE ODSŁONY TERAPII**



## Jakość życia dziecka jękającego się – analiza przypadku w kontekście funkcjonowania psychospołecznego<sup>1</sup>

Quality of life of a child who stutters – a case study in the context of psychosocial functioning

### Wprowadzenie

Jąkanie dla wielu osób dotkniętych tym zaburzeniem stanowi poważny problem. Słowo *problem* nie jest użyte przypadkowo, jest to bowiem taki rodzaj zakłóceń w mowie, który może negatywnie wpływać na wiele aspektów codziennego funkcjonowania, a tym samym znacząco obniżać jakość życia (por. Yaruss, 2010). Jąkający się ludzie – jak sugerują Agata Błachnio i Aneta Przepiórka (2012: 217) – „nie mają łatwego życia”. Trudności w komunikowaniu się ograniczają ich możliwości zawodowe, społeczne, edukacyjne, przeszkadzając w realizacji życiowych planów. Spotykając się z krytycznymi postawami otoczenia wobec ich sposobu wypowiedzania się, nierzadko wycofują się z kontaktów społecznych. W rezultacie osoby jękające się mają mniejszą satysfakcję życiową. Dotychczasowe badania potwierdzają negatywną zależność między nasileniem jąkania a ogólnym dobrostanem – im głębszych zaburzeń płynności mówienia doświadcza osoba, tym mniej czuje się zadowolona ze swojego życia (zob. Craig, Blumgart i Tran, 2009). Omawiana problematyka jest jednak wciąż słabo opisana, zwłaszcza w polskim piśmiennictwie. Niewiele uwagi poświęca się związkom jąkania i jakości życia w odniesieniu do dzieci, przeważnie wnikliwym analizom empirycznym poddawani są dorośli (np. Klompas, Ross, 2004; Koedoot i in., 2011). Brakuje też badań, które oceniałyby ich jakość życia w sposób kompleksowy. Do tej pory w Polsce nie prowadzono tego typu analiz – badacze koncentrują się raczej na wybranych obszarach samopoczucia. Nie dość wnikliwe rozpoznanie zagadnienia na gruncie naukowym stało się impulsem do podjęcia prezentowanych badań.

---

<sup>1</sup> Autorka składa serdeczne podziękowania Pani dr hab. Katarzynie Węsierskiej za cenne uwagi i sugestie podczas pisania niniejszej pracy; słowa wdzięczności kieruje również do Pani mgr Agaty Sakwerdy za pomoc w realizacji badania.

## Metodologiczne założenia podjętych analiz badawczych

Opisywany projekt badawczy ma charakter interdyscyplinarny, dotyka zagadnień znajdujących się w kręgu zainteresowań wielu dyscyplin naukowych m.in. pedagogiki społecznej i specjalnej, psychologii oraz socjologii. Nade wszystko jednak podejmowana problematyka mieści się w obszarze zagadnień logopedii, a w sposób szczególnie – balbutologopedii. Cel podjętych badań w głównej mierze ma charakter diagnostyczny. Z jednej strony wiąże się z rozpoznaniem ogólnego nasilenia jąkania i jego objawów w mowie badanego dziecka, z drugiej zaś – poznaniem jakości życia dziecka i jej związków z zaburzeniem płynnego komunikowania się. Realizacja założonych celów wymagała sprecyzowania zagadnień badawczych. Dlatego, przystępując do badań, postawiono pytanie ogólne: *Jaka jest subiektywnie postrzegana jakość życia dziecka jąkającego się w obszarze funkcjonowania psychospołecznego?* Jednocześnie na podstawie tak zdefiniowanego problemu głównego zadano pytania szczegółowe: *Jaka jest samoocena badanego dziecka? Jakie jest samopoczucie psychiczne diagnozowanego dziecka? Jak kształtuje się orientacja życiowa badanego dziecka? Czy trudności dziecka w komunikacji rzutują na jego kontakty z rówieśnikami? W jakim stopniu otoczenie społeczne jest dla dziecka wsparciem?* Wymienione pytania badawcze precyzują zakres prowadzonych eksploracji.

Nadrzędnym warunkiem rozwiązania problemów, a co za tym idzie – powodzenia badań, jest odpowiedni dobór metod i technik, czyli sposobów postępowania naukowego (Łobocki, 2006). Ze względu na charakter podjętych analiz jako metodę badawczą przyjęto studium przypadku, która – jak piszą Jacek Janas-Kaszczuk i Zbigniew Tarkowski (1991) – jest podstawową metodą badania logopedycznego. Jednocześnie wykorzystano kilka typowych dla niej technik badawczych. Posłużono się analizą dokumentów – dokumentacji logopedycznej zgromadzonej przez szkolnego logopedę. Uzyskane w ten sposób dane stanowiły doskonały punkt wyjścia dla dalszych etapów pracy empirycznej. Szczególnie przydatną techniką okazał się pomiar, w ramach którego zastosowano szereg kwestionariuszy (narzędzi o różnym stopniu standaryzacji) pomocnych w ocenie jąkania i jakości życia:

- **BAB** – zestaw narzędzi do oceny zachowań w jąkanii (*Behaviour Assessment Battery*) dla dzieci w wieku szkolnym (Vanryckehem, 2018 w tłumaczeniu A. Krawczyk i K. Węsierskiej, wersja do badań normalizacyjnych);
- **KiddyCAT** – test do badania postaw związanych z komunikowaniem się jąkających się dzieci w wieku przedszkolnym *The KiddyCAT Communication Attitude Test for Preschool and Kindergarten Children Who Stutter* Vanryckehem i Brutten, w polskiej adaptacji K. Węsierskiej (2015);
- **OASES-S** (*Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering*) (Yaruss, Coleman, Quesal 2010), w adaptacji M. Danielowskiej, J. Tuchowskiej, M. Fałciśzewskej;
- **KIDSCREEN-52** – polska wersja kwestionariusza do badania jakości życia związanej ze zdrowiem dzieci i młodzieży (*Health Related Quality of Life Questionnaire*

*for Children and Young People*) opracowana przez Instytut Matki i Dziecka (Mazur, Małkowska-Szkutnik, Dzielska i Tabak, 2008);

- **TBQ-CS** – *Dokuczanie i znęcanie się nad jąkającymi się dziećmi*, kwestionariusz dla dzieci, wersja zaktualizowana (*Teasing and Bullying Questionnaire for Children Who Stutter – Revised*) autorstwa M. Langevin (1998), zaadaptowany przez K. Węsierską we współpracy z M. Węsierską;
- **LOT-R** – *Test orientacji życiowej (Life Orientation Test-Revised)* autorstwa M. Schier, C. Carve, M. Bridges, w adaptacji R. Poprawy i Z. Juczyńskiego (2009);
- **SES** – *Skala samooceny Rosenberga (Rosenberg Self-Esteem Scale)* zaadaptowana przez I. Dzwonkowską, K. Lachowicz-Tabaczek i M. Łagun (2008);
- **KWS-18** – *Krótką skalę oceny wsparcia społecznego młodzieży* (wersja eksperymentalna) opracowana przez B. Skowrońskiego i R. Pabicha (2015).

Zgromadzone tą drogą dane uzupełniono o informacje pozyskane w czasie obserwacji oraz wywiadów z rodzicami, szkolnym wychowawcą i samą dziewczynką prowadzonych w oparciu o dostosowany do wieku dziewczynki kwestionariusz DJ – *Diagnoza jąkania u dzieci w wieku przedszkolnym* (Węsierska, Jeziorczak, 2016).

## Informacje o dziecku

Dzieckiem objętym studium przypadku jest 9-letnia dziewczynka, Hania – uczennica trzeciej klasy szkoły podstawowej<sup>2</sup>. Hania urodziła się z ciążą pierwszej, przebiegającej bez powikłań. Poród nastąpił o czasie, metodą cesarskiego cięcia. Stan noworodka był dobry, nie stwierdzono jakichkolwiek deficytów i wad wrodzonych.

Szczegółowy wywiad z rodzicami dostarczył też cennych informacji o rozwoju dziecka i jego ogólnej kondycji zdrowotnej. Rozwój ruchowy przebiegał bez zakłóceń, dziewczynka zdobywała kolejne umiejętności motoryczne i samoobsługowe we właściwym czasie. Od początku wykazywała lateralizację prawostronną, używając zazwyczaj prawej ręki jako wiodącej. Hania zarówno w wieku niemowlęcym, jak i wczesnodziecięcym nie przeżyła żadnych poważnych chorób, nie uległa też żadnemu wypadkowi. We wczesnych stadiach rozwoju mowy, zdaniem rodziców, dziewczynka prawidłowo gaworzyła, wypowiadała pierwsze wyrazy oraz właściwie formułowała zdania i pytania. Nie zauważono zatem żadnych odstępstw od normy w zakresie nabywania sprawności językowych.

Prawidłowy jest także rozwój umysłowy dziecka. Hania posiada bogaty zasób słownictwa, jest niezwykle ciekawa świata – co z łatwością można było zaobserwować podczas terapii. W trakcie zajęć przejawiała duże zainteresowanie proponowanymi ćwiczeniami, często zadawała pytania. Z relacji szkolnego wychowawcy wynika, że dziewczynka jest zdolną i pracowitą uczennicą. Aktywnie uczestniczy w życiu klasy, chętnie spędza czas z rówieśnikami. Zdaniem nauczyciela jest też bardzo am-

<sup>2</sup> Rodzice wyrazili zgodę na wykorzystanie wyników badania logopedycznego do celów naukowych, ale w trosce o anonimowość dziecka w prezentowanym opisie wszelkie dane wrażliwe (w tym imię dziewczynki i dokładna data urodzenia) zostały zmienione lub pominięte.

bitna – mocno przeżywa wszelkie niepowodzenia edukacyjne i nie potrafi dobrze radzić sobie z porażką.

Rodzice opisali Hanię jako dziewczynkę otwartą, łatwo adaptującą się do zmian, bez trudu dostosowującą się do obowiązujących zasad. Przyznali zarazem, że nie sprawia ona kłopotów wychowawczych i nie zdarza jej się manifestować zachowań trudnych do zaakceptowania przez otoczenie. Na ogół dziecko jest radosne, choć – jak stwierdzili rodzice – ma tendencję do nadmiernego zamartwiania się trudną, problematyczną sytuacją. Z relacji matki wynikało, że Hania w kontakcie z innymi jest dość niecierpliwa – chce szybko podjąć daną czynność lub wypowiedzieć swoje zdanie. Potwierdziła to obserwacja prowadzona podczas badania logopedycznego. Rzeczywiście, dziewczynka ma skłonność do przerywania innym, z trudem przychodziło jej czekanie na swoją kolej. Hania dała się poznać jako dziewczynka bardzo mocno skoncentrowana na prawidłowym wykonywaniu zadań. Podczas terapii wszystkie ćwiczenia realizowała z ogromną skrupulatnością i dbałością o każdy szczegół. Wyraźnie martwiła się, gdy wykonywana przez nią praca nie była – w jej odczuciu – idealna. Rodzice przyznali, że takie zachowanie córki jest typowe. Żadne z domowników nie dostrzega u dziewczynki problemów w nawiązywaniu relacji interpersonalnych, przeciwnie – rodzice uważają, że córka doskonale odnajduje się podczas zabaw w grupie.

## Diagnoza jąkania

W praktyce logopedycznej (podobnie jak w medycynie) konieczne jest postawienie diagnozy. Dokładne poznanie potrzeb dziecka i jego możliwości pozwoli na zaplanowanie takich działań terapeutycznych, które będą wykorzystywać jego potencjał oraz stworzą mu warunki do prawidłowego rozwoju i doskonalenia zaburzonych funkcji (Kamińska, 2007). Zdaniem Zbigniewa Tarkowskiego (2003) zasadniczym celem procesu diagnozowania osoby jękającej się jest ocena niepełności mówienia oraz reakcji jej towarzyszących, stąd też w tej części rozdziału akcent zostanie położony na te elementy, choć diagnoza – jak pokażą dalsze analizy – miała raczej wymiar holistyczny, dotykając nie tylko kwestii związanych ze sposobem mówienia dziewczynki, ale znacznie szerszego kontekstu.

### Problem z perspektywy rodziców i szkolnego wychowawcy

Pierwsze objawy jąkania rodzice zaobserwowali w drugim roku życia dziewczynki. W momencie pojawienia się problemu – zdaniem matki – objawiało się ono przede wszystkim powtarzaniem sylab. Rodzice nie zauważyli innych niepokojących symptomów. Według matki objawy jąkania od tamtego czasu nie uległy zmianie, przy czym obserwowane są okresy nasilenia i zanikania niepełności. Wzrost problemów w mowie zauważa się przeważnie, gdy dziecko jest pobudzone, mówi szybko

lub coś tłumaczy. W kręgu najbliższej rodziny nie występowały przypadki jąkania – z przeprowadzonych rozmów wynika, że u obojga rodziców mowa rozwijała się harmonijnie, nie można więc mówić o obciążeniu dziedzicznym u Hani. Jąkanie dziewczynki – jak twierdzą rodzice – nie wpływa na jej relacje z rówieśnikami oraz sytuację szkolną. Hania lubi chodzić do szkoły, dobrze sobie w niej radzi i nie wstydzi się mówić. Rodzice w wywiadzie sygnalizowali, że (w większym lub mniejszym stopniu) martwią się nie płynnością mowy u córki. W związku z tym, kiedy dostrzeżono pierwsze zakłócenia w mowie dziecka, zasięgnięto konsultacji logopedycznej. Wówczas podjęto jedynie działania pośrednie, polegające na instruktażu i poradnictwie dla rodziców.

Szerszy obraz nie płynności mowy dziewczynki przedstawia wychowawczyni Hani, której zdaniem, manifestuje ona takie objawy, jak: powtarzanie fraz lub całych słów oraz powtarzanie w wyrazach i głosek. Objawy te wzmagają się z reguły w sytuacjach stresujących i podczas pytań „z zaskoczenia”. Podobnie jak rodzice nauczycielka nie dostrzega przeciągania głosek, problemów z oddechem podczas mówienia oraz trudności z utrzymaniem kontaktu wzrokowego z rozmówcą. Mimo słyszalnych symptomów w opinii szkolnego wychowawcy wypowiedzi Hani są zawsze zrozumiałe. Uczennica chętnie zabiera głos i nie ma trudności z wypowiedzaniem się na forum klasy. Problemy w płynnym komunikowaniu się nie rzutują też na jakość jej kontaktów z innymi uczniami oraz ogólną aktywność w społeczności szkolnej.

### Jąkanie w ocenie dziewczynki

Sama dziewczynka ma świadomość obecności problemu w mowie, co więcej – wyrażnie jej on przeszkadza. Zapytana, o co poprosiłaby złotą rybkę, gdyby taką spotkała, bez namysłu odpowiedziała: żebym przestała się jąkać. Sposób jej mówienia – jak stwierdza – przeszkadza także innym osobom. W wywiadzie Hania przyznała, że zdarza jej się czasami powtarzać dźwięki oraz przeciągać głoski. Niekiedy miewa też trudności z wydobyciem głosu. Jednocześnie dziewczynka wskazała, że przeważnie lubi mówić dużo i często. W badaniu testem *KiddyCAT* pozwalającym ocenić, co dziecko myśli na temat swoich umiejętności w zakresie komunikowania się, Hania zdobyła 4 punkty z 12 możliwych. Uzyskany przez dziewczynkę wynik, choć w dolnej granicy, sugeruje jednak, że należy rozpatrywać jej stosunek do własnej mowy jako bardziej typowy dla dzieci jąkających się.

Mając na uwadze stanowisko Martine Vanryckeghem (2018) wyrażającej przekonanie, że ocena osób jąkających się powinna być procesem wielowymiarowym, uwzględniającym zastosowanie metod opartych na autoewaluacji, w omawianym badaniu wykorzystano zestaw narzędzi *BAB (Behaviour Assessment Battery)* dających wgląd w różne wymiary zaburzenia – afektywny, behawioralny, poznawczy. Informacje pozyskane w tej części badania pokazują, że Hania szczególnie obawia się mówić w sytuacji, gdy zostanie zadane jej pytanie, na które nie zna odpowiedzi, oraz podczas rozmów z obcymi osobami i w trakcie konfliktów z rówieśnikami. Spo-



re wyzwanie stanowi też dla niej głośne czytanie książki, prezentacja ustna na forum klasy oraz wypowiedzianie dźwięków/słów, które uważa za trudne. W wymienionych sytuacjach – zdaniem dziewczynki – najczęściej pojawiają się zakłócenia w mowie. Dziewczynka, aby pomóc sobie w wydobyciu dźwięków i słów – jak sama stwierdziła – na ogół dotyka włosów, napręża mięśnie szyi, porusza swoim ciałem i ramionami. Niekiedy też, zanim zacznie mówić, robi głęboki wdech i zatrzymuje oddech. Przyznaje ponadto, że zdarza jej się – aby uniknąć wypowiedzi – pokazywać to, co ma do przekazania innym. Nie jest natomiast świadoma występujących u siebie takich zachowań, jak: mrużenie oczu, ruszanie rękami i nogami czy wtrącanie dodatkowych, zbędnych słów przed wyrazem sprawiającym jej kłopot. Hania, opisując swoją mowę i jej stosunek do komunikowania się, uznała, że nie mówi tak jak pozostałe dzieci. Ten sposób mówienia nie podoba się zarówno jej samej, jak i najbliższemu otoczeniu – zwłaszcza rodzicom oraz rówieśnikom, którzy często z tego powodu wyśmiewają się z niej. Dziewczynka obserwuje, że ludzie martwią się tym, jak mówi, i niekiedy – choć przeważnie na to nie pozwala – dopowiadają jej wypowiedź lub chcą ją w tym wyręczyć. Sama Hania również przyznaje, że przejmuje się swoimi trudnościami w mowie i chciałaby wypowiadać się tak jak inne dzieci.

W kolejnym kroku starano się ustalić, jakie są różne aspekty doświadczeń dziewczynki w związku z jękaniami oraz w jakim stopniu zaburzenie to wpływa na subiektywnie postrzeganą jakość życia. W tym celu posłużono się narzędziem OASES-S (*Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering*) dla dzieci między 7. a 12. rokiem życia. Rezultaty tego badania przedstawiono w poniższej tabeli (zob. tabelę 1.).

**Tabela 1.** Wyniki badania kwestionariuszem OASES-S

| Część                                      | Punkty | Wypełnione pozycje | Wskaźnik wpływu | Ocena wpływu         |
|--|--------|--------------------|-----------------|----------------------|
| Informacje ogólne                          | 49     | 15                 | 3,27            | umiarkowany/ciężki   |
| Twoje reakcje na jękanie                   | 55     | 20                 | 2,75            | umiarkowany          |
| Komunikowanie się w sytuacjach codziennych | 33     | 15                 | 2,20            | łagodny/ umiarkowany |
| Jakość życia                               | 23     | 10                 | 2,30            | umiarkowany          |
| Suma                                       | 160    | 60                 | 2,67            | umiarkowany          |

Źródło: Badanie własne.

Wyniki uzyskane przez Hanię w poszczególnych częściach/sekcjach oraz zgromadzone w toku badania informacje prowadzą do następujących wniosków:

- „informacje ogólne” – dziewczynka nie używa technik upłynniających mowę i w związku z tym ma znaczne trudności z powiedzeniem tego, co chce powiedzieć. Posiada niewielką wiedzę na temat uwarunkowań jękania oraz możliwych form pomocy;

- „twoje reakcje na jąkanie” – często przejawia fizyczne napięcie i swoistą walkę podczas mowy, unika różnych słów i sytuacji mówionych oraz używa wypełniaczy i słówek startowych, by ukryć jąkanie lub mu zapobiec. Ma problem z zaakceptowaniem jąkania;
- „komunikowanie się w sytuacjach codziennych” – ma pewne trudności w mówieniu w określonych sytuacjach społecznych, choć przeważnie może swobodnie komunikować się i na ogół jest w stanie powiedzieć to, co chce powiedzieć;
- „jakość życia” – odczuwa negatywny wpływ jąkania na wybrane aspekty swojego życia, w tym mniejszą satysfakcję z komunikacji, trudności z powodzeniem w szkole oraz pewne ograniczenia w zakresie możliwości uczestniczenia w wydarzeniach towarzyskich.

Reasumując, na podstawie prowadzonych analiz oraz całościowego wyniku w badaniu, zauważa się, że dziewczynka postrzega siebie jako mówiącego, który ma trudności w komunikowaniu się w wielu sytuacjach. Wykazuje wyraźne napięcie fizyczne i pewną walkę podczas jąkania. Czynniki te nierzadko przeszkadzają jej w mówieniu i uniemożliwiają powiedzenie tego, co chce powiedzieć. Jednocześnie Hania eksponuje negatywne afektywne i poznawcze reakcje na jąkanie. Ma pewne problemy z funkcjonowaniem i jest zaniepokojona tym, w jaki sposób jąkanie koliduje z możliwościami posiadania dobrego życia.

## Wyniki badania logopedycznego

Pierwsze badanie logopedyczne przeprowadzono, gdy dziewczynka miała 7 lat. Podjęta wówczas diagnoza obejmowała początkowo ocenę mówienia, budowy i sprawności narządów artykulacyjnych oraz funkcji głosowej, oddechowej i umiejętności różnicowania dźwięków. Ta kompleksowa ocena funkcjonowania językowego Hani pozwoliła stwierdzić, że jąkaniiu nie towarzyszą wady wymowy – właściwie realizowane były bowiem wszystkie głoski, a badanie słuchu fonemowego dało prawidłowy wynik. Podczas diagnozowania rozpoznano natomiast oddychanie szczytowe i szybkie tempo mówienia. Dokonano jednocześnie oceny niepełności mowy dziewczynki. Wyniki tego badania (z uwzględnieniem ponownej diagnozy) przedstawiono w tabeli 2.

Szczegółowa diagnoza jąkania z użyciem *Kwestionariusza do badania stopnia niepełności mówienia u dzieci* (wersja robocza, Chęćek, Węsierska) pozwoliła na ustalenie, że w mowie dziewczynki wśród objawów przeważały liczne powtórzenia sylab i głosek, a także prolongacje – zwłaszcza samogłosek – oraz częste embołofrazje i sporadyczne bloki. Symptomy te wskazywały na kloniczno-toniczny charakter zaburzenia. Częstotliwość niepełności wynosiła średnio 8,9% w 300-sylabowej próbie wypowiedzi, co odpowiadało lekkiemu stopniu jąkania w przyjętej skali. W poszczególnych próbach dziewczynka osiągnęła następujące wyniki: w mowie narracyjnej – około 14% niepełności, w mowie dialogowej – około 6% niepełności, podczas czytania tekstu – 7%. W wypowiedziach, w których pojawiały się niepełności, dało

**Tabela 2.** Wyniki badania kwestionariuszem do badania stopnia niepełności mówienia u dzieci

| Wyszczególnienie                                   | Uzyskany wynik / ocena słowna |                    |
|--|-------------------------------|--------------------|
|  | Pierwsze badanie              | Ostatnie badanie   |
| Monolog / mowa opowieściowa / narracja             | 13,5%                         | 9,0%               |
| Dialog (odpowiadanie na pytania i zadawanie pytań) | 5,9%                          | 8,1%               |
| Czytanie krótkiego tekstu                          | 7,2%                          | 3,1%               |
| Przeciętny procent jąkania                         | 8,9%                          | 6,7%               |
| Ocena słowna częstotliwości jąkania                | stopień lekki                 | stopień lekki      |
| Charakter blokowania                               | kloniczno-toniczne            | kloniczno-toniczne |
| Ocena reakcji unikania (logofobia)                 | stopień znaczny               | stopień znaczny    |

Źródło: Badanie własne.

się również zaobserwować nienaturalne reakcje w postaci ruchów dłoni i palców, płytkiego wdechu, tracenia kontaktu wzrokowego, zbędnych ruchów powiek oraz częstego używania zwrotu *ja nie wiem* w celu uniknięcia mówienia. Chcąc uzyskać całościowy obraz problemu, dokonano również oceny reakcji unikania. Jak się okazało, liczba sytuacji życiowych, w których Hania nie chciałaby się znaleźć z powodu jąkania, wyniosła 36/50 wymienionych, co sugeruje znaczny stopień logofobii. Przeprowadzona ponownie diagnoza logopedyczna wykazała nieznaczne zmniejszenie natężenia niepełności w stosunku do poprzedniego badania. W próbie narracyjnej i czytania tekstu nasilenie objawów niepełności zmniejszyło się do – odpowiednio – 9% i 3%, słabiej natomiast dziewczynka wypadła podczas dialogu – liczba wyrazów niepełnych w stosunku do wyrazów wypowiedzianych wyniosła 8%. Po zsumowaniu wyników ustalono, że średnia częstotliwość jąkania w chwili obecnej utrzymuje się w granicach 6,7%, co wciąż sugeruje lekki stopień zaburzenia. Towarzyszące jąkaniiu objawy nie uległy zmianie – podczas obserwacji Hani zauważono dodatkowo zbyt liczne ruchy nóg, ramion i głowy oraz dotykane włosów. Rozpoznana logofobia wciąż utrzymuje się na wysokim poziomie.

## Obraz funkcjonowania psychospołecznego badanej dziewczynki

W artykule *Mowa i jej zaburzenia* Stanisław Grabias (1997) podkreśla, że diagnozowanie pacjentów z zaburzeniami mowy powinno angażować wszystkie sfery ludzkiej aktywności, nie tylko zakłócenia zachowań językowych, które są jedynie „wąskim odcinkiem procesu diagnostycznego”. Występowanie jakichkolwiek deficytów ma bowiem znaczący wpływ na funkcjonowanie dziecka. Stąd też w tej części przedstawione zostanie zagadnienie oceny wybranych aspektów jakości życia Hani.

Ponieważ trudno zachować dobrostan psychospołeczny bez pozytywnego myślenia na co dzień, charakterystykę funkcjonowania badanej dziewczynki rozpoczęła analiza jej orientacji życiowej. Zgodnie z ujęciem definicyjnym optymizm – według Ryszarda Stacha (2006) – jest „względnie trwałą tendencją do spostrzegania, wyjaśniania i oceniania świata i zjawisk w nim zachodzących w kategoriach raczej pozytywnych niż negatywnych oraz względnie trwałą skłonnością do przewidywania i oczekiwania przyszłych, mniej lub bardziej konkretnych wydarzeń jako raczej pomyślnych niż niepomyślnych” (s. 16). W badaniu przeprowadzonym kwestionariuszem *LOT-R (Life Orientation Test-Revised)* Hania osiągnęła wysoki wynik, co świadczy o jej dużym nastawieniu optymistycznym (zob. tabela 3).

**Tabela 3.** Wyniki badania kwestionariuszem LOT-R

| Orientacja życiowa | Uzyskany wynik |
|--------------------|----------------|
| Punktacja          | 20             |
| Sten               | 8              |
| Poziom             | Wysoki         |

Źródło: Badanie własne.

Jak sama przyznała, w trudnych chwilach zazwyczaj oczekuje pomyślnego rozwiązania, w przyszłość patrzy z dużą nadzieją i na ogół oczekuje, że przytrafi jej się więcej dobrego niż złego. Potwierdzeniem uzyskanego wyniku oraz czynionych przez dziewczynkę deklaracji są rezultaty prowadzonych obserwacji. Hania dała się poznać jako dziecko niezwykle pogodne, z pozytywnym nastawieniem do świata, czego wyrazem była jej rozpromieniona twarz. Optymistyczna orientacja dziewczynki napawa dużą radością, trudno nie zgodzić się bowiem ze stanowiskiem Lesława Kulmatyckiego (2008), że tego typu podejście w codziennym funkcjonowaniu przynosi namacalne korzyści – nie tylko dobrze wpływa na samopoczucie i nastrój, ale również pomaga radzić sobie z przeżywanymi problemami oraz ułatwia zachować poczucie dystansu w zmaganiu się z życiem.

Dobre funkcjonowanie młodego człowieka w dużym stopniu zależy również od jego samooceny – tego, na ile akceptuje to, co wie o sobie. Pojęciem samooceny na gruncie nauki zajmowało się dotychczas wielu badaczy. Aktualną do dziś definicję zaproponował Marris Rosenberg – twórca popularnej na całym świecie skali służącej do pomiaru tej zmiennej. Samoocena, jak stwierdził, jest pozytywną lub negatywną postawą wobec własnego Ja, jest rodzajem globalnej oceny siebie. Rosenberg zwraca jednocześnie uwagę, że wysoka samoocena to przekonanie jednostki o byciu wystarczająco dobrym, wartościowym człowiekiem. Niska samoocena oznacza w jego ujęciu niezadowolenie z siebie oraz odrzucenie własnego Ja (Dzwonkowska, Lachowicz-Tabaczek, Łagun, 2008). Uzyskany przez dziewczynkę wynik w badaniu kwestionariuszem *SES (Rosenberg Self-Esteem Scale)* pozwala stwierdzić, że jej samoocena kształtuje się na poziomie przeciętnym (zob. tabelę 4).

**Tabela 4.** Wyniki badania kwestionariuszem SES

|          |                |
|----------|----------------|
| Samocena | Uzyskany wynik |
| Punkcja  | 28             |
| Sten     | 5              |
| Poziom   | Przeciętny     |

Źródło: Badanie własne.

Hania podczas badania uznała, że na ogół lubi siebie i przeważnie jest z siebie zadowolona. W jej odczuciu posiada wiele pozytywnych cech i potrafi robić różne rzeczy tak dobrze, jak inni ludzie. Jednocześnie – co niepokojące – przyznała, że czasami czuje się bezużyteczna i mimo wszystko chciałaby mieć więcej szacunku do siebie. Deklaracje te, jak można przypuszczać na podstawie wcześniejszych badań, wynikają nie tyle z niezadowolenia z własnej osoby, ile raczej z braku akceptacji problemów w mowie. Uwagi te niezmiernie martwią, bo jak słusznie zauważa Jan Bielecki (2001), człowiek, który ma mniejszy szacunek do siebie, będzie przeżywał każde niepowodzenie (również związane z komunikowaniem się) w sposób o wiele bardziej bolesny niż człowiek spokojny i pewny siebie.

Szczególnie ważne dla samopoczucia dziecka są jego doświadczenia w relacjach z rówieśnikami. A te – jak pokazują wyniki badań prowadzonych na całym świecie – nie zawsze są pozytywne. Dla wielu uczniów szkoła nie jest miejscem, w którym mogą czuć się bezpiecznie. Wrogie zachowania młodych ludzi wobec siebie stały się w ostatnich latach niemal powszechne w środowisku edukacyjnym (Kołodziejczyk, 2008). Zjawisko tzw. *bullyingu* czy też przemocy rówieśniczej można definiować jako „negatywne fizyczne lub werbalne działania, które charakteryzują się wrogą intencją, powodują negatywne emocje u ofiar, są powtarzalne w czasie oraz charakteryzują się różnicą sił pomiędzy sprawcami a ofiarą” (Craig, Pepler, 2003: 577). Tego typu zachowania mogą przyjmować różne formy: werbalną (przezywanie, obgadywanie), społeczną (wykluczenie z grupy) oraz rzadziej spotykaną – związaną z aktami agresji fizycznej (Węsierska, Krawczyk, 2017). Doskonałym metodologicznym wsparciem w ocenie doświadczanej przemocy szkolnej okazała się polska wersja narzędzia *TBQ-CS (Teasing and Bullying Questionnaire for Children Who Stutter-Revised)*. Wyniki badania przedstawiono w tabeli 5.

**Tabela 5.** Wyniki badania kwestionariuszem TBQ-CS

| Dokuczanie i znęcanie w szkole       | Min. | Max | Uzyskany wynik |
|--------------------------------------|------|-----|----------------|
| Z powodu jąkania                     | 0    | 9   | 6              |
| Z innych powodów                     | 0    | 9   | 5              |
| Dokuczanie i znęcanie – wynik ogólny | 0    | 18  | 11             |

Źródło: Badanie własne.

Analiza zgromadzonego materiału badawczego ujawniła, że dziewczynka często zmaga się z problemem mobbingu szkolnego – średnio raz lub dwa razy w tygodniu z powodu jąkania i zdecydowanie rzadziej z innych przyczyn. W toku badania Hania przyznała, że najczęściej inne dzieci przedrzeźniały ją – naśladowały jej jąkanie, choć zdarzały się również sytuacje, w których rówieśnicy z tego samego powodu przezywali ją, plotkowali na jej temat i wyśmiewali się z niej. Takie zachowania, jak podkreśliła, zawsze sprawiały jej ogromną przykrość. Wobec dziewczynki nie stosowano nigdy przemocy fizycznej (bicie, popychanie, kopanie) i psychicznej (groźby). Nigdy też nie czuła się wykluczana z życia klasy, grupowych aktywności. Co istotne, sygnalizowała, że z wrogimi zachowaniami kolegów i koleżanek spotykała się przeważnie na terenie szkoły – na boisku i korytarzu. Dane zebrane w wyniku badania są mocno niepokojące, należy bowiem pamiętać, że mobbing szkolny może nieść za sobą poważne konsekwencje psychospołeczne, np. mniejszą aktywność społeczną, wzrost negatywnych uczuć, poczucie niższości i wyalienowania. Wszystko to z kolei może prowadzić do nasilenia objawów jąkania i zmniejszonej efektywności terapii logopedycznej (Węsierska i in., 2015).

Istotną rolę w kształtowaniu dobrostanu – pozytywnej jakości życia – pełni wsparcie społeczne. Jak sugerują Halina Sęk i Roman Cieślak (2012), obecność życzliwych ludzi, ich pomoc i bliskość, korzystnie wpływają na samopoczucie oraz radzenie sobie z problemami dnia codziennego. Różnie ujmowane wsparcie społeczne przez wspomnianych autorów definiowane jest jako „obiektywnie istniejące i dostępne sieci społeczne, które wyróżniają się od innych tym, że poprzez fakt istnienia więzi, kontaktów społecznych, przynależności, pełnią funkcję pomocną wobec osób znajdujących się w trudnej sytuacji” (s. 14). Podstawowym źródłem wsparcia w sytuacjach kryzysowych – zwłaszcza w okresie dzieciństwa – jest rodzina. Prócz najbliższych oparciem mogą być również przyjaciele, koledzy oraz inne, wybrane społeczności, w których przebywa dorastający człowiek (Skowroński, Pabich, 2015).

Wyniki uzyskane przez dziewczynkę w badaniu kwestionariuszem *KSWS-18* wyraźnie wskazują, że największym źródłem wsparcia są dla niej rodzice (zob. tabelę 6). Badanie to potwierdziło wcześniejsze deklaracje Hani, w których podkreślała, że czuje się kochana i rozumiana przez rodziców. Nieco słabiej (choć także wysoko) oceniła zachowanie nauczycieli. Dziewczynka dostrzega i docenia ich troskę oraz zaangażowanie. Zdecydowanie najmniej wspierające – w percepcji Hani – okazało się środowisko rówieśnicze. Choć dziewczynka przyznała, że chętnie spędza czas wolny z kolegami i koleżankami, a ich towarzystwo przeważnie poprawia jej humor, to nie do końca była pewna, czy zawsze są oni wobec niej lojalni. Stwierdziła jednocześnie, że brakuje jej przyjaciół, z którymi mogłaby szczerze porozmawiać o swoich problemach.

Jak stwierdza Anna Szerszeńska (2018), jąkanie to znacznie więcej niż tylko „jąkać się”, czyli przejawiać zakłócenia w płynnym komunikowaniu się. Zaburzenie to mieści w sobie o wiele więcej elementów, niż jest w stanie zarejestrować przeciętny rozmówca. Dziecko, które się jąka, na ogół bardzo mocno przeżywa istniejący problem,

**Tabela 6.** Wyniki badania kwestionariuszem KSW-18

| Formy wsparcia          | Min. | Max | Uzyskany wynik |
|-------------------------|------|-----|----------------|
| Wsparcie rówieśnicze    | 12   | 40  | 27             |
| Wsparcie nauczycielskie | 5    | 25  | 19             |
| Wsparcie rodzicielskie  | 5    | 25  | 24             |
| Wsparcie – wynik ogólny | 31   | 89  | 70             |

Źródło: Badanie własne.

konfrontuje się z różnymi trudnymi emocjami i niejednokrotnie doświadcza negatywnych reakcji ze strony otoczenia. Wszystko to istotnie wpływa na poziom odczuwanego zadowolenia z życia. W całościowej ocenie funkcjonowania psychospołecznego dziewczynki wykorzystano kwestionariusz *KIDSCREEN-52*. Uzyskane przez nią wyniki (we wszystkich analizowanych wymiarach) mieszczą się w górnej granicy, co świadczy o dość dobrej subiektywnie postrzeganej jakości życia (zob. tabela 7).

**Tabela 7.** Wyniki badania kwestionariuszem *KIDSCREEN-52*

| Wymiar jakości życia (HRQL)        | Min. | Max | Uzyskany wynik |
|------------------------------------|------|-----|----------------|
| Samopoczucie psychiczne            | 6    | 30  | 23             |
| Nastroje i emocje                  | 7    | 35  | 31             |
| Relacje z rodzicami i życie w domu | 6    | 30  | 24             |
| Wsparcie społeczne i koledzy       | 6    | 30  | 19             |
| Środowisko szkolne                 | 6    | 30  | 26             |
| Akceptacja społeczna               | 3    | 15  | 9              |
| Jakość życia – wynik ogólny        | 34   | 170 | 137            |

Źródło: Badanie własne.

Najwyżej ocenianym przez dziecko obszarem jakości życia jest „środowisko szkolne”, co oznacza, że pozytywnie postrzega ono szkołę, swoje osiągnięcia w nauce oraz relacje z nauczycielami. Również na podstawie prowadzonych obserwacji wydaje się, że dziewczynka lubi przebywać w szkole, chętnie do niej uczęszcza i z dużym entuzjazmem podchodzi do wszelkich wydarzeń szkolnych. Niewątpliwie mocną stroną Hani jest wymiar „nastroje i emocje” – cechuje ją dobre samopoczucie, wysoki poziom energii i ogólna stabilność emocjonalna. Jak sama przyznała, rzadko zdarza się jej odczuwać smutek czy przytłoczenie problemami i nigdy nie czuje się samotna. Znajduje to odzwierciedlenie w dobrej ocenie kolejnego wymiaru – „samopoczucia psychicznego”. Uzyskany tutaj wynik surowy wskazuje, że dziewczynka jest zadowolona z życia i przeważnie bywa w dobrym nastroju, co zresztą dało się zaobserwować podczas zajęć terapeutycznych. Na taką ocenę i jej usposobienie niewątpliwie w dużym stopniu przyczyniły się „relacje z rodzicami i życie w domu”.

Hania czuje się wspierana, kochana i rozumiana przez najbliższych, choć jednocześnie przyznaje, że rzadko poświęcają jej wystarczająco dużo czasu. W domu jednak zawsze jest szczęśliwa. Na nieco niższym poziomie plasuje się wynik dotyczący „wsparcia społecznego i kolegów”. Sugeruje on, że dziewczynka – choć akceptowana przez rówieśników – przypuszczalnie nie zawsze doświadcza ich wsparcia. W jej odpowiedziach pojawiły się stwierdzenia, że rzadko może rozmawiać o wszystkim z innymi dziewczętami lub chłopcami, rzadko też może na nich w pełni polegać. Z opinii szkolnego wychowawcy wynika, że Hania nie ma bliższej przyjaciółki, której mogłaby zwierzyć się ze swoich trosk i problemów. Nie jest jednak dzieckiem wycofanym, bardzo często spędza czas ze swoimi kolegami i koleżankami. Najbardziej prezentuje się obszar dotyczący „akceptacji społecznej”, co oznacza, że dziewczynkę (jak zresztą sama wspominała) niekiedy spotykają przykrości ze strony rówieśników. W trakcie badania stwierdziła, że rzadko obawiała się innych chłopców lub dziewcząt, dość często natomiast była przez nich wyśmiewana.

## **Jakość życia dzieci jąkających się – dyskusja wyników**

W literaturze logopedycznej od dawna akcentuje się wpływ jąkania na szeroko pojęte funkcjonowanie jednostki i jej jakość życia (por. Moćko, Węsierska, 2015). Znamienne jest jednak, że zazwyczaj badania koncentrują się jedynie na wąskim obszarze samopoczucia osoby żyjącej z zacięciem. Stąd też podjęto próbę nakreślenia problemu z perspektywy holistycznej, uwzględniającej wielość aspektów towarzyszących jąkaniu. Zgromadzone wyniki badań własnych, przy jednoczesnej analizie rezultatów badań innych autorów – jak się wydaje – pozwolą na lepsze zobrazowanie jakości funkcjonowania dzieci jąkających się.

Uświadomienie sobie przez dziecko swojej odmienności niejednokrotnie prowadzi do rezygnacji z kontaktów społecznych, ich unikania na rzecz aktywności w samotności. Jednocześnie, ignorowane przez rówieśników, stopniowo przyjmuje ono pozycje odrzucenia i izolacji w strukturze socjometrycznej zespołu klasowego, pozostając na marginesie życia grupowego (Kuszak, 2007; Davis, Howell, Cook, 2002). Co więcej, jąkający się uczniowie często stają się przedmiotem drwin i żartów ze strony swoich szkolnych kolegów. W obawie przed ośmieszeniem zwykle nie inicjują rozmów z innymi uczniami, nie uczestniczą w wydarzeniach towarzyskich, stoją gdzieś z boku niewidoczni (Chęciek, 2007). Tymczasem poczucie odrzucenia społecznego może powodować u dziecka poważne konsekwencje, włącznie z utratą poczucia sensu życia (Błachnio i in., 2015). Zdarza się również, że jąkający się uczniowie stają się ofiarami tzw. *bullyingu* – przemocy rówieśniczej (Blood i in., 2010). Potwierdzeniem tej smutnej prawdy są badania prowadzone pod kierunkiem Marilyn Langevin (1998). Z przedstawionego przez badaczy raportu wynika, że uczniowie jąkający się znacznie częściej doświadczają szkolnego mobbingu niż ich płynnie mówiący rówieśnicy. Około 81% jąkających się dzieci przyznało, że doku-



czano im w jakimś okresie nauki szkolnej z powodu ich zaburzenia, podczas gdy w grupie uczniów niemających problemów w mówieniu odsetek ten wynosił około 49–58%. Podobne doświadczenia w tym obszarze mają polskie dzieci jękające się – badania Katarzyny Węsierskiej i wsp. (2017) wykazały, że 73% ich uczestników zmagano się z problemem przemocy w środowisku edukacyjnym. Brak tolerancji wobec „inności” uczniów jękających się widoczny jest także w prezentowanych tu badaniach. W odpowiedzi na postawione pytanie, **czy trudności dziecka w komunikacji rzutują na jego kontakty z rówieśnikami**, stwierdzono, że dziewczynka wielokrotnie spotykała się z wrogimi zachowaniami innych dzieci, zwłaszcza starszych uczniów. Drwiny i żarty kolegów niemal zawsze odnosiły się do jej sposobu mówienia. Mimo tych przykrych doświadczeń Hania – jak wynika z relacji szkolnego wychowawcy oraz prowadzonych obserwacji – dobrze radzi sobie w rolach społecznych właściwych dla jej wieku. Doświadczane przez nią trudności w płynnym komunikowaniu się nie powodują mniejszej aktywności towarzyskiej i nie wpływają negatywnie na jakość kontaktów interpersonalnych. Uczennica cieszy się sympatią kolegów i koleżanek, co dało się zaobserwować podczas przerw lekcyjnych na szkolnym korytarzu. Sama dziewczynka również przyznała, że nie czuje się samotna i lubi spędzać czas z rówieśnikami, zarówno w szkole, jak i w czasie wolnym od zajęć.

Niezależnie od stopnia nasilenia jękania każde dziecko wymaga profesjonalnej i wielowymiarowej pomocy ze strony środowiska, w którym funkcjonuje na co dzień – zarówno tego rodzinnego, jak i szkolnego (Płusajska-Otto, Węsierska, 2009). Tylko akceptujące i efektywnie wspierające otoczenie stwarza możliwość pełnego rozwoju dziecka oraz wykorzystania tkwiącego w nim potencjału mimo zaburzenia płynności mowy, z którym się zmagają (Węsierska, Krawczyk, 2017). W związku z tym zastanawiano się również, **w jakim stopniu otoczenie społeczne jest wsparciem dla badanej dziewczynki**. Wyniki prowadzonych analiz dowodzą, że w klasie Hania może liczyć na zrozumienie innych dzieci, co niewątpliwie jest zasługą szkolnego logopedy, który starał się uwrażliwić uczniów na problem jękania – zgodnie z odwieczną prawdą, że zjawiska znane mniej dziwi i łatwiej nad nimi przejść do porządku dziennego. Dużym wsparciem pozostają także nauczyciele. Hania docenia ich życzliwość oraz zaangażowanie w jej edukację i rozwój. Szczególnym źródłem wsparcia są rodzice, na których pomoc i zrozumienie może liczyć w każdej sytuacji.

Negatywne doświadczenia społeczne zwykle powodują wystąpienie dalszych reperkusji. Dla większości jękających się dzieci ich zaburzenie jest źródłem stałych, przykrych przeżyć, a trudności w dzieleniu się swoimi myślami oraz przekonanie o niechętnym nastawieniu otoczenia przynębiają je coraz silniej, doprowadzając do rozpacz (Chęć, 2007). Potwierdzają to badania Agaty Błachnio (2013), która wykazała, że w profilu osób jękających się dominuje głównie lęk, wstyd, poczucie winy, bezsilność, wewnętrzne rozbicie, czyli emocje typowo negatywne. Podobnie Magdalena Zajac (2014) w badaniach własnych udowadnia, że osoby z niepełnością mowy w wyższym stopniu charakteryzuje skłonność do obwiniania się i odczuwania przynębienia. Na gorsze samopoczucie z przejawami depresji u młodzieży jękają-

cej się wskazują także analizy prowadzone przez Elżbietę M. Minczakiewicz (2005). Z przedstawionych przez autorkę danych wynika, że u około 71% dziewcząt i 61% chłopców obarczonych jękaniem dominuje obniżony nastrój. Zasadne było więc zbadanie, **jakie jest samopoczucie psychiczne diagnozowanego dziecka**. Jak się okazało, w chwilach jękania dziewczynce rzeczywiście towarzyszą emocje z grupy tych niepożądanych – jak sama mówi, czuje się wówczas przestraszona i zawstydzona – lecz na co dzień jest dzieckiem pogodnym i na pewno nie przejawiającym skłonności do zaburzeń nastroju.

Kolejnym zagadnieniem poddanym diagnozie w niniejszej pracy badawczej było ustalenie, **jak kształtuje się orientacja życiowa badanego dziecka**. Niektórzy uczeni (zob. Blood i in. 2011) stwierdzają, że osoby jąkające mają niższy poziom optymizmu w porównaniu z osobami, które się nie jękają. Badania własne nie potwierdzają jednak tego typu przypuszczeń. Uzyskany przez Hanię wysoki wynik w zakresie optymistycznego nastawienia i zadowolenia z życia potwierdza często goszczący na jej twarzy uśmiech oraz relacje osób z jej najbliższego otoczenia.

Obecność objawów jękania w mowie, jak sugerują niektórzy autorzy, może się także odbijać na samoocenie dziecka – choć do chwili obecnej badania nie potwierdzają jednoznacznie takiej zależności. W różnych publikacjach podawane są informacje potwierdzające związek między jękaniem a obrazem siebie, jak i negujące go. Samoocena „jestem jąkającym się” powoduje zaliczenie siebie do pewnej dewiacyjnej mniejszości, przyjęcie jednak tej etykiety – zdaniem Jolanty Góral-Pótroli i Zbigniewa Tarkowskiego (2012) – bynajmniej nie przeczy możliwości istnienia różnych wzorów osobowościowych w populacji jąkających się. Najczęściej jednak, jak przyznają wspomniani autorzy, w obrazie siebie dominuje wizerunek „jąkały”. Zauważają to między innymi Hanna Lewandowska (1987) oraz Elżbieta M. Minczakiewicz (2005), które w swoich badaniach wykazały, że jąkające się dzieci mają niższą samoocenę oraz gorszy obraz siebie niż dzieci mówiące płynnie. Doniesienia te potwierdzą również badania własne, w toku których – poszukując odpowiedzi na pytanie, **jaka jest samoocena badanego dziecka** – odnotowano u dziewczynki obniżone poczucie własnej wartości. Zgoła odmienne wnioski w swoich analizach empirycznych uzyskali Gordon W. Blood i wsp. (2003), którzy stwierdzili u 85% jąkających się nastolatków pozytywną samoocenę. Podobnie William M. Yovetich, Alan Leschied i Jason Flicht (2000) nie wykazali istotnych różnic w poziomie samooceny obu grup.

## Postępowanie terapeutyczne

W ciągu ostatnich kilku dekad – w związku z doniesieniami z badań nad jękaniem – poglądy terapeutów w zakresie sposobów jego przezwyciężania znacznie ewoluowały. Obecnie coraz częściej różni autorzy opisują i rekomendują w interwencji terapeutycznej podejście kompleksowe, łączące metody bezpośredniego i pośredniego oddziaływania na niepełność mówienia (Chęć, 1993; 2006; Ko-

stecka, 2004; Węsierska, 2010; Kelman, Nicholas, 2013). Taki też nurt przyjęto w pracy z Hanią.

Dziewczynka rozpoczęła terapię logopedyczną w pierwszej klasie szkoły podstawowej i kontynuuje ją do dnia dzisiejszego. Ponieważ szczególnie istotnym czynnikiem w procesie przełamania niepełności mowy jest systematyczność – co potwierdza również Elżbieta J. Lichota (2008) – zajęcia terapeutyczne Hani w ciągu roku szkolnego odbywają się regularnie, raz w tygodniu. Realizowane są w formie grupowej. Tak prowadzone spotkania dają duże możliwości. Przede wszystkim (Galas, 2017) uświadamiają dziecku, że nie jest samo ze swoim problemem, że inne dzieci natrafiają na podobne trudności w komunikowaniu się. Jednocześnie na podstawie sukcesów innych uczestników pokazują, że wykonywane ćwiczenia przynoszą oczekiwane rezultaty i motywują do dalszej pracy. Poza tym, jak pisze Zbigniew Tarkowski (2010), jękanie, będąc zaburzeniem komunikacji międzyludzkiej, nie może zostać przezwyciężone bez rozmów i kontaktów interpersonalnych.

W terapii zaburzeń płynności mowy doniosłą rolę odgrywa środowisko, w którym dziecko funkcjonuje na co dzień – jego rodzina oraz szkoła (Kamińska, 2007). Stąd też nieodłącznym elementem interwencji terapeutycznej od samego początku stała się współpraca logopedy z rodzicami Hani oraz jej szkolnym wychowawcą. Logopedzi na ogół bardzo mocno akcentują znaczenie i konieczność czynnego udziału rodziny w terapii jękania. Rodzice natomiast nie zawsze mają świadomość tego, jak wiele mogą zdziałać i jak dużo od nich zależy. Tymczasem z pomocą specjalisty mogą stworzyć warunki sprzyjające upłynnianiu mowy oraz znacząco przyspieszyć i usprawnić interwencję logopedyczną (Kowalczyk, 2017). W proces terapeutyczny Hani zaangażowała się przede wszystkim mama i to z nią logopeda utrzymuje stały kontakt. Podczas pierwszego spotkania z mamą dziewczynki zebrano szczegółowy wywiad, przedstawiono plan działania oraz podpisano kontrakt precyzujący podstawowe zasady współpracy terapeutycznej. Ponieważ – jak wskazuje Anna Kołodziej (2017) – fundamentalną częścią terapii jękania jest psychoedukacja rodziców, terapeutka poinstruowała mamę o zachowaniach i postawach szczególnie pomocnych w codziennym zmaganiu się z jękaniami.

Aby podjęta interwencja terapeutyczna była efektywna, istotna jest także relacja między logopedą a nauczycielem. Zdaniem Katarzyny Węsierskiej, Barbary Jeziorczak i Anny Chrostek (2013) wspólne działanie tych dwóch specjalistów jest bardzo potrzebne. Wychowawca szkolny jest dla terapeuty mowy źródłem wiedzy o umiejętnościach komunikacyjnych dziecka i wpływie jękania na funkcjonowanie w grupie. Logopeda może natomiast wspomagać pracę nauczyciela z jękającym się uczniem. Mając to na uwadze, terapeutka Hani pozostaje w stałym kontakcie z wychowawcą dziewczynki, udzielając na bieżąco wsparcia – dzieląc się wskazówkami, jak postępować, kiedy uczennica ma słabszy dzień i przejawia większe trudności w płynnym mówieniu, doradzając, co robić, aby komunikacja stała się dla niej łatwiejsza i swobodniejsza, podpowiadając, jak własną postawą można pomagać Hani.

Decyzja o rozpoczęciu interwencji logopedycznej pociągała za sobą konieczność wyboru właściwego sposobu postępowania, który sprzyjałby osiągnięciu zamierzonych efektów. Ponieważ postawione przez logopedę cele początkowo związane były głównie ze zmniejszeniem objawów niepełności mowy, pracowano w nurcie określonym terminem „mówienie bardziej płynne”. Zasadniczym celem tego podejścia u dzieci jąkających się jest – jak łatwo się domyślić – osiągnięcie płynności mowy w sposób stopniowy i zhierarchizowany, a następnie przeniesienie jej na różne sytuacje komunikacyjne, w których dziecko uczestniczy każdego dnia. W tak prowadzonej terapii nacisk kładziony jest przede wszystkim na jego sposób mówienia (Guitar, Peters, 2014).

Dążąc do poprawienia ogólnej płynności mowy dziewczynki, terapeutka bazowała w znacznej mierze na metodyce proponowanej przez Mieczysława Chęćka – logopedę, który od lat zajmuje się udzielaniem pomocy osobom jąkającym się. W związku z tym stosowano wówczas 12 Zasad Płynnego Mówienia, m.in. mówienie pełnymi zdaniem, pauzowanie, mówienie z szerokim otwieraniem jamy ustnej na samogłoskach, wdech przed rozpoczęciem mówienia, mówienie zwolnione. Wiodącymi sposobami pracy terapeutycznej z Hanią były jednak Technika Przedłużonego Mówienia oraz Technika Delikatnego Startu Mowy. W opinii wspomnianego już Mieczysława Chęćka oraz jego współpracowników (2014) to właśnie te techniki „konsekwentnie realizowane przez pacjenta mogą przyczynić się do zmiany sposobu mówienia i zastąpienia symptomów jąkania cechami mowy płynnej” (s. 7).

Ponieważ dla procesu płynnego mówienia niezmiernie istotne jest właściwe oddychanie, dziewczynka w trakcie terapii systematycznie realizowała ćwiczenia mające na celu pogłębianie oddechu, rozruszanie przepony, wydłużanie fazy wydechowej oraz zsynchronizowanie oddechu z treścią wypowiedzi. Dodatkowo podczas spotkań z Hanią, prowadzono ćwiczenia narządów mowy i ćwiczenia emisyjno-dykcyjne. Jednocześnie – ze względu na występujące u osób jąkających się napięcie mięśniowe (Kamińska, 2007) – do interwencji terapeutycznej wprowadzono elementy relaksacji pomocne w ich rozluźnieniu. W pracy z Hanią logopeda stosował ćwiczenia relaksacyjne metodą Edmunda Jacobsona, trening autogenny Johannesa H. Schultza oraz wizualizacje z wykorzystaniem muzyki relaksacyjnej.

Po pierwszym roku intensywnych działań terapeutka zmodyfikowała dotychczasowe cele, skupiając tym razem większą uwagę na oswojaniu lęków – zmniejszaniu u dziewczynki stanów logofobii. Akcent z oddziaływań koncentrujących się typowo na mowie Hani przeniesiony został na jej uczucia i emocje związane z jąkaniem oraz codzienną komunikacją. Celem stało się też pogłębianie jej wiedzy o zaburzeniu i przełamywanie tabu związanego z niemówieniem o nim, zgodnie z doniesieniami najnowszych badań, które potwierdzają, że otwarte rozmawianie z dzieckiem o napotykanym trudnościach w mówieniu ma działanie wyraźnie odczulające (Węsierska, Jeziorczak, 2016).

Podczas kolejnych sesji – w pracy nad zmianą przekonań Hani wobec problemu jąkania – terapeutka konsekwentnie realizuje ćwiczenia i strategie proponowane

przez autorów *Jak skutecznie pracować nad postawami i emocjami w terapii jąkania* (Chmela, Reardon, Scott, 2014). Jednocześnie do spotkań terapeutycznych włączono elementy socjoterapii, która również sprzyja wyrabianiu i utrwalaniu pożądanych cech czy postaw. Działania socjoterapeutyczne realizowane w sposób ciągły i nieprzypadkowy – jak podkreśla Dorota Kamińska (2007) – wzmacniają u dziecka wiarę we własne możliwości, rozwijają jego samoakceptację oraz kształtują umiejętność radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i wiążącymi się z nimi emocjami, pozwalając tym samym na lepszą integrację dziecka z grupą rówieśniczą. Podczas spotkań z dziewczynką wykorzystywane są również bajki i opowiadania terapeutyczne Marii Molickiej. Jak pokazuje praktyka, w terapii jąkania okazują się szczególnie przydatne, sprzyjając oswojeniu lęków i odwrażliwianiu pacjenta, inicjowaniu rozmów z dzieckiem na trudne tematy czy modelowaniu sposobów rozwiązywania różnych problemów (Tuchowska, Superson, 2017).

Interwencja terapeutyczna, którą została objęta Hania, z całą pewnością ma charakter wszechstronny, nie tylko ze względu na interdyscyplinarność wykorzystywanych metod i technik (logopedyczne, lingwistyczne, pedagogiczne i psychologiczne), ale przede wszystkim z uwagi na holistyczne podejście do dziecka jako całości.

## Prognozy – wskazania do dalszej pracy

Zdaniem Mieczysława Chęćka (2005) nie płynność mówienia w okresie szkolnym na ogół utrwała się i pogłębia aż do wieku dojrzewania. W przypadku Hani do tej pory dało się zaobserwować pewne – choć niespektakularne – postępy w zakresie płynności mowy, co potwierdzają wyniki ponownej diagnozy. Niemniej trudno jest przewidzieć, co dalej wydarzy się w funkcjonowaniu językowym dziecka. Nie sposób jednoznacznie prognozować, w którym momencie – i czy w ogóle – jąkanie ustąpi. Należy bowiem pamiętać, że jest ono skomplikowanym oraz wieloaspektowym zaburzeniem, a ryzyko niepowodzenia terapii czasem bywa nieuniknione. Poza tym, jak pisze amerykański profesor logopedii Dale F. Williams: „okienko umożliwiające eliminację jąkania nie jest otwarte na zawsze” (za: Węsierska, Jeziorczak, 2016: 43). Wśród specjalistów panuje zgoda co do tego, że szanse na skuteczne przezwyciężenie problemu są największe, gdy interwencja logopedyczna podjęta zostanie możliwie szybko (Węsierska, 2013). Tymczasem Hania – jak już wspomniano – objęta została terapią dopiero w wieku szkolnym.

Terapia dzieci szkolnych jest na pewno dłuższym i bardziej wymagającym procesem, przed Hanią zatem jeszcze długa, systematyczna i ciężka praca, która powinna być zorientowana nie tylko na sposób mówienia, ale również akceptację jąkania i radzenie sobie z nim w kontaktach międzyludzkich. Dlatego – jak się wydaje – kluczowe mogą okazać się stopniowo włączane do terapii formy pracy charakterystyczne dla nurtu określanego jako „jąkanie bardziej płynne”. W podejściu tym – zgodnie z potrzebami dziewczynki – nacisk kładziony jest na eliminowanie reakcji unikania,

zmniejszanie lęku związanego z komunikowaniem się oraz rozwijanie bardziej korzystnej postawy wobec mówienia przy jednoczesnym łagodzeniu charakteru niepłynności (zob. Guitar, Peters, 2014).

Nowo wprowadzone elementy terapii, takie jak edukacja i desensytyzacja, powinny być kontynuowane z uwagi na niewielką wiedzę dziewczynki na temat jąkania oraz jej negatywne nastawienie do problemu. W kolejnym kroku należałoby – co przypuszczalnie zostanie poczynione – wprowadzić techniki modyfikowania jąkania m.in. gry inicjujące i utrwalające rozluźniony sposób jąkania, komfortowe zatrzymywanie się w chwili niepłynności (tzw. zamrożenie momentu zająknięcia) oraz realizowane w formie zabawy ćwiczenia dobrowolnego jąkania (zob. Guitar, Peters, 2014). Podczas terapii nie powinno też zabraknąć – ze względu na doświadczaną przez dziecko przemoc rówieśniczą – kształtowania umiejętności społecznych oraz porad dotyczących tego, jak na co dzień radzić sobie z przykrymi zachowaniami kolegów i koleżanek. W sposób szczególny pomoc terapeutyczna powinna zostać ukierunkowana na wzmacnianie samoakceptacji dziewczynki. Pewność siebie przydatna w każdym aspekcie życia w terapii Hani może okazać się decydująca dla doskonalenia płynności mowy i jednocześnie umacniania jej dobrostanu psychospołecznego.

## Zakończenie

Przedstawione studium przypadku 9-letniej Hani pokazuje, że jąkanie się nie musi oznaczać gorszej jakości życia. Oczywiście nie sposób na podstawie badania pojedynczego dziecka wnioskować na temat funkcjonowania psychospołecznego dzieci żyjących „z zacięciem”, lecz uzyskane wyniki sugerują potrzebę dalszych empirycznych eksploracji nad jąkaniem i jego związkami z jakością życia. Otwarte pozostaje pytanie o to, co wpłynęło na subiektywnie dobrą sytuację życiową dziewczynki. Być może dużą rolę odegrały tutaj własne zasoby, indywidualne predyspozycje? Słusznie bowiem zauważa Katarzyna Węsierska, że podobnie jak osoby, które nie mają trudności z płynnym mówieniem, jąkający się reprezentują różne typy osobowości (za: Węsierska, 2012). A może decydujące okazało się otrzymywane przez dziecko wsparcie społeczne? W końcu nie bez powodu profesjonalści z zakresu jąkania – Katarzyna Węsierska i Aleksandra Krawczyk (2017: 26–27) – piszą:

Jeśli dziecko jąkające się jest akceptowane takim, jakim jest, i aktywnie wspierane zarówno w domu, jak i w środowisku szkolnym, to ryzyko, że będą rozwijać się u niego negatywne emocje związane z komunikowaniem się i niepożądane reakcje wtórne na jąkanie, jest zdecydowanie mniejsze.

Z tymi pytaniami autorka pozostawia Czytelnika, z nadzieją, że staną się one impulsem do szerszego zainteresowania jakością życia dzieci jąkających się.

## Bibliografia

- Bielecki J. (2001). Poczucie pewności siebie i potrzeba bezpieczeństwa u jękających się przed i po terapii. *Studia Psychologica*, 2, 103–109.
- Blood G.W., Blood I.M., Tellis G.M., Gabel R.M. (2003). A preliminary study of self-esteem, stigma, and disclosure in adolescents who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 28, 143–159.
- Blood G.W., Blood I.M., Tramontana G.M., Sylvia A.J., Boyle M.P., Motzko G.R. (2011). Self-reported experience of bullying of students who stutter: Relations with life satisfaction, life orientation, and self-esteem. *Perceptual and Motor Skills*, 113, 1–12.
- Blood G.W., Boyle M.P., Blood I.M., Nalesnik G.R. (2010). Bullying in children who stutter: Speech-language pathologists' perceptions and intervention strategies. *Journal of Fluency Disorders*, 35, 92–109.
- Błażnio A. (2013). Emocje odczuwane podczas mówienia przez osoby jękające się. *Kwartalnik Pedagogiczny*, 229 (3), 31–50.
- Błażnio A., Przepiórka A. (2012). Jąkanie jako zaburzenie z perspektywy psychologicznej: przegląd badań. *Psychologia Jakości Życia*, 11 (2), 211–222.
- Błażnio A., Przepiórka A., St. Louis K.O., Węsierska K., Węsierska M. (2015). Postawy społeczne wobec jąkania w Polsce – przegląd badań z użyciem POSHA-S. W: K. Węsierska, red., *Zaburzenia płynności mowy: teoria i praktyka*. T. 1 (s. 89–100). Katowice: Wydawnictwo Komlogo.
- Chęć M. (1993). Jąkanie. W: T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zaleski, red., *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy* (s. 125–140). Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Chęć M. (2005). Cała prawda o jąkanii. *Psychologia w Szkole*, 3, 127–140.
- Chęć M. (2006). Problemy dysfluencji mowy w aktualnych światowych badaniach (z uwzględnieniem V Kongresu Światowego Towarzystwa Zaburzeń Płynności Mowy w Dublinie. *Forum Logopedyczne*, 11, 37–44.
- Chęć M. (2007). *Jąkanie: diagnoza – terapia – program*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Chęć M., Bijak E., Kamińska D. (2014). *Jąkanie – skuteczne techniki płynnego mówienia: TPM i TDSM w Zmodyfikowanym Programie Psychofizjologicznej Terapii Jękających się*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Chmela K.A., Reardon N., Scott L.A. (2014). *Jak skutecznie pracować nad postawami i emocjami w terapii jąkania*. Katowice: Centrum Logopedyczne.
- Craig A., Blumgart E., Tran, Y. (2009). The impact of stuttering on the quality of life in adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 34 (2), 61–71.
- Craig W.M., Pepler D.J. (2003). Identifying and Targeting Risk for Involvement in Bullying and Victimization. *Canadian Journal of Psychiatry*, 28, 577–582.
- Davis S., Howell P., Cook F. (2002). Sociodynamic Relationship between Children Who Stutter and Their Non-stuttering Classmates. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 939–947.
- Dzwonkowska I. (2008). *Samoocena i jej pomiar: SES. Polska adaptacja skali SES M. Rosenberga. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Dzwonkowska I., Lachowicz-Tabaczek K., Łąguna M. (2007). Skala samooceny SES Morrisa Rosenberga – polska adaptacja metody. *Psychologia Społeczna*, 2 (2), 164–176.
- Galas B. (2017). Nie takie jąkanie straszne jak wilk, który połknął Kapturka... Refleksje na temat doświadczeń w grupowej terapii dzieci jękających się. W: J. Jankowska-Szafarska, B. Suligowska, R. Kara, K. Kupiec, red., *Życie z zacięciem. Integralny przewodnik po jąkanii* (s. 194–210). Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.

- Góral-Pótroła J., Tarkowski Z. (2012). *Skala samooceny i oceny jąkania*. Lublin–Kielce: Wydawnictwo Fundacji „Orator” i Wydawnictwo Wyższej Szkoły Ekonomii, Turystyki i Nauk Społecznych w Kielcach.
- Grabias S. (1997). Mowa i jej zaburzenia. *Audiofonologia*, 10, 9–36.
- Guitar B., Peters J.T. (2014). *Dobór metod terapii jąkania. Przewodnik dla logopedów*. Katowice: Centrum Logopedyczne.
- Janas-Kaszczuk J., Tarkowski Z. (1991). *O metodologii logopedii: wprowadzenie do badań nad teorią i metodą logopedii*. Lublin: Fundacja Zaburzeń Mowy.
- Juczyński Z. (2009). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Kamińska D. (2007). *Wspomaganie płynności mowy dziecka – profilaktyka, diagnoza i terapia jąkania wczesnodziecięcego*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Kelman E., Nicholas A. (2013). *Praktyczna interwencja w jąkaniu wczesnodziecięcym: podejście interakcyjne rodzic – dziecko – Palin PCI*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Klompas M., Ross E. (2004). Life experiences of people who stutter, and the perceived impact of stuttering on quality of life: personal accounts of South African individuals. *Journal of Fluency Disorders*, 29 (4), 275–305.
- Koedoot C., Bouwmans C., Franken M., Stolk E. (2011). Quality of life in adults who stutter. *Journal of Communication Disorders*, 44 (4), 429–443.
- Kołodziej A. (2017). Będąc logopedą na rubieży... Moje sposoby pracy z dzieckiem jąkającym się. W: J. Jankowska-Szafarska, B. Suligowska, R. Kara, K. Kupiec, red., *Życie z zacięciem. Integralny przewodnik po jąkaniu* (s. 211–217). Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.
- Kołodziejczyk A. (2008). Przeciwdziałanie agresji i przemocy wśród uczniów. W: B. Woynarowska, red., *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki* (s. 518–548). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kostecka W. (2004). *Zintegrowany program terapii osób jąkających się*. Lublin: AWH Antoni Dudek.
- Kowalczyk Ł. (2017). Strategie rodzinne w terapii jąkania wczesnodziecięcego. W: J. Jankowska-Szafarska, B. Suligowska, R. Kara, K. Kupiec, red., *Życie z zacięciem. Integralny przewodnik po jąkaniu* (s. 108–115). Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.
- Kulmatycki L. (2008). Optymizm. W: B. Woynarowska, red., *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki* (s. 423–433). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kuszek K. (2007). Rozwojowa niepełność czy jąkanie – jak rozpoznać zaburzenie i jak postępować. *Wychowanie na co Dzień*, 12, 6–9.
- Langevin M., Bortnick K., Hammer T., Wiebe E. (1998). Teasing/bullying experienced by children who stutter: Toward development of a questionnaire. *Contemporary Issues in Communication*, 25, 12–24.
- Lewandowska H. (1987). Samoocena a stosunek pacjentów do własnego jąkania przed i po terapii prowadzonej metodą kompleksową. *Zagadnienia wychowawcze a zdrowie psychiczne*, 5–6, 73–84.
- Lichota E.J. (2008). *Profilaktyka jąkania i niepełności mówienia*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Łobocki M. (2006). *Metody i techniki badań pedagogicznych*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Mazur J., Małkowska-Szcutnik A., Dzielska A., Tabak I. (2008). *Polska wersja kwestionariuszy do badania jakości życia związanej ze zdrowiem dzieci i młodzieży*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.



- Minczakiewicz E.M. (2005). Samoocena i samoakceptacja młodzieży jękającej się. W: E.M. Minczakiewicz, red., *Holistyczne aspekty logopedycznej terapii jękających się* (s. 44–95). Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- Moćko N., Węsierska K. (2015). Sytuacja dziecka jękającego się w przedszkolu i w szkole. W: A. Guzy, M. Wójcik-Dudek, B. Niesporek-Szamburska, red., *Szkoła bez barier. O trudnościach w nauczaniu i uczeniu się* (s. 79–98). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Płusajka-Otto A., Węsierska K. (2009). Znaczenie współpracy logopedy i nauczyciela w terapii dziecka jękającego się. *Forum Logopedyczne*, 17, 29–34.
- Sęk H., Cieślak R. (2012). Wprowadzenie. W: H. Sęk, R. Cieślak, red., *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 7–10). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Skowroński B., Pabich R. (2015). Krótka skala oceny wsparcia społecznego młodzieży – konstrukcja i właściwości psychometryczne. *Profilaktyka Społeczna i Resocjalizacja*, 2 (2), 89–114.
- Stach R. (2006). *Optymizm. Badania nad optymizmem jako mechanizmem adaptacyjnym*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Szerszeńska A. (2018). Zastosowanie terapii zintegrowanej u 7-letniego jękającego się chłopca – studium przypadku. W: K. Węsierska, red., *Zaburzenia płynności mowy* (s. 192–207). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Tarkowski Z. (2003). Terapia jękających się. W: T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, red., *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki. T. 2. Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci i osób dorosłych* (s. 430–438). Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Tarkowski Z. (2010). *Jękanie. Księga pytań i odpowiedzi*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Tuchowska J., Superson B. (2017). Bajki i opowiadania terapeutyczne w terapii dzieci jękających się. W: J. Jankowska-Szafarska, B. Suligowska, R. Kara, K. Kupiec, red., *Życie w zacięciem. Integralny przewodnik po jękaniu* (s. 170–175). Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.
- Vanryckeghem M. (2018). Wielowymiarowa, oparta na dowodach diagnoza prowadząca do wielopłaszczyznowej terapii jękania. W: K. Węsierska, red., *Zaburzenia płynności mowy* (s. 30–43). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Vanryckeghem M., Brutton G. (2015). *KiddyCAT: Test do badania postaw związanych z komunikowaniem się jękających się dzieci w wieku przedszkolnym*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Węsierska K. (2010). Interakcyjna Terapia Rodzic-Dziecko – Palin Parent-Child Interaction Approach (Palin PCI) – przykładem skutecznego postępowania logopedycznego w jękaniu wczesnodziecięcym. *Forum Logopedyczne*, 18, 23–33.
- Węsierska K. (2012). Problemy jękania się dzieci w wieku przedszkolnym. W: J. Skibska, D. Larysz, red., *Neurologopedia w teorii i praktyce: wybrane zagadnienia diagnozy i terapii dziecka* (s. 107–137). Bielsko-Biała: Wydawnictwo Naukowe Akademii Techniczno-Humanistycznej.
- Węsierska K. (2013). *Opieka logopedyczna w przedszkolu. Profilaktyka – diagnoza – terapia*. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne Akapit.
- Węsierska K., Gacka E., Langevin M., Węsierska M. (2015). Sytuacja szkolna dzieci jękających się w Polsce – wstępne wyniki badań i strategie pomocy. W: K. Węsierska, red., *Zaburzenia płynności mowy: teoria i praktyka. T. 1* (s. 221–236). Katowice: Wydawnictwo Komlogo.
- Węsierska K., Jeziorczak B. (2016). *DJ: Diagnoza jękania u dzieci w wieku przedszkolnym*. Katowice: Wydawnictwo Komlogo.
- Węsierska K., Jeziorczak B., Chrostek A. (2013). Profilaktyka i wczesna interwencja w jękanu u małych dzieci. W: K. Węsierska, N. Moćko, red., *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej. T. 2* (s. 187–211). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Węsierska K., Krawczyk A. (2017). Wsparcie dziecka jękającego się w środowisku edukacyjnym. W: K.I. Bieńkowska, I. Marczykowska, A. Mysza, red., *Głos – Język – Komunikacja. T. 4. Funk-*

*cjonowanie społeczne dzieci z problemami komunikacyjnymi* (s. 13–30). Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.

Yaruss J. (2010). Assessing quality of life in stuttering treatment outcomes research. *Journal of Fluency Disorders*, 35 (3), 190–202.

Yaruss J., Coleman C., Quesal R. (2010). *OASES: Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering: Ages 7–12*. Bloomington: Pearson Assessments.

Yovetich W.M., Leschied A., Flicht J. (2000). Self-esteem of school-age children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 25 (2), 143–153.

Zajac M. (2014). Zaburzenia rozwoju mowy a samoocena dziecka. W: D. Baczała, J.J. Bleszyński, red., *Terapia logopedyczna* (s. 237–253). Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.

## Streszczenie

Jąkanie zakłóca nie tylko – jak mogłoby się wydawać – mowę osoby zmagającej się z nim. Zdaniem badaczy zjawiska złożony charakter zaburzenia wynika również z jego destrukcyjnego wpływu na wiele sfer funkcjonowania człowieka. Celem prezentowanego studium przypadku jest zwrócenie uwagi na problematykę jakości życia dziecka jąkającego się. Szczegółowej analizie poddano orientację życiową i samopoczucie psychiczne diagnozowanego dziecka, jego samoocenę, jakość relacji z rówieśnikami oraz percepcję otrzymywanego wsparcia społecznego.

**Słowa kluczowe:** jąkanie, jakość życia, samoocena, optymizm, przemoc rówieśnicza, wsparcie społeczne

## Summary

Stuttering does not solely interfere as it may seem, with the ability to speak of the person who is struggling with this disorder. According to the researchers of the phenomenon, the complex nature of stuttering results from its destructive influence on many areas of human life. This case study aims to put emphasis on aspects of the quality of life of a stuttering child. A detailed analysis focused on the life orientation and mental well-being of the diagnosed child, his self-esteem, the quality of relationships with peers, and the perception of the received social support will be provided.

**Key words:** stuttering, quality of life, self-esteem, optimism, peer violence, social support



## Aspekt dwujęzyczności w pracy z dzieckiem jękającym się

The aspect of bilingualism in therapy with a child who stutters

### Wprowadzenie

Współczesny świat podlega procesom globalizacji. Ich konsekwencją jest migracja ludności, a więc i spotkania nowych kultur, co z jednej strony może prowadzić do wzrostu otwartości kulturowej, z drugiej zaś może rodzić takie zjawiska, jak ksenofobia czy etnocentryzm. W obliczu tych przemian logopedzi niechętnie podejmują się pracy z osobami dwujęzycznymi, a wśród nich także i takimi, które się jękają (Tellis, Tellis, 2003). Jednym z powodów jest brak wiedzy dotyczącej pracy z osobami pochodzącymi z różnorodnych kulturowo środowisk. Programy studiów bardzo rzadko uwzględniają aspekty związane z wielokulturowością i bilingwizmem, dlatego obawy klinicystów przed takimi wyzwaniami wydają się zrozumiałe. Według badań aż 48,5% logopedów nie spotkało się z zagadnieniami dwujęzyczności (Gaweł, Langdon, Węsierska, 2015, 2018), a dwujęzyczni logopedzi są prawdziwą rzadkością.

Zarówno zagraniczni, jak i polscy badacze uwzględniają w swoich definicjach wielowymiarowość jękania. Jękanie definiuje się jako brak integracji procesów planowania i produkcji mowy oraz języka o podłożu neurobiologicznym, które mogą prowadzić do zakłóceń w akustycznym sygnale mowy, czego konsekwencją mogą być bloki, powtórzenia sylab, a także napięcia. Zachowania te mogą być maskowane przez stosowanie uników komunikacyjnych (wypełnienia, objaśnienia), a w konsekwencji mogą powodować poważne trudności zarówno w komunikacji, jak i relacjach społecznych oraz jakości życia (Jackson, Quesal, Yaruss, 2012). Jękanie może się zatem manifestować na różnych poziomach: komunikacyjnym, psychologicznym i neurofizjologicznym (Woźniak, 2007). Jest to zjawisko niejednorodne o zmiennej, wieloczynnikowej etiologii. Koncepcja jękania w ujęciu systemowym przedstawia jękanie jako wieloczynnikową strukturę składającą się z elementów lingwistycznych, biologicznych, psychologicznych i społecznych, które wchodzą ze sobą w relacje, więc by zrozumieć złożoność systemu, należy dokonać analizy tych elementów oraz zachodzących między nimi relacji (Tarkowski, 2007). Bilingwizm to podobnie jak ję-

kanie zjawisko złożone. Wśród samych badaczy nie ma zgodności co do jego definicji – współczesne odnoszą się zarówno do poziomu opanowania dwu lub wielu języków, jak i frekwencji ich użycia. Dla praktyki klinicznej można przyjąć, że osobami dwujęzycznymi można nazwać takie, które w życiu codziennym używają dwóch lub więcej języków bądź dialektów (Grosjean, 2010).

## Jąkanie w kontekście bilingwizmu

Bilingwizm staje się w obecnych czasach dużo powszechniejszy, niż to miało miejsce jeszcze do niedawna. Nie jest to zjawisko jednorodne. Terminu tego używa się zarówno w stosunku do osób, które będąc początkowo jednojęzyczne, zostały poddane wpływowi kolejnego języka (bilingwizm sekwencyjny), jak i do tych, które wzrastały od momentu narodzin w dwu- albo wielojęzycznym środowisku (bilingwizm symultaniczny) (Rhodes, Ochoa, Ortiz, 2005; Jonak, 2018).

Dwujęzyczność definiuje się ponadto jako pochodzącą z wyboru, gdy osoba podejmuje się nauki nowego języka z własnej woli, i zależną od okoliczności związanych na przykład z przeprowadzką do innego kraju (Rhodes, Ochoa, Ortiz, 2005). Efektem mogą być istotne różnice w opanowaniu umiejętności językowych w poszczególnych językach i wynikające z tego faktu konsekwencje, a w szczególności poziom uzyskanych kompetencji językowych. Poziom biegłości językowej u dzieci pozostaje w bezpośrednim związku z ilością czasu spędzonego w każdym ze środowisk językowych (Jonak, 2018). Uważa się, że osiągnięcie podstawowych interpersonalnych umiejętności komunikacyjnych trwa od 1 roku do 3 lat, zaś poznawczo-akademicką biegłość można opanować w czasie 5–7 lat (Cummins, 1979; Jonak, 2018). Uznanie tego faktu może w istotny sposób uchronić specjalistów przed stawianiem pochopnych diagnoz na temat językowego i społecznego funkcjonowania dzieci dwujęzycznych. Osiągnięcie równorzędnej, bardzo wysokiej kompetencji w obu językach jest bowiem niezwykle rzadkie (Grosjean, 2010), zjawisko dwujęzyczności ma formę continuum i jest zmienne (Roberts, 2011), a oba języki są zawsze w pewnym stopniu aktywne i mogą ze sobą rywalizować (Kroll, Bobb, Wodniecka, 2006).

Nie ma wielu badań zarówno nad rozwojem języka u osób dwu- i wielojęzycznych, jak i nad zjawiskiem jąkania w przypadku dwujęzyczności. Jeżeli chodzi o jąkanie, dominują studia przypadków oraz badania dotyczące występowania niepełności w grupie osób bilingwalnych. Wnioski wypływające z badań nad dwu- i wielojęzycznością pokazują wielorakie korzyści wynikające z faktu bycia osobą dwu- lub wielojęzyczną. Niestety wiedza ta nie funkcjonuje w zbiorowej świadomości, która zdominowana jest przekonaniem, że dziecko wielojęzyczne to same komplikacje (Grzymała-Moszczyńska i in., 2015). Naturalna dwujęzyczność niemal zawsze wiąże się z przewagą zysków nad stratami, nauczyciele częściej jednak oceniają kompetencje swoich uczniów na podstawie rasy, płci, różnic społeczno-ekonomicznych, językowych i kulturowych niż ze względu na ich faktyczne zdolności (Bergen, Smith,

1966; Jackson, Cosca, 1974). Badania pokazują, że dzieci stają się świadome swojej dwujęzyczności bardzo wcześnie, a co za tym idzie są w stanie łatwiej przyjąć perspektywę drugiej osoby (Kovacs, 2009; Fan i in., 2015). Tak zwane kamienie milowe w rozwoju językowym osiągają w tym samym wieku, co dzieci monolingwalne (Werker, Byers-Heinlein, Fennell, 2009).

Kontakt z drugim językiem prowadzi również do zwiększenia kompetencji komunikacyjnej pomimo faktu, iż osoby dwujęzyczne dłużej przetwarzają informacje językowe (Gollan, Silverbreg, 2001). Co istotne, również dziecko z trudnościami w opanowywaniu języka jest w stanie przyswoić dwa języki przy odpowiedniej stymulacji obu z nich (Paradis, Genesee, Crago, 2011; Langdon, 2008). Pomimo tak obiecujących faktów dotyczących korzyści wypływających z bycia osobą bilingwalną wiele osób uważa, że wobec faktu wystąpienia jąkania należy z nauki jednego z języków zrezygnować. Zaprzestają więc nauki drugiego języka pomimo wypływających z tego faktu korzyści, a wyłącznie w oparciu o powszechnie przekazywane przekonania.

Wyniki nielicznych badań dotyczących bilingwalnych osób jąkających się są niejednoznaczne i zasadniczo różnią się między sobą, co nie pomaga w podjęciu właściwej decyzji (Van Borsel, 2011; Roberts, Shenker, 2007). Wyzwanie dla badaczy stanowi zarówno wieloczynnikowa etiologia tego zaburzenia, jak i wieloaspektowość jego rozwoju. Brak jednak wystarczających dowodów, że w przypadku jąkającego się bilingwalnego dziecka należy wyeliminować drugi język w celu poprawy płynności mowy (Bernstein, Ratner, 2012; Kelman, Nicholas, 2013; Roberts, Shenker, 2007; Van Borsel i in., 2001; Węsierska, 2014).

## **Proces diagnostyczny jąkającego się bilingwalnego dziecka**

Metody diagnostyczne i terapeutyczne stosowane w jednym kraju mogą być z powodzeniem adaptowane do warunków panujących w innym (Węsierska, Pietnoczka, 2013). Diagnoza dziecka zarówno monolingwalnego, jak i bilingwalnego powinna uwzględniać wieloczynnikowe podłoże i zmienną naturę jąkania, tak aby w zależności od uzyskanych wyników móc podjąć odpowiednie działania profilaktyczne lub wybrać i zastosować odpowiednie postępowanie terapeutyczne. Składają się na nią:

- 1) ocena interakcji rodzic – dziecko;
- 2) ocena rozwoju mowy i języka;
- 3) ocena społecznych umiejętności komunikacyjnych;
- 4) badanie jąkania;
- 5) wywiad z rodzicami;
- 6) analiza dokumentów otrzymanych od rodziców;
- 7) ocena problemu z perspektywy dziecka.

Badając dziecko bilingwalne, diagnosta powinien określić, czy objawy niepełności prezentowane przez dziecko są typowe dla jąkania, czy raczej są związane

z opanowywaniem kolejnego języka. Do typowych dla jąkania objawów zalicza się bloki, powtórzenia, prolongacje, problemy z utrzymaniem kontaktu wzrokowego, reakcje unikania czy reakcje walki. Zwykłe nie płynności to nieliczne powtórzenia wyrazów, sylab i głosek, powtórzenia całych fraz, pauzy, wtrącenia oraz brak napięć i świadomości problemu. W wypadku jąkania ocenie zarówno ilościowej, jak i jakościowej, a następnie analizie porównawczej powinny być poddane reprezentatywne próbki wypowiedzi w każdym z języków, którymi posługuje się dziecko.

Zarówno sprawność językowa, jak i problemy w nabywaniu systemu fonologicznego oraz czynniki lingwistyczne mogą mieć wpływ na częstotliwość i nasilenie jąkania (Van Borsel i in., 2001; Węsierska, 2014). Badania naukowe wskazują na częstsze opóźnienia lub zakłócenia w realizacji fonemów oraz prawidłowej artykulacji u dzieci z zaburzeniami płynności mowy (Yairi i in., 1996; Węsierska, 2015). W sytuacji, gdy specjalista nie porozumiewa się w języku, którym posługuje się dziecko, rozwiązaniem może być skorzystanie z pomocy tłumacza lub innej osoby władającej biegle tymi językami. Rozwiązanie takie wymaga jednak odpowiedniego przygotowania oraz kompetencji (Langdon, 2002). W procesie diagnostycznym należy ponadto ustalić, jaka jest opinia rodziców/opiekunów na temat jąkania (Tellis, Tellis, 2003). Terapeuta powinien również zdawać sobie sprawę z tego, jaka jest percepcja jąkania w kulturze, z której pochodzi pacjent. Istnieją kultury, w których jąkanie może być postrzegane jako tabu, wstyd albo piętno.

## **Przykłady interwencji terapeutycznej jąkających się bilingwalnych dzieci**

Zgodnie z zasadami *praktyki opartej na dowodach* (Evidence-Based Practice, EBP) interwencja terapeutyczna w wypadku małego jąkającego się dziecka powinna opierać się na wynikach badań naukowych i klinicznych oraz uwzględniać jednostkowy wymiar jąkającej się osoby i jej specyficznej sytuacji (Langdon, Tsai, Węsierska, 2015). Specjalista pracujący z dzieckiem, które się jąka, powinien znać różne podejścia terapeutyczne i umieć stosować je w praktyce (logopedycznej). Po wszechnie podkreśla się fakt, że nie ma terapii, która byłaby dobra dla wszystkich dzieci jąkających się (Yaruss, 2003). Nie powinno ulegać wątpliwości, że interwencja terapeutyczna w jąkaniu jest tym bardziej skuteczna, im wcześniej zostanie zastosowana – zanim problem nabierze cech chroniczności (Bloodstein, Bernstein Ratner, 2008; Węsierska, 2013). Klinicyści mają tu do wyboru pośrednie albo bezpośrednie oddziaływania terapeutyczne. Terapia pośrednia pomaga zbudować rodzicom środowisko, które będzie sprzyjało budowaniu kompetencji społecznych i komunikacyjnych u dziecka. Terapia bezpośrednia natomiast koncentruje się na zachowaniach związanych z istotą jąkania, próbując na nie wpłynąć. Uwzględniając specyficzną sytuację bilingwalnego dziecka, które się jąka, kluczowe wydaje się przedyskutowanie kwestii związanych z nabywaniem drugiego języka. Doświadczenie pokazuje,

że rodzice poszukują takiej wiedzy, ponieważ zazwyczaj jej nie mają. Rodzice dzieci dwujęzycznych mają wiele wątpliwości i potrzebują wsparcia ze strony specjalistów, by móc reagować na to, co jest normą w rozwoju ich dzieci, a co jest odstępstwem od niej.

## N.

N. to 6-letnia dziewczynka pochodząca z Algierii<sup>1</sup>. Jej tata jest dyplomatą. Gdy dziewczynka miała 3,5 roku, cała rodzina wyjechała na swoją pierwszą zagraniczną placówkę do Polski. N. podobnie jak jej czworo rodzeństwa podjęła naukę w Szkole Francuskiej w Warszawie. Do momentu przeprowadzki do Polski zarówno rodzice, jak i rodzeństwo porozumiewali się między sobą w języku arabskim. Pierwsze objawy niepełności w mowie dziewczynki rodzice zaobserwowali w wieku 3 lat, a więc w okresie, kiedy dziewczynka mieszkała w Algierii i posługiwała się wyłącznie językiem ojczystym. Zgodnie z zaleceniami lekarza rodzinnego po upływie 6 miesięcy skontaktowali się z miejscowym logopedą. Dziewczynka prezentowała wówczas następujące objawy jąkania: 2–3-krotne powtórzenia sylab, prolongacje dźwięków oraz dość liczne bloki. Mimo utrzymującej się niepełności bardzo lubiła mówić i nie wycofywała się z sytuacji komunikacyjnych. Logopeda ocenił kompetencje językowe dziewczynki w języku arabskim jako prawidłowe. Zasugerował rodzicom zwolnienie tempa mowy, uregulowanie trybu życia oraz zaproponował cotygodniowe spotkania. Wkrótce po tym ojciec dziewczynki dostał propozycję pracy w Warszawie, dlatego rodzice nie podjęli terapii.

Szkolne początki N. nie były łatwe. Problemem nie było przyswajanie nowego języka, które u N. zdaniem nauczycieli przebiegało dobrze, lecz jej zachowanie. Dziewczynka miała problemy z respektowaniem zasad, łatwo wpadała w złość i była agresywna. W nowym języku, który opanowywała, widoczne były podobne co w języku ojczystym objawy jąkania: powtórzenia, prolongacje i bloki, zdaniem rodziców dominujące stawały się jednak bloki. Ponowną diagnozę w języku francuskim przy niewielkim wsparciu taty w roli tłumacza z języka arabskiego przeprowadzono po przeszło rocznym pobycie rodziny w Polsce.

Badanie pokazało, że dziewczynka zdaje sobie sprawę z występujących niepełności, lubi jednak mówić i radzi sobie z drugim językiem bardzo dobrze, zważywszy na krótki czas jego nabywania. Rozumienie mowy było wyraźnie wyższe niż mowa czynna. Główne objawy niepełności stanowiły powtórzenia oraz bloki. Nasilenie jąkania wynosiło 6,8% zajkniętych sylab w próbie wypowiedzi. Mowa dziewczynki była dość niewyraźna, a tempo mowy bardzo szybkie. Zasób słownictwa był jednak

---

<sup>1</sup> Rodzice wyrazili zgodę na wykorzystanie wyników badania logopedycznego do celów naukowych, ale w trosce o anonimowość dziecka – w prezentowanym opisie – wszelkie dane wrazliwe (w tym imię dziewczynki i dokładna data urodzenia) zostały zmienione lub pominięte.



duży i systematycznie się rozszerzał, lecz dziewczynka miała duży problem z utrzymaniem uwagi i nie potrafiła wysłuchać rozmówcy bez przerywania mu. Wydaje się, że mogła być to jedna z przyczyn dużych problemów w nawiązywaniu kontaktów w klasie. Zalecenia mogące pomóc dziewczynce w codziennej komunikacji przekazano nauczycielce w formie ustnej (rozmowa telefoniczna) i pisemnej. Po rozmowie z rodzicami zdecydowano się na zastosowanie pośredniego podejścia terapeutycznego. Skorzystano tu z brytyjskiej metody Palin PCI (Kelman, Nicholas, 2013), która jest jedną ze skutecznych i sprawdzonych w praktyce form pomocy małym dzieciom, które się jękają. Podejście to uwzględnia wieloczynnikową etiologię jękania oraz opiera się na przekonaniu, że warunkiem skutecznej pomocy dziecku jest kompleksowe badanie i proponowany w oparciu o jego analizę program terapeutyczny uwzględniający potrzeby konkretnego dziecka i jego rodziny.

Za szczególnie ważne uznano wprowadzenie takich strategii interakcyjnych, jak mówienie po kolei i nieprzerywanie sobie. Dziewczynka wychowywała się w dużej, wielodzietnej rodzinie, w której wszyscy mówili dużo, nie słuchając siebie nawzajem, więc nauczanie tej umiejętności było głównym celem podjętych działań. W krótkim czasie rodzice zaobserwowali pierwsze korzystne zmiany w zachowaniu dziewczynki, co niewątpliwie wpłynęło zarówno na jej kompetencję komunikacyjną, jak i społeczne relacje w środowisku szkolnym. Rodzice i nauczyciele zauważyli jednak, że dziewczynka nadal lubi zwracać na siebie uwagę, a ponadto nie respektuje zasad ustalonych przez nauczycieli. Zdecydowano się więc wesprzeć dziewczynkę w radzeniu sobie z uczuciami oraz emocjami, w skupianiu uwagi oraz w aktywnym słuchaniu bez przerywania innym uczestnikom komunikacji.

Zdaniem rodziców i nauczycieli poprawa płynności nastąpiła w obu językach, którymi posługuje się dziewczynka. Poziom niepłynności w języku francuskim zmierzony przez logopedę po 8 miesiącach terapii spadł do poziomu 1,5% wypowiedzianych sylab, a bloki się wycofały.

## F.

F. to 7-letni Francuz<sup>2</sup>. Jego tata jest również osobą, która się jąka. Gdy chłopiec miał 4 lata, rodzina w związku z objęciem przez ojca stanowiska w Londynie opuściła Francję. Objawy niepłynności pojawiały się w mowie chłopca już wcześniej (około 3 r.ż.), rodzice akceptowali je jednak i zachęcali chłopca do mówienia. Wkrótce po przeprowadzce chłopiec rozpoczął naukę w dwujęzycznym brytyjsko-francuskim przedszkolu.

---

<sup>2</sup> Rodzice wyrazili zgodę na wykorzystanie wyników badania logopedycznego do celów naukowych, ale w trosce o anonimowość dziecka – w prezentowanym opisie – wszelkie dane wrażliwe (w tym imię chłopca i dokładna data urodzenia) zostały zmienione lub pominięte.

Nauczyciele zasugerowali rodzicom wizytę w Centrum Michaela Palina w Londynie, które jest wiodącym brytyjskim centrum pomagającym dzieciom i ich rodzicom w problemach z jąkaniem, ponieważ ich zdaniem fakt, że bliski chłopca się jąka oraz trudności artykulacyjne (seplenienie międzyzębowe) były wskazaniem do konsultacji. Po zakończeniu procesu diagnostycznego rodzice wspierani przez specjalistów rozpoczęli wdrażanie podejścia pośredniego będącego podstawową strategią terapeutyczną w autorskiej metodzie tego ośrodka.

Rodzina przeszła z powodzeniem przez wszystkie etapy zaproponowanego programu, początkowo w warunkach gabinetowych, a następnie w domu, korzystając ze wsparcia logopedy, który dzięki partnerskiej relacji zbudowanej już podczas pierwszych spotkań wspierał rodziców i mobilizował ich do pracy. Współpraca ze specjalistami z centrum im. Palina wzmocniła rodziców w ich rodzicielskich kompetencjach i choć niepełność w mowie chłopca utrzymywała się dalej, rodzice nie zdecydowali się na kontynuację programu, którego następnym krokiem są strategie bezpośrednie. Argumentowali to faktem, że chłopiec bardzo dobrze radzi sobie z komunikacją, a wsparcie, które otrzymuje zarówno w środowisku domowym, jak i przedszkolnym, pomaga mu dalej pozostawać pewnym siebie i kompetentnym rozmówcą.

Gdy F. miał 6 lat, rodzina przeprowadziła się po raz kolejny – tym razem do Warszawy. Chłopiec i jego siostra zostali zapisani do szkoły brytyjskiej. Jeszcze będąc w Anglii, mama znalazła w Warszawie specjalistę, który zgodziłby się wesprzeć kompetencje komunikacyjne chłopca w języku ojczystym. Rodzice zaobserwowali, że językiem głównego nurtu staje się dla chłopca angielski, a kompetencja w języku ojczystym nie rozwija się. W trakcie rozmowy telefonicznej mama opowiedziała o wcześniejszej pracy nad jąkaniem, podkreślając, że szuka specjalisty, który zna i rozumie zagadnienia związane z jąkaniem, będzie jednak pracował wyłącznie nad kompetencją językową i artykulacyjną w języku francuskim. Początkowo sesje terapeutyczne dotyczyły wyłącznie tych kwestii. U chłopca występowało jąkanie o łagodnym stopniu nasilenia. Były to 2–3-krotne powtórzenia sylab nagłosowych i sporadyczne prolongacje głosek. Procentowy poziom niepełności w próbkach mowy zarejestrowanych w języku francuskim i angielskim był porównywalny i wynosił kolejno 2,3% i 1,8% wypowiedzianych sylab. Chłopiec akceptował je, ponieważ środowisko domowe wyraźnie go w tym wspierało. Wzorem dla chłopca był tata, który często podkreślał fakt bycia osobą, która się jąka, czyniąc z tego swoją cechę charakterystyczną, niejako znak rozpoznawczy.

Badanie rozwoju mowy w językach francuskim i angielskim pokazało wysoką kompetencję komunikacyjną, choć zasób słownictwa w języku angielskim był wyraźnie wyższy. Tempo mowy oceniono jako wolne. Chłopiec dobrze oceniał swoje umiejętności komunikacyjne i był dumny z faktu, że potrafi mówić w dwóch językach.

Sytuacja zmieniła się, gdy chłopiec po kilku miesiącach adaptacji w nowym kraju poszedł do szkoły. Wymagania w brytyjskiej szkole od samego początku były bardzo wysokie. Poziom niepełności w obu językach, którymi posługiwał się chłopiec, był

porównywalny, jednak atmosfera panująca w szkole, presja na osiągnięcie wysokich wyników, szybkie tempo pracy w zauważalny sposób zaczynały odbijać się na samopoczuciu chłopca. Zdecydowano się więc wesprzeć go w radzeniu sobie z emocjami przy pomocy programu opartego na uważności.

W systemie edukacji brytyjskiej dzieci bardzo często przygotowują prezentacje, które przedstawiają na forum klasy. Podjęto więc decyzję o wprowadzeniu strategii typowych dla mówców, takich jak miękki start, pauzowanie, dostosowywanie tempa mowy do konkretnej sytuacji komunikacyjnej. Chłopiec entuzjastycznie zareagował na zaproponowane ćwiczenia, a rodzice zadbali o to, by szkoła zapoznała się z zasadami wsparcia ucznia jękającego się w klasie. W chwili obecnej cotygodniowe sesje terapeutyczne koncentrują się wokół tych zagadnień.

## Podsumowanie

Rodzice i logopedzi to osoby kluczowe w interwencji terapeutycznej. Celem nadrzędnym, który przyświecał rodzicom N. i F. było to, aby dzieci akceptowały siebie i nadal lubiły mówić, zwiększając systematycznie swoje kompetencje społeczne i komunikacyjne. Chociaż rodziny pochodziły z innych kultur, łączyło je podejście do problemu jękania. Zarówno rodzice chłopca, jak i dziewczynki nie traktowali jękania jako poważnego problemu.

W wypadku N. praca nad niepełnością prowadzona była w języku arabskim, przy wsparciu terapeuty, który konsultował wszystko z rodzicami w języku francuskim. Zdecydowano się jednak wesprzeć N. w nauce języka francuskiego. Dziewczynka miała duże problemy z koniugacją i konsekwentnie posługiwała się formą w bezokoliczniku. W wypadku F. zaproponowany program został wdrożony w języku francuskim. Praca z rodzinami układała się bardzo dobrze ze względu na ich otwartość i chęć współpracy, czego konsekwencją było duże zaangażowanie i prawdziwie partnerska relacja, którą udało się wypracować.

Badania nad wielokulturowością i związanymi z tym aspektami wielojęzyczności w pracy terapeutycznej powinny stać się przedmiotem badań naukowców i klinicystów, tak by w konsekwencji można było rozwijać i proponować efektywne techniki pracy (Tellis, Tellis, 2003) uwzględniające różnice w komunikowaniu się, które są wyznaczone ramami kulturowymi (Roberts, Shenker, 2007). Pomoże to logopedom dobrze przygotować się do pracy w szybko i nieuchronnie tworzącej się wielokulturowej społeczności.

## Bibliografia

- Bergen J., Smith J.O. (1966). Effects on socioeconomic status and sex on prospective teachers' judgements. *Mental Retardation*, 4, 13–15.
- Bernstein Ratner N. (2012). Fluency. W: B.A. Goldstein, red., *Bilingual Language Development & Disorders in Spanish-English Speakers* (s. 311–333). Baltimore: Brookes Publishing Company.
- Bloodstein O., Bernstein Ratner N. (2008). *A handbook on stuttering* (6<sup>th</sup> ed.). Clifton Park, NY: Thomson/Delmar Learning.
- Cummins J., (1979). Cognitive /academic language proficiency, linguistic interdependence, the optimum age question and some other matters. *Working Papers on Bilingualism Toronto*, 19, 197–202.
- Fan S.P., Liberman Z., Keysar B., Kimler K.D. (2015): The exposure advantage early exposure to a multilingual environment promotes effective communication. *Psychological Science*, 26 (7), 1090–1097.
- Gaweł K., Langdon H.W., Węsierska K. (2015). Interpreter-assisted speech-language intervention in Poland. Needs, possibilities and prospects. *Neurolingwistyka Praktyczna*, 1, 50–65.
- Gollan T.H., Silverberg N.B. (2001). Tip-of-the-tongue states in Hebrew-English bilinguals. *Bilingualism. Language and Cognition*, 4 1, 68–83.
- Grzymała-Moszczyńska H., Grzymała-Moszczyńska J., Durlik J., Szydłowska P. (2015). *Niełatwe powroty do domu? Funkcjonowanie dzieci i młodzieży powracających z emigracji*. Warszawa: Fundacja Centrum im. prof. Bronisława Geremka.
- Grosjean F. (2010). *Bilingual: Life and Reality*. Cambridge: Harvard University Press.
- Jackson G., Cosca C. (1974). The inequality of educational opportunity in the South-West: An observational study of ethnically mixed classrooms. *American Educational Research Journal*, 3, 219–229.
- Jackson E., Quesal R., Yaruss J.S. (2012). *What is stuttering: revised* (online): <http://www.mnsu.edu/comdis/isad16/papers/jackson16.html> [dostęp: 9.06.2014].
- Jonak J. (2018). Problemy językowe mniejszości narodowych. W: E. Czaplewska, red., *Logopedia Międzykulturowa* (s. 67–80). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Kelman E., Nicholas A. (2013). *Praktyczna interwencja w jękaniu wczesnodziecięcym. Podejście interakcyjne rodzic – dziecko – Palin PCI*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Kovacs A.M. (2009). Early bilingualism enhances mechanisms of false – belief reasoning. *Developmental Science*, 12, 1, 48–54.
- Kroll J.F., Bobb S.C., Wodniecka Z. (2006). Language Selectivity is the exception, not the rule: instruments against a fixed locus of language selection in bilingual speech. *Bilingualism*, 9 (2), 119–135.
- Langdon H.W. (2002). *Interpreters and translators in communication disorders. A practitioner's handbook*. Eau Claire: Thinking Publications.
- Langdon H.W. (2008). *Assessment and intervention for communication disorders in culturally and linguistically diverse populations*. Clifton Park, NY: Thomson Delmar Learning.
- Langdon H.W., Gaweł K., Węsierska K. (2018). Diagnozowanie zaburzeń w komunikacji językowej u osób bilingwalnych – praca w zespole logopedy i tłumacza. W: E. Czaplewska, red., *Logopedia międzykulturowa* (s. 209–234). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Langdon H.W., Tsai P.T., Węsierska K. (2015). Evidence-Based Practice in Stuttering: Views from American and Polish Clinical Perspectives. *Forum Logopedyczne*, 23, 8–16.

- Paradis J., Genesee F., Crago M.B., red. (2011). *Dual language development and disorders: A handbook on bilingualism and second language learning*. 2 ed. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing.
- Rhodes R.L., Ochoa S.H., Ortiz S.O. (2005). *Assessing culturally and linguistically diverse students: A practical guide*. New York, NY: Guilford Publications.
- Roberts P. (2011). Methodology matters. W: P. Howell, J. van Borsel, red., *Multilingual aspects of fluency disorders* (s. 353–369). Bristol: Multilingual Matters.
- Roberts P., Shenker R. (2007). Assessment and treatment of stuttering in bilingual speakers. W: E. Conture, R. Curlee, red., *Stuttering and Related Disorders of Fluency* (s. 183–210). New York: Thieme Medical Publishers.
- Tarkowski Z. (2007). *Psychosomatyka jąkania. Dlaczego osoby jękające się mówią płynnie?* Lublin: Wydawnictwo Fundacji „Orator”.
- Tellis C., Tellis G. (2003). Multicultural issues in school settings. *Seminars in Speech and Language*, 24, 21–26.
- Van Borsel J. (2011). Review of Research on the Relationship between Bilingualism and Stuttering. W: P. Howell, J. van Borsel, red., *Multilingual Aspects of Fluency Disorders* (s. 247–270). Bristol: Multilingual Matters.
- Van Borsel J., Maes E., Foulon S. (2001). Stuttering and bilingualism: A review. *Journal of Fluency Disorders*, 26, 179–205.
- Werker J.F., Byers-Heinlein K., Fennell C.T. (2009). Bilingual beginnings to learning words. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 364 (1536), 3649–3663.
- Węsierska K., Pietnoczka J. (2013). Jąkanie w Internecie. W: A. Hajdukiewicz, red., *Pedagogika, Badania, Dyskusje, Otwarcia. I Zeszyt Naukowy: Globalizacja. Szanse i inspiracje dla edukacji i wychowania* (s. 119–128). Kielce: Oficyna Wydawnicza Wyższej Szkoły Ekonomii, Turystyki i Nauk Społecznych w Kielcach.
- Węsierska K. (2013). Badanie rozpowszechnienia zaburzeń płynności mowy i profilaktyka jąkania w środowisku dzieci w wieku przedszkolnym. *Wychowanie Na Co Dzień*, 7–8, 238–239.
- Węsierska K. (2015). Współwystępowanie zaburzeń płynności mowy i wad wymowy u dzieci w wieku przedszkolnym. W: D. Pluta-Wojciechowska, red., *Diagnoza i terapia zaburzeń realizacji fonemów* (s. 131–142). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Węsierska K. (2014). Interwencja logopedyczna w przypadku jąkania u osób bilingwalnych. W: I. Loewe, K. Kuros-Kowalska, red., *Dwujęzyczność, wielojęzyczność i wielokulturowość – szanse i zagrożenia na drodze do porozumienia* (s. 119–136). Gliwice: Komlogo.
- Woźniak T. (2017). Między dowodami a mitami. Zasady Evidence-Based Practice w diagnozie i terapii osób jękających się. W: G. Jastrzębowska, J. Góral-Pótroła, A. Kozołub, *Neuropsychologia, neurologopedia i neurolingwistyka. In honorem Maria Pąchalska* (s. 629–640). Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Yairi E., Ambrose N.G., Paden E.P., Throneburg R.N. (1996). Predictive factors of persistence and recovery: Pathways of childhood stuttering. *Journal of Communication Disorders*, 29, 51–77.
- Yaruss J.S. (2003). One Size Does Not Fit All: Special Topics in Stuttering Therapy. *Seminars in Speech and Language*, 24(1), 3–6.

## Streszczenie

Globalizacja stała się faktem, czego konsekwencją są istotne zmiany w strukturze polskiego społeczeństwa. Wraz z tymi zmianami wzrasta w gabinetach liczba pacjentów dwu- i wielojęzycznych, a z nią pojawia się potrzeba określenia skutecznych metod diagnozy i terapii uwzględniających specyficzne zagadnienia związane z dwu- i wielojęzycznością. Osoby bilingwalne stanowią już istotną część populacji. Trudno określić dokładnie, ile jest takich osób w Polsce, prognozy specjalistów sugerują jednak, że w niedalekiej przyszłości osób bilingwalnych może być już więcej niż monolingwalnych. Ten zmieniający się na naszych oczach świat stawia przed terapeutami nowe zadania. Muszą poszerzać swoją wiedzę o zagadnienia związane z dwujęzycznością i wielokulturowością. W artykule przedstawiono pracę z dwojgiem dzieci bilingwalnych. W wypadku 6-letniej N. pochodzącej z Algierii zdecydowano się na skorzystanie z podejścia pośredniego metody Palin PCI, którego istota zawiera się w przekonaniu, że warunkiem skutecznej pomocy dziecku jękającemu się jest partnerska współpraca między terapeutą i rodzicami dziecka. Proces terapeutyczny F. – 7-letniego chłopca pochodzącego z Francji – to przykład terapii zintegrowanej rozwijającej zarówno kompetencje komunikacyjne, jak i umiejętności radzenia sobie z emocjami, uwzględniając specyficzne potrzeby osoby dwujęzycznej.

**Słowa kluczowe:** dwujęzyczność, jękanie, globalizacja, płynność, proces terapeutyczny

## Summary

Globalization is a fact, and as a result, important changes have occurred in the structure of the Polish society. Along with these changes, there has been a rise of bilingual or multilingual patients seeking help in SLP practices. Therefore, there is a necessity to determine effective diagnostic and therapeutic methods that take into consideration aspects of multi- and bilingualism. Bilingual individuals constitute a substantial part of the population nowadays. It is difficult to assess their exact number in the Polish population, however specialists' prognoses suggest that in the near future there might be more bilingual people than monolingual. This world that keeps on changing before our eyes is posing new challenges for therapists. Therapist must broaden their knowledge on issues of bilingualism and multiculturalism. The article presents the therapy with two bilingual children. In the case of 6-year-old N., who comes from Algeria, it was decided that the indirect Palin PCI therapy would be used. The principle of this approach is based on the belief that the requirement for effective help for a child who stutters is a partnership between the parents and the therapist. The therapeutic process of F., a 7-year-old French boy, is an example of an integrative therapy for developing communicative skills, as well as the ability to cope with emotions, all while taking into consideration the special needs of a bilingual person.

**Key words:** bilingualism, stuttering, globalization, fluency, therapeutic process



## **Objawy nie płynności mówienia u osób dorosłych oraz propozycje terapeutyczne z użyciem strategii „mówienia bardziej płynnego” – studia przypadków**

Symptoms of speech dysfluency in adults and therapy suggestions for implementing the „fluency shaping” strategy – case studies

### ***Mówienie bardziej płynne jako prymarne podejście terapeutyczne dla osób jękających się***

Od wielu dziesiątków lat, gdy logopedia nie była jeszcze nauką samodzielną i przynależała do pedagogiki specjalnej, medycyny, psychologii czy później do językoznawstwa stosowanego, rozwiązywaniem problemów zaburzeń płynności mówienia zajmowali się głównie lekarze i psychologowie. Donoszą o tym głównie źródła amerykańskie, które podkreślają znamieny dorobek klinicystów ze Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej na odcinku badań nad jękaniem w okresie II wojny światowej, gdy w Europie panowała zawierucha wojenna i nie było możliwe prowadzenie badań nad problemami logopedycznymi, w tym zaburzeń płynności mówienia. Wielu wybitnych klinicystów wyemigrowało w początkach lat 30. ubiegłego stulecia do USA, uciekając przed hitlerowskim nazizmem m.in. z Uniwersyteckiego Klinicznego Centrum w Wiedniu, gdzie od 1926 roku zaczęło prężnie działać Międzynarodowe Stowarzyszenie Logopedów i Foniatorów (IALP), przyczyniając się w dużym stopniu do rozwoju nauki i praktyki na polu zaburzeń płynności mówienia (m.in. dr Emil Froeschels 1943). Lata powojenne ubiegłego stulecia przyczyniły się do wykorzystania dorobku badań klinicystów amerykańskich w dziedzinie balbutologopedii, dlatego też ośrodki logopedyczne w krajach europejskich w znaczącym stopniu przyczyniły się do rozwoju tej dyscypliny w sensie teoretycznym i praktycznym (np. w Wielkiej Brytanii w Londynie, Finsbury Health Centre, dr Lena Rustin, 1987).

Przez wiele lat stosowane było podejście terapeutyczne *jękaniem bardziej płynne* (JBP), gdy nie były jeszcze wypracowane naukowo-praktyczne rozwiązania terapeutyczne dotyczące technik płynnego mówienia, a tym problemem zajmowali się



głównie psychologdy. Dopiero lata 70.–90. XX wieku przyniosły przełom na tym odcinku, gdy zdefiniowano podejście *mówienie bardziej płynne* (MBP). Bo u podstaw tego podejścia leży opanowanie różnych technik przynoszących możliwość płynnego porozumiewania się z rozmówcą bez symptomów fizjologicznego blokowania się w różnych fonologicznych układach. W programie terapeutycznym opisującym kilka faz Charles Van Riper już w 1947 roku podaje pewne przesłanki dotyczące podejścia „jåkkanie bardziej płynne”. Dla przykładu, w drugiej fazie terapii dotyczącej *identyfikacji* problemu jåkkania nazywa ten cel podstawowym dla oceny różnych czynników w przypadku utożsamiania się z osobą jåkającą się. Nie jest to przeciwwskazaniem do podejmowania prób mówienia bardziej płynnego. Jåkająca osoba poszukuje doświadczeń w jåkaniu się i analizowaniu zachowań oraz rozpoznawania przyczyny, która prowadzi do tej dysfunkcji mowy (Van Riper, 1947).

### **Czy współdziałanie podejścia *mówienie bardziej płynne* z podejściem *jåkkanie bardziej płynne* jest możliwe?**

W literaturze poświęconej zaburzeniom płynności mówienia pod postacią jåkkania się można znaleźć coraz więcej treści związanych z dwoma podejściami terapeutycznymi zaliczanymi do metod terapeutycznych bezpośrednich. Hugo Gregory (1979; Byrne, 1989; Rustin, 1987) zróznicował te dwa podejścia, podając, iż w *mówieniu bardziej płynnym* logopeda powinien ukierunkować terapię na akt mówienia, a zatem na odpowiednie techniki mówienia przynoszące w miarę szybko płynne mówienie pozbawione symptomów fizjologicznego blokowania. Świadomość uzyskiwania już pierwszych efektów będzie powodowała zmniejszanie się lęku społecznego przed rozmową z drugą osobą. Autor w tej samej pozycji wyjaśnia następstwa uzyskania przez osobę jåkającą się w miarę płynnego mówienia pod względem fizjologicznym, czyli jego lęk przed mówieniem (logofobia) zmniejszy się i zmienią się także postawy dotyczące własnego, dotychczasowego jåkkania.

W podejściu JBP należy odwracać uwagę jåkającego się od aktu mówienia i skupiać się na korygowaniu logofobii / społecznego lęku przed mówieniem (związanego z przewidywaniem występowania w werbalnym komunikowaniu się symptomów fizjologicznego blokowania). Osoba jåkająca się tym samym powinna zmniejszać sytuacje unikania mówienia i ukrywania objawów jåkkania. Jåkający się powinien na początku zrozumieć swoje problemy jåkkania, zidentyfikować błędne postawy i modyfikować je przy zmniejszaniu poziomu logofobii... Tą drogą można zmierzać do osiągnięcia *jåkkania się bardziej płynnego*. Hugo Gregory w artykule opublikowanym w polskim czasopiśmie „Logopedia” (Gregory, 1994) opisując problemy terapeutyczne osób jåkających się, podaje, że w stosowaniu *bardziej płynnego jåkkania* przez dzieci starsze, młodzież i dorosłych należy kłaść w terapii nacisk na obserwację, analizę i stopniową modyfikację jåkkania. Stąd można sądzić, że u jåkających się będzie zauważalna redukcja tendencji do unikania mówienia, przez co osoba uzyska

zwiększoną płynność mówienia. Metoda *jąkania bardziej płynnego* akcentuje użycie różnych sposobów zwiększania płynności mowy, z minimalnym zwracaniem uwagi na zachowanie jąkającego się lub też zupełnym pominięciem tego aspektu.

Główny współtwórca podejścia *mówienie bardziej płynne* Hugo Gregory (1994, 1995, 2001) pokazuje najlepszą drogę do uzyskania pełniejszych rezultatów prowadzonej terapii z osobami jąkającymi się, stosując najpierw podejście *jąkanie bardziej płynne* (identyfikacja problemu, obserwacja oraz stopniowa modyfikacja jąkania i związanych z nim niepoprawnych zachowań, jak: gwałtowne tempo mówienia, niewłaściwe cechy prozodyczne mowy itp.), a po pewnym czasie [a może równocześnie – przyp. M.Ch.] dołączenie do tej modyfikacji jąkania odpowiednich ćwiczeń kształtujących płynne mówienie (bez fizjologicznego blokowania i bez logofobii), takich jak m.in. delikatny start mowy, różnicowanie tempa mówienia z użyciem jego przedłużenia/zwolnienia, nawiązywanie dialogów czy też ćwiczenia siły i natężenia głosu, czyli wejścia w obszar podejścia terapeutycznego *mówienie bardziej płynne*.

Autorem i twórcą drugiego podejścia terapeutycznego *jąkanie bardziej płynne* jest Charles Van Riper (1971, 1972, 1982). Jak podaje Zbigniew Tarkowski (1999) metoda ta „zrewolucjonizowała terapię osób jąkających się”, a sami jąkający mieli ogromny dylemat dotyczący wyboru tego podejścia, gdy logopeda doradzał im, „aby mówili bardziej niepełnie przynajmniej w początkowym okresie terapii”. To podejście terapeutyczne było i jest popularne, bo i sam twórca metody był i jest tak naprawdę współczesnym klasykiem na polu szeroko pojętej nauki, jaką jest balbutologopedia. Był osobą jąkającą się, która stworzyła współczesne podwaliny diagnozy i terapii jąkania zarówno na polu naukowym, jak i pragmatycznym. Zbigniew Tarkowski (1999) opisując program terapeutyczny Charlesa Van Ripera, podaje, że gdy do pierwotnego jąkania dołączy się obawa przed określonymi sytuacjami czy wyrazami lub głoskami, to jąkanie staje się wtórne (chroniczne).

## Relacje podejść terapeutycznych MBP i JBP

W 2003 roku Amerykańska Fundacja Jąkania wydała praktyczny przewodnik po metodach terapii jąkania opracowany przez wybitnych znawców tego problemu (Guitar, Peters, 2014). Warto przytoczyć niektóre fragmenty porównania tych dwóch podejść, które na przestrzeni lat wywoływały wśród badaczy i praktyków wiele emocji i kontrowersyjnych opinii.

*Jąkanie bardziej płynne* – terapia skoncentrowana na rozwijaniu u pacjenta jąkania bardziej płynnego – opiera się na założeniu, iż większość problemów z wypowiedzianiem się osób jąkających się ma źródło w ich braku zgody na występowanie u siebie zaburzeń płynności, takich jak powtórzenia i przedłużanie (głosek/sylab) lub wręcz walczenie z nimi, czy też unikanie słów trudnych do wymówienia oraz sytuacji sprzyjających pojawianiu się symptomów niepełności. W procesie terapeutycznym wskazana byłaby praca nad redukcją reakcji unikania, zmniejszania lęku

związanego z mówieniem oraz nad zmianą negatywnego nastawienia do mówienia. Ważne będzie też opanowanie przez pacjenta modyfikowania sposobu jąkania. To podejście określane jest także właśnie jako *modyfikowanie sposobu jąkania* (online). *Mówienie bardziej płynne* (inaczej jako *modyfikowanie sposobu mówienia*) jest metodą opierającą się na wykorzystaniu zasad warunkowania instrumentalnego i programowania poprzez sukcesywne przybliżanie zachowań poprzedzających wystąpienie bodźca czy też na wprowadzaniu odpowiednich reakcji itp. Tak więc płynność mówienia jest uzyskiwana przez kontrolowanie występowania bodźca oraz umacniana i zwiększana w sposób stopniowy, by w warunkach klinicznych pacjent osiągnął poziom płynności odpowiedni dla normalnego dialogu. Później następuje przeniesienie uzyskanych rezultatów do codziennych rozmów (Guitar, Peters, 2014: 13–14, Encyklopedia Logopedii, online).

Jedną z najstarszych, klasycznych metod w terapii jąkających się osób, biorąc pod uwagę podejście mówienie bardziej płynne, jest technika zwolnionego, przedłużonego mówienia (TPM), czyli przeciągania samogłosek. Metoda ta nie cieszy się zbyt dużą popularnością ani wśród pacjentów, ani logopedów, a przyczyną jest zalecanie przez niektóre ośrodki terapeutyczne zbyt znacznego przedłużania mowy na czas kilku miesięcy (co przekłada się na ustawienie opóźnienia w metodzie *Echo* o 0,3–0,5 sekundy, czyniąc tempo mówienia zbyt *flegmatycznym*). Twórca polskiej wersji metody „Echo” Bogdan Adamczyk na podstawie swoich wieloletnich doświadczeń i wyników badań naukowych nad zjawiskiem *opóźnionego sprzężenia zwrotnego* (*delayed auditory feedback – DAF*) leżącego u podstaw tej metody udowodnił wraz ze swoim zespołem z Instytutu Fizyki UMCS w Lublinie, iż optymalnym czasem opóźnienia to 0,1 sekundy (Adamczyk, 1993). Dzięki temu nieznacznemu opóźnieniu słyszenia swojej mowy (np. w słuchawkach) pacjent zwalnia tempo mowy i mówi w sposób zsynchronizowany z własnym echem. Mówi zatem chóralnie z własnym echem, a liczba słów wypowiedzianych na minutę waha się w granicach 75–100, co świadczy o normalnym tempie mówienia i jest w pełni akceptowalne przez pacjenta. Autor metody zaleca, by po pewnym czasie stosować także metodę „mówienia z echem zapamiętanym”, czyli automatyzować w spontanicznej mowie tylko nieznacznie zwolnione tempo (Chęciek, 2007).

Jak już wyżej wspomniano, „technika przedłużonego mówienia” jest jedną z głównych metod leżących u podstaw terapeutycznego podejścia *mówienie bardziej płynne*, w którym jąkający uczą się, jak zaadaptować u siebie bardziej płynny sposób mówienia z tendencją do produkowania mowy w dużym stopniu pozbawionej jąkania się. Badania przeglądowe prowadzone przez grupę terapeutów mowy w Leicester w Wielkiej Brytanii w latach 1992–1993 w ramach Pendleton Fluency Project pokazały, że bardziej popularnym podejściem terapeutycznym jest technika MBP (to podejście wskazało 64% brytyjskich terapeutów mowy i języka biorących udział w badaniach) w przeciwieństwie do podejścia JBP (jako metody polegającej na modyfikacji blokowania i akceptacji własnego jąkania). Takie podejście wskazało w badaniach około 36% respondentów, którzy w swojej pracy terapeutycznej

wykorzystują właśnie tę metodę (Wiles, 1994). Z pragmatycznego punktu widzenia bardzo ważnym elementem techniki przedłużonego mówienia jest jej wartość terapeutyczna w przypadku pacjentów, u których dominuje nienaturalne przeciąganie głównie samogłosek (jako objaw jąkania). Stosowanie w terapii przedłużania samogłosek w jednakowym iloczynie powoduje bardzo szybką poprawę. Obserwacje z praktyki wskazują na osiąganie efektów w tym zakresie nawet u około 70% osób poddanych intensywnej terapii (Chęćek i in., 1999, 2002). C. Woodruff Starkweather w swojej pracy cytuje wyniki badań klinicystów amerykańskich i innych, stwierdzając, że stosowanie w terapii jękających się techniki przeciągania samogłosek przynosi wymierne zmniejszanie zbyt dużego napięcia mięśni krtani, warg, języka czy też podniebienia miękkiego. Daje to w efekcie jeszcze bardziej płynny potok mowy (Starkweather, 1995).

Stanisław Wilczewski przekonuje w swojej pracy o przewadze samogłosek nad spółgłoskami w terapii jękających się. Śpiewając, nie jękamy się, gdyż w śpiewie samogłoski są przedłużane w sposób naturalny. Autor pisze: „[...] śpiewając, nie jękam się, ponieważ samogłoski wtedy mają przewagę nad spółgłoskami; zatem nie będę się jękać, mówiąc, o ile samogłoski również będą dominowały, innymi słowy, jeżeli pozwolę samogłoskom trwać dłużej, tj. będę je przedłużał [...]” (Wilczewski, 1967: 106).

## Terapia oparta na podejściu JBP lub MBP

Analizując dwa podejścia terapeutyczne, trzeba pamiętać o wieku pacjenta poddanego terapii i o poziomie jego lęku przed mówieniem/logofobii czy też o częstotliwości i charakterze symptomów jąkania. Oczywiście wywiad kliniczny/diagnostyczny i obszerna dalsza diagnoza odpowiednimi narzędziami mogą wpłynąć na dokonanie wyboru drogi terapeutycznej. Najważniejszymi czynnikami w terapii w podejściu *jąkanie bardziej płynne* powinny się znaleźć: zmniejszanie lęku społecznego i reakcji unikania oraz wyjaśnianie pacjentowi potrzeby zmniejszenia napięcia mięśni podczas prób wymawiania głosek lub słów, które wywołują u niego lęk. Tym samym może jękać się łagodniej oraz zmniejszyć ilość zakłóceń w trakcie mówienia.

Celami terapeutycznymi w podejściu MBP będzie po pierwsze – uzyskanie u pacjenta płynności mowy w warunkach gabinetowych (stosując różne metody i programy terapeutyczne, np. metodę *echo*), po drugie – przeniesienie płynności mowy uzyskanej w warunkach gabinetowych na codzienne sytuacje komunikacyjne (tzw. generalizacja uzyskanej płynności) i po trzecie – podtrzymywanie stosowania płynności mowy w przyszłości. W trakcie prowadzenia terapii, stosując to podejście, warto dokonywać co pewien czas oceny liczby niepełnie wypowiedzianych słów czy sylab na daną jednostkę czasu. Będzie to miało kolosalne znaczenie m.in. przy motywowaniu pacjenta do dalszej terapii.

## Terapia oparta na podejściu zintegrowanym (ZI)

Wielu logopedów podejmuje, szczególnie z młodzieżą i dorosłymi, terapię bazującą na podejściu ZI, łącząc metody modyfikowania jąkania (JBP) i modyfikowania płynności mowy (MBP). Symbolicznie można przedstawić to zjawisko za pomocą wzoru: **JBP + MBP = ZI** (czyli początkowo terapia jest prowadzona według podejścia JBP, a po pewnym czasie dołącza się terapię według podejścia MBP). Bywa też odwrotnie, czyli: **MBP + JBP = ZI** (zatem początkowo terapia będzie prowadzona według podejścia *mówienie bardziej płynne*, a po pewnym czasie według drugiego podejścia, czyli *modyfikowane jąkanie*).

W *Zmodyfikowanym programie psychofizjologicznej terapii jąkających się* (Chęć, 2001, 2007) jako programie kompleksowej terapii stosowane jest przede wszystkim podejście zintegrowane dające możliwość osobom jąkającym się (po zakończeniu procesu terapeutycznego) zaakceptowania sporadycznie pojawiających się symptomów blokowania fizjologicznego w komunikowaniu się z rozmówcą. Pacjent ma za zadanie wyciągać wnioski z pojawiających się fizjologicznych zająknięć (zarówno typu klonicznego, jak i tonicznego) oraz zastosować elementy odpowiedniej autoterapii.

## Metodologiczne założenia podjętych badań

Studium przypadku jako metody w pracach badawczych charakteryzuje się opisem wyników badań jakościowych ilościowych. Wykorzystuje się w niej takie narzędzia, jak obserwacje, wywiady, testy (kwestionariusze), analizy dokumentów czy też techniki projekcyjne.

Diagnostując osoby z niepełnością mówienia, należy zastosować odpowiednie narzędzia umożliwiające pełną ocenę stanu niepełnego mówienia zarówno w kontekście fizjologicznym, jak i psychologicznym. Można zatem wymienić następujące narzędzia i formy (m.in.):

- wywiad kliniczny/diagnostyczny;
- testy/kwestionariusze diagnostyczne – odpowiednie do wieku pacjenta oceniające fizjologiczną częstotliwość niepełności mówienia m.in. w kilku wypowiedzianych tekstach (symptomy blokowania: kloniczne, toniczne, mieszane) oraz psychologiczną stronę niepełności mówienia, m.in. zaznaczenie poziomu lęku w różnych sytuacjach społecznego komunikowania się (tzw. logofobia, fobia społeczna, patologiczne, społeczne lęki przed mówieniem z powodu przewidywania wystąpienia fizjologicznych bloków);
- analiza dotychczasowych wyników badań pacjenta (m.in. psychologicznych, neurologicznych);
- ustalenie odpowiednich metod terapeutycznych oraz udzielenie wyczerpujących wskazań terapeutycznych pacjentom oraz osobom, które wspierają proces terapii.

Poniżej zostaną zaprezentowane w skróconej formie dwa przypadki jękających się młodzieńców poddanych procedurze diagnostyczno-terapeutycznej w Specjalistycznym Centrum Terapii Jękających się w Wodzisławiu Śląskim. Pierwszy przypadek będzie opisany nieco szerzej, drugi natomiast w skróconej formie, ze zwróceniem jednak uwagi na rolę terapii oddechowej i emisyjnej zastosowanej zarówno podczas terapii turnusowej, jak i w warunkach terapii indywidualnej i grupowej w gabinecie.

## Studium przypadku nr 1

**Mateusz** (wiek: 21 lat, objęty terapią w 2017 roku)

Terapią logopedyczną indywidualną objęty w miejscu swojego zamieszkania od około 5.–6. roku życia, gdy mówił już pełnymi zdaniami i pojawiły się momenty niepełnego mówienia; ukończył technikum z maturą i pracuje w warsztacie samochodowym (razem z ojcem);

W wieku 9–12 lat odbył dwukrotnie po 7 dni (razem z ojcem) terapię grupową w klinicznej państwowej placówce pod Warszawą, gdzie były stosowane podejścia terapeutyczne: MBP jako pierwsze i po kilku dniach wprowadzano podejście JBP. W ramach *terapii zintegrowanej* prowadzono także terapię metodą *Echo* oraz metodą *Tomatisa*, wykorzystującą odpowiednio skonstruowany program muzyczny. Jękanie fizjologiczne uległo zmniejszeniu, zwiększyła się jednak logofobia, co powodowało wycofywanie się z nawiązywania kontaktów społecznych i dialogów.

Przypuszczalna przyczyna: genetyczna i funkcjonalna (ojciec jąkał się od dzieciństwa i jeszcze obecnie występują symptomy jękania podczas przyspieszonego tempa mówienia); osobowość pacjenta lękowa, wrażliwa, przyspieszone i nierówne tempo mówienia, zakłócone częściowo relacje z ojcem.

Rodzeństwo: siostra, młodsza o 4 lata (mowa płynna, tempo przyspieszone i nierówne) i młodszy o 7 lat brat (prezentuje także jękanie, na nieco słabszym poziomie, o typie kloniczno-tonicznym).

Nasilenie objawów jękania u M. występuje głównie w oficjalnych i nowych sytuacjach komunikacyjnych.

W 2016 roku nastąpił regres, pacjent podczas pobytu na tygodniowych wakacjach z grupką kolegów i siostrą, którzy używali przyspieszonego tempa mówienia, nagle zaczął prezentować bloki typu tonicznego (nie mogąc dopasować się do przyspieszonego tempa mowy rozmówców). Zaczął wtedy wypowiadać się śpiewem (tej metody nauczył się podczas pobytu na drugim tygodniowym turnusie), by móc kontynuować dialog. Zażenowanie kolegów i siostry wzmocniło w nim negatywne przeżycia i zamilkł, nie chcąc do końca pobytu nawiązywać dialogów.

Zachęty ze strony rodziców (szczególnie ojca) do podjęcia intensywnej terapii nieco inną metodą w Specjalistycznym Centrum Terapii Jękających się w Wodzisławiu Śląskim nie odniosły skutku, dopiero siostra zachęciła brata do przeczyta-

nia kilku listów byłych pacjentów powyższego Centrum zamieszczonych na stronie internetowej i po rozmowie telefonicznej z jednym z autorów listów M. podjął decyzję, by zgłosić się na kilkugodzinną wizytę diagnostyczno-terapeutyczną z udziałem rodziców i rodzeństwa.

Proces decyzyjny do podjęcia kolejnej terapii trwał u młodzieńca prawie rok, motywacją była też zgoda młodszego jąkającego się brata na podjęcie terapii (młodszy brat wcześniej nie chciał podejmować żadnej terapii ze względu na brak motywacji).

Na marginesie wspomnę o zainteresowaniach M.: gra na kilku instrumentach muzycznych i śpiewa w kilkusobowym zespole muzycznym (na różnych imprezach, szczególnie na weselach).

Tor oddychania – częściej szczytowy, skrócona faza wydechowo-emisyjna, prezentuje nieznaczny szcękoscisk, tempo mowy nierówne z tendencją do przyspieszania, artykulacja poprawna, lateralizacja prawostronna.

Pacjent badany *Kwestionariuszem Cooperów do Oceny Jąkania* (w adaptacji M. Chęćka; Chęćka, 2001, 2007) w sierpniu 2017 roku: częstotliwość jąkania jawnego / fizjologicznego / chronicznego / wtórnego – próby wyrazowe w 5 wypowiedziach – wynik przeciętny ok. 70% (czyli środkowa granica stopnia głębokiego, w odpowiadaniu na pytania pojedynczymi wyrazami wszystkie słowa użyte w odpowiedziach charakteryzowało jednak blokowanie toniczne, co wskazywało na bardzo negatywne działanie tak zwanej *presji czasowej*.

Charakter blokowania-toniczny ze znacznymi negatywnymi współruchami neuromięśniowymi oraz reakcjami wegetatywnymi i psychologicznymi (znaczące napięcia mięśni nie tylko przepony brzusznej, mrużenie oczu, zaciskanie warg na starcie większości wypowiedzianych słów, przemieszczanie się śliny na zewnątrz ust, potrząsanie głową, problemy toniczne i ciche napięte pauzy szczególnie na głoskach zwarto-wybuchowych i na samogłoskach – w nagłosie słów, ale także na innych głoskach itp.).

Przeciętny czas trwania bloku w sekundach wynosił 7,3 sekundy, co świadczy o głębokim problemie jąkania.

Stan logofobii / lęku społecznego – w środkowej granicy stopnia głębokiego (na 50 sytuacji komunikacyjnych unikał podczas diagnozy aż 43 sytuacji, w tym na poziomie „3” – *bardzo unikam* – 17 sytuacji).

Wyróżniono 24 nienaturalne reakcje (współruchy mięśniowe i inne) na 34 pojawiające się w momentach jąkania (dolna granica stopnia głębokiego).

Pacjent ocenił swoje jąkanie (szczególnie frekwencję blokowania, lęki społeczne, nienaturalne reakcje) na poziomie górnej granicy stopnia znacznego, tj. „4,6” punktu (górną granicę stopnia znacznego), a logopeda na poziomie stopnia głębokiego, tj. „5,0”, co stanowi o różnicy percepcyjnej pacjenta i logopedy o 0,4 punktu (wskazuje to na dobrą współpracę terapeutyczną pomiędzy pacjentem i logopedą).

Powyższe przytoczone wyniki wskazywały na równoczesne zastosowanie w terapii obu podejść MBP i JBP, czyli *terapii zintegrowanej ZI*.

Poza wywiadem klinicznym z rodzicami, rodzeństwem i samym pacjentem przeprowadzono ocenę diagnostyczną (której wyniki – wyżej), omówiono program terapii ze zwróceniem uwagi na podejście (ZI) i omówiono w miarę szczegółowo techniki terapeutyczne, które miały być włączane do terapii już po pierwszej kilkugodzinnej sesji diagnostyczno-terapeutycznej.

Weryfikacja realizacji zaleceń odbywała się drogą terapii na odległość (telefonicznie i poprzez komunikator Skype jeden raz na 1–2 tygodnie).

W obecności pacjenta, rodziców i rodzeństwa – jak już wcześniej wspomniano – omówiono zestaw odpowiednich technik płynnego mówienia, które poprzez wykonywanie odpowiednich ćwiczeń / zachowań terapeutycznych / zmiany postaw (Chęćek i in., 1999; Chęćek, 2001; Chęćek, 2007, 2012; Chęćek i in., 2014; Chęćek i Bijak, 2015) miały prowadzić do uzyskania poprawnej płynności mówienia oraz do zmniejszenia lęku przed mówieniem / logofobii z powodu przewidywania wystąpienia problemu fizjologicznego blokowania.

Wśród 12 zasad płynnego mówienia można wyróżnić 4 najważniejsze techniki przyczyniające się do zapobiegania symptomom fizjologicznego blokowania: 1) *technika przedłużonego mówienia (TPM)*, 2) *technika śpiewnego mówienia*, 3) *technika szerszego otwierania ust podczas wypowiedzania samogłosek*, 4) *technika wykonywania parabolicznych ruchów upłynniająco-rytmizujących podczas mówienia* (1 ruch na 2–3 sylaby, najpierw wiodącą dłoń, a potem palcem wskazującym); codzienna realizacja odpowiedniego programu ćwiczeń ma doprowadzić do automatyzacji i stosowania w mówieniu tych i innych technik / zasad płynnego mówienia (Chęćek i in., 2014).

Pacjentowi zalecono prowadzenie odpowiednich ćwiczeń oddechowych zmierzających do wypracowania toru oddechowego przeponowego, by w ten sposób poszerzyć pojemność życiową płuc i umożliwić wykorzystanie tego toru oddychania do budowania wypowiedzi z większą swobodą, delikatnością. Wśród ćwiczeń oddechowych znalazły się ćwiczenia z tzw. kwadratem i trapezem oddechowym, ćwiczenia gimnastyczno-oddechowe wykorzystujące w dużym stopniu programy Hathajogi (np. różne układy ciała w pozycji stojącej / z oparciem głową o ścianę / ze skłonami w dół i na przemian podnoszenia do góry z równoczesnymi wdechami / wydechami / wstrzymaniem oddechu na kilka sekund; także różnorodne ćwiczenia w pozycji leżącej z unoszeniem naprzemiennie kończyn dolnych itp., ze skupieniem uwagi na oddychaniu przeponowym). Jednym z ćwiczeń zaleconych M. było także ćwiczenie oddechowe połączone z wchodzeniem i schodzeniem ze schodów (Weller, 2001).

Ze względu na występujący lekki szczękościsk zalecono M. odpowiedni zestaw ćwiczeń emisyjnych prowadzących do szerszego otwierania łuków zębowych podczas emisji samogłosek, także z wykorzystaniem głoski [m] połączonej z samogłoskami (tu nieznaczące przedłużanie głoski [m] oraz dłuższe samogłosek głównie w pozycji stojącej z wykorzystaniem zmysłu wzroku (przed lustrem); zwracano uwagę na różny stopień otwierania jamy ustnej podczas przedłużania samogłosek [a, o],



[e, u, i] oraz [y]; podkreślano znaczenie zmysłu czucia podczas otwierania ust przy poszczególnych samogłoskach; także podkreślano znaczenie wykorzystania zmysłu słuchu podczas przedłużania samogłosek w jednakowym iloczynie (Toczyska, 2016; Tarasiewicz, 2003).

Do technik / metod zmierzających do zmniejszenia lęku społecznego przed mówieniem / unikania mówienia w przypadku prezentowanego młodzieńca omówiono i wstępnie zalecono: *relaksację i wizualizację, muzykoterapię, psychodramę, celowe jękanie się (tzw. technikę negatywnej praktyki) i celowe płynne mówienie, czytanie i głośną analizę tekstów afirmacyjnych wprowadzających pozytywne myślenie i programowanie zachowań bez lęku.*

Zaprezentowano także pacjentowi i rodzinie (jako osobom, które są zobowiązane do wspierania procesu terapii młodzieńca w domu i w miarę możliwości w innych sytuacjach i miejscach) program socjoterapeutyczny (np. wykonywanie telefonów do terapeuty, a z czasem do osób obcych i instytucji, robienia zakupów itp.), w tym podstawy terapii behawioralno-poznawczej (Bourne, 2011; Suligowska, 2017), podstawy modyfikacji jękania według metody Charlesa Van Ripera (Tarkowski, 1999, 2005; Jankowska-Szafarska, 2018).

Po pierwszej sesji M. wykonał w ciągu 2 miesięcy 4 terapeutyczne, podczas których starał się zastosować omówione i wstępnie przećwiczone podczas pierwszej sesji techniki płynnego mówienia. Po 2 miesiącach odbyła się kolejna sesja, już tylko terapeutyczna, z pacjentem i jego młodszym bratem; obaj starali się konsekwentnie czytać teksty i prowadzić dialogi z użyciem poznanych technik.

Po 6 tygodniach odbyła się trzecia sesja, grupowa, z udziałem młodszego brata i 15-letniej Kasi, będącej już po 4-miesięcznej terapii przed turnusem i 12-dniowym *Programie Intensywnej Terapii dla Jękających się*. Wszyscy troje starali się używać płynnej mowy w prowadzonych dialogach; na tej właśnie sesji wprowadzono już elementy terapii behawioralno-poznawczej (m.in. trening relaksacyjny połączony z ćwiczeniami oddychania przeponowego, a także wstępnej terapii opartej na kontroli paniki).

Po kolejnych 3 sesjach terapeutycznych drogą telefoniczną, podczas których M. prowadził już dialogi z innymi uczestnikami terapii na odległość w sposób płynny, pacjent poinformował mnie, że rezygnuje z dalszej terapii, gdyż używając technik płynnej mowy zgodnie z zaleceniami oraz dokonując akceptacji siebie jako osoby mającej prawo do sporadycznych zająknięć, zmniejszył w sposób znaczący lęk przed mówieniem oraz zmniejszył wyraźnie liczbę symptomów niepełności mowy.

Motywami do rezygnacji z dalszych sesji z bezpośrednim udziałem w grupie, jak i terapii na odległość, były płynne wypowiedzi pacjenta pod koniec pierwszej sesji diagnostyczno-terapeutycznej oraz jego wcześniejsza terapia, która zawierała niektóre elementy *Zmodyfikowanego programu psychofizjologicznej terapii jękających się* Mieczysława Chęćka. Praktyczne przypomnienie sobie i trening niektórych technik w różnych trudnych sytuacjach komunikacyjnych, zmniejszenie sytuacji unikania mówienia, modyfikacja niepełnych zachowań, realizacja przez członków rodziny

kontraktu terapeutycznego, w tym zaleceń dotyczących terapeutycznego wspomaganie, a także zmiana relacji w komunikowaniu się z ojcem doprowadziły do uzyskania płynnego mówienia i bez wyraźnych stanów logofobii w większości trudnych sytuacji komunikacyjnych. W przypadku wystąpienia ewentualnego kolejnego regresu – zgodnie z kontraktem terapeutycznym zawartym z M. i jego rodziną – pacjent powinien nawiązać kontakt z terapeutą (Chęciek, 2012).

Dialog terapeutyczny kontrolny przeprowadzony z pacjentem drogą telefoniczną po 6 i po 12 miesiącach od zakończenia terapii potwierdził stabilny stan, podobny do stanu sprzed roku (o czym podano wyżej).

Można zatem uznać, iż zastosowanie u pacjenta podejścia *terapii zintegrowanej* (ZI) przyniosło właściwe efekty.

## Studium przypadku nr 2

**Bartek** (obecnie 23 lata, początek terapii – 17;3 r.ż., klasa III liceum ogólnokształcącego)

Początek zauważonych objawów niepełności mowy około 8.–9. roku życia (kl. II–III szkoły podstawowej).

Przypuszczalna przyczyna: genetyczna (dziadek ze strony matki i wujek ze strony ojca jękali się; ojciec przejawia cechy mowy beładnej; matka z cechami lękowymi; Bartek nadwrażliwy emocjonalnie i ze sporymi cechami lękowymi).

Pierwsza diagnoza została przeprowadzona w wieku 17;3 lat *Kwestionariuszem Cooperów do oceny jękania* (Chęciek, 2001): przeciętna częstotliwość jękania w 5 podpróbach (mowa spontaniczna, czytanie tekstu, powtarzanie zdań, recytacja, odpowiadanie pojedynczymi wyrazami na pytania) – dolna granica stopnia umiarkowanego, kolejna diagnoza po drugim turnusie terapeutycznym w wieku 21 lat – norma płynnego mówienia.

Stan logofobii w wieku 17;3 lat – środkowa granica stopnia głębokiego, natomiast w wieku 21 lat – górna granica stopnia lekkiego.

Czas emisji samogłoski [a] w wieku 17;3 r.ż. – 17 sekund, w wieku 21 lat – 21 sekund, u badanego występują cechy szczękościsku.

Oddychanie – torem szczytowym, wydech przerywany symptomami blokowania tonicznego (częściej niż klonicznego), problemy oddechowe były rozwiązywane poprzez intensywną terapię prowadzoną przez współautora artykułu (o czym poniżej).

Dwukrotnie uczestniczył w 2-tygodniowym turnusie terapeutycznym oraz w terapii indywidualnej i grupowej w gabinecie; był także objęty terapią na odległość indywidualną i grupową (telefoniczną i poprzez Skype).

W 22. r.ż. już jako student III roku politechniki przez kilka miesięcy był objęty przez psychologa krótkoterminową terapią behawioralno-poznawczą ze względu na powracające lęki społeczne w trudnych sytuacjach komunikacyjnych (terapia ta przyniosła wymierne efekty w zakresie zmniejszenia stanów logofobii).

U wspomnianego wyżej pacjenta w terapii oddechowej występuje tzw. sporadyczna sezonowość oddechu szczytowego. Pomimo kilkuletniej pełnej terapii, także turnusowej, zdarzają się w okresach nasilonego stresu momenty cofania oddechu przeponowego i przechodzenia w oddech szczytowy tzw. piersiowy. Charakterystycznym objawem zewnętrznym jest podnoszenie ramion w kierunku pionowym ku górze, co sygnalizuje wyraźne skrócenie toru oddechowego do krytycznego minimum, a co za tym idzie, wywołanie efektu spłaszczonej fazy dźwiękowej, czyli bezdźwięcznego głosu.

Trening oddechowy pacjenta miał za zadanie przywrócenie odpowiedniej płynności i głębokości fazy, zwłaszcza fazy wdechowej, która w całym procesie oddechowym jest trudniejsza od fazy wydechowej. Jednym z prostszych ćwiczeń była praca ze stoperem i wydłużanie w tempie jednostajnym samogłoski [s]. Prawidłowy czas wdechowy powinien wynosić około 10 sekund, czas wydechowy natomiast minimum 15 sekund. Ćwiczenie to było także wykonywane podczas terapii telefonicznej, gdy terapeuta, licząc po cichu poszczególne sekundy oddechu pacjenta, informował go o długości jego oddechu. Trening ten powtarzany był w okresie do 14 dni po 10 minut, co powodowało powrót do oddechu pogłębionego, przeponowego. Następnym, podobnym ćwiczeniem było wydłużanie procesu oddechowego na spółgłosce [m]. Pierwszy etap to umiejscowienie dźwięku spółgłoski w jak najniższym miejscu, czyli na wysokości krtani. Istotnym warunkiem była zamknięta jama ustna. Po około 5 sekundach, cały czas wykonując to ćwiczenie, pacjent powoli otwierał usta, jednocześnie obniżając dźwięk na poziomie tchawicy, następnie płuc, splotu słonecznego aż do poziomu szczytowej ściany przepony.

Dzięki takiemu stopniowaniu dźwięku i schodzeniu na coraz niższe poziomy emisyjne możliwe było uzyskanie przez pacjenta zarówno efektu pogłębionego głosu, ale także wydłużenia czasu poboru oraz wypuszczania powietrza z przepony.

Wpajana nam przez starsze pokolenia technika *oddychania płucami*, często cytowana przez rodziców na przykład podczas pobytu nad morzem (*oddychaj głęboko płucami*) uzmysławia nam, jak błędne było do tej pory myślenie o naszym oddechu. Przeliczając na długość całego układu oddechowego, nagle zdajemy sobie sprawę, że używamy praktycznie tylko 45% jego długości. Technologia oddechu zatrzymuje się na płucach. Jaką rolę zatem pełni w takim sposobie oddychania przepona? Nie bójmy się użyć stwierdzenia, iż w takiej metodzie *dotleniania* naszego organizmu przepona nie pełni żadnej funkcji, może poza paroma częstymi sytuacjami śmiechu, płaczu czy też funkcjami fizjologicznymi.

W dysfluencji mowy podstawowym czynnikiem jest głębokość oddechu, a co za tym idzie, jego wyciszenie i przygotowanie do odpowiedniego spowolnionego startu mowy. Im dłuższy tor wypustowy powietrza, tym większa możliwość odpowiedniego startu na pierwszych dźwiękach choćby najprostszego zdania. Im większe zmagazynowanie zapasu powietrza, tym większa możliwość wydłużenia następujących po sobie, wszystkich dźwięków złożonych na daną wypowiedź naszego pacjenta. Dysfluencyjny stres mowy to nic innego, jak podświadomy lęk przed klęską, zerwa-

niem klonicznym, tonicznym lub mieszanym (kloniczno-tonicznym) pierwszego lub następujących po sobie słów i całych zdań.

Innym elementem naszej terapii, najczęściej poprzez wspomaganie relaksacją, była iluminacja oddechowa, metoda, którą wprowadziłem [E.B.] do terapii w 2014 roku. Polega ona na doprowadzeniu organizmu do stanu wewnętrznej nostalgii. Jak w teatrze w *Metodzie Stanisławskiego*, by zbudować postać bohatera, należy we własnym ciele pozbyć się wszystkich resztek swojego *Ja*, pozbyć się psychiki swojej własnej, wewnętrznej, która może zaszkodzić w tworzeniu nowego bohatera. Gdy efekt białej kartki jest na etapie końcowym, rozpoczynam proces poszukiwania dźwięku, czyli tzw. iluminacji oddechowej. Polega ona na każdorazowym uzmysławianiu sobie, gdzie jest dźwięk, którego właśnie jestem twórcą. Jesteśmy w stanie doprowadzić swoje myśli i ciało do sytuacji, że wydając dźwięk, odczuwamy go w danym miejscu ciała, wybranym przez nas w odpowiednim momencie.

Poprosiłem mojego pacjenta Bartka, by leżąc na macie z zamkniętymi oczami, umiejscawiał dźwięk w odpowiednim miejscu ciała. Na przykład na sutku prawej piersi, następnie na wysokości pępka, następnie by dźwięk przechodził powoli w kierunku prawego kolana. W tym ćwiczeniu zdobywamy przede wszystkim czas na to, by dźwięk zwiedził całe ciało, a na to potrzeba dłuższej chwili. Kolejnym etapem nie jest już wskazywanie słowem, gdzie ma być teraz ulokowany dźwięk, ale delikatne dotykanie przez terapeutę miejsca, w którym dźwięk powinien zostać umiejscowiony. Jest to niezwykle trudne ćwiczenie, ale prosimy, by dźwięk był cały czas prowadzony do odpowiedniego miejsca, bez żadnej przerwy na oddech. Efekty są zaskakujące. Ciało doprowadzone do stanu kontemplacji skupia się wyłącznie na dźwięku, zapominając o sygnałach mózgowych odpowiadających za stan lęku przed mową. Niezaprzeczalnie ważnym elementem jest pustka lękowa zastąpiona gotowością dźwiękową. W czasie kilkuletnich turnusów unaoczniałem sam sobie [E.B.] i wszystkim uczestnikom (w tym opisywanemu pacjentowi), że istotą niepełności mowy w aspekcie emisyjnym jest zbyt małe przygotowanie miejsca na odpowiednią długość oddechu, a najprościej mówiąc... jest zbyt krótkie i wąskie pole startowe oddechu, by przygotować nie tylko psychikę, ale także fizjologiczną stronę oddechu. Być może jeszcze bardziej unaocznimy temat, porównując problem startu mowy w niepełności mowy do startu samolotu, któremu może wystarczy krótki pas startowy, podczas gdy powinniśmy być gotowi na start potężnej erupcji słownej, a co za tym idzie, przygotowani na wystartowanie z potężnego pasa startowego, z którego wylatują tylko największe samoloty świata. Wówczas pokażemy, jak wielkie znaczenie ma wydłużanie oddechu. Rozpoczęcie procesu oddechowego przeponowego pobudza siłę odśrodkową z przepony, która w momencie przechodzenia przez tchawicę, krtań, jest już na tyle okrzepnięta w sile i technice wydechu, iż pomimo ewentualnej czyhającej na strumień powietrza przeszkody omija ją bez niepotrzebnych lęków, trafia do strun głosowych i niczym nie zniekształcona trafia do rezonatorów, by w końcowym etapie płynnie uformować się i wyjść na zewnątrz jako środek komunikacji werbalnej.

Pamiętać należy, iż prawidłowy oddech, przeponowy, charakterystyczny dla płci męskiej w ponad 97%, to w przypadku osób z niepełnością mowy płci męskiej wynosi tylko około 37%, w przypadku prawidłowego oddechu przeponowego u kobiet wynosi natomiast 12%, a u jękających się tylko 3% (badania te zostały wykonane przez autorów artykułu na grupie 187 osób podczas turnusów terapeutycznych w Wiśle w latach 2014–2018). Prawidłowość ta sygnalizuje, jak ważnym elementem w terapii osób z dysfluencją mowy jest proces terapii oddechowej.

W przypadku prezentowanego pacjenta terapia w okresie początkowym była prowadzona zgodnie z podejściem *mówienie bardziej płynne*, a po pewnym czasie zaczęto wprowadzać techniki podejścia *jąkanie bardziej płynne*. Pacjent nie zaakceptował jednak do końca podejścia „*zintegrowanego*”, stwierdzając, że jeśli w pełni *wyzwoli się z jarzma* logofobii, to będzie w stanie komunikować się płynnie.

## Podsumowanie

Zaprezentowany przez autorów w artykule materiał udowadnia, iż najlepszą drogą do uzyskania trwałych efektów płynnego mówienia jest włączenie w początkowym okresie terapii metod tkwiących u podstaw podejścia MBP, by po określonym czasie dołączyć terapię zgodną z podejściem JBP, a końcowy etap terapii przeznaczyć na podejście ZI. Programy terapeutyczne dla osób z zaburzeniami płynności mowy powinny nosić znamiona terapii kompleksowej, która powinna uwzględniać techniki różnorodne zawarte w podejściu „*zintegrowanym*”. Musi prowadzić do osiągnięcia przez pacjentów podstaw płynnego mówienia z zastosowaniem niektórych wspomnianych technik płynnego mówienia (z naczelnymi 4 technikami). Bardzo ważną rolę dla osiągnięcia właściwych efektów terapeutycznych u pacjenta(-ów) odgrywa logopeda (czy odpowiedni zespół terapeutów) posiadający rzetelną wiedzę teoretyczną i praktyczną z zakresu rozwiązywania problemów zaburzonej płynności mowy młodzieży i dorosłych (Węsierska, 2015). Terapia kompleksowa po kilku sesjach indywidualnych powinna być zamieniona na grupową, a najbardziej racjonalną terapią może stać się terapia grupowa typu turnusowego poprzedzona kilkumiesięczną terapią prowadzoną w warunkach gabinetu i domu rodzinnego. Terapia grupowa powinna w swoim programie uwzględniać także metody oddziaływania psychoterapeutycznego i socjoterapeutycznego. Powinna też być prowadzona na odległość (np. Skype, telefon). W procesie terapeutycznym osobom z zaburzeniami płynności mówienia musi uczestniczyć bliska, dorosła osoba (lub osoby) wspierająca ten proces, bo jak pisze amerykański klinicysta Joseph Sheehan, jąkanie jest zaburzeniem społecznego komunikowania się (i zwykle nie pojawia się w samotności, zatem rola osoby współodpowiedzialnej za proces terapii ma niebagatelne znaczenie) (Sheehan, 1970).

## Bibliografia

- Adamczyk B. (1993). Terapia jąkania metodą „Echo”. W: T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zaleski, red., *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy* (s. 141–155). Lublin: Wyd. UMCS.
- Bourne E.J. (2011). *Lęk i fobia. Praktyczny podręcznik dla osób z zaburzeniami lękowymi*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Byrne R. (1989). *Pomówmy o zacinaniu*. Warszawa: PZWL.
- Chęćek M., Pielecki A., Bartkowicz Z., Pankowska D. (1999). The Complex Short – Term Therapy. Program and Effectiveness. W: Ph. Dejonckere, H.F.M. Peters, red., *Communication and Its Disorders: A Science in Progress* (s. 687–690). Nijmegen, Holandia.
- Chęćek M. (2001). *Kwestionariusz Cooperów do Oceny Jąkania. Zarys terapii. Podręcznik*. Wyd. 2. Lublin: Wyd. Fundacji „Orator”.
- Chęćek M., Bartkowicz Z., Pielecki A., Węsierska K. (2002). Postępy terapii jąkających się dzieci i młodzieży prowadzonej w warunkach turnusowych. *Logopedia*, 30, 201–212.
- Chęćek, M. (2007). *Jąkanie – diagnoza, terapia, program*. Wyd. 1. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Chęćek M. (2012). *Jąkanie – diagnoza, terapia, program*. Wyd. 3. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Chęćek M., Bijak E., Kamińska D. (2014). *Jąkanie – skuteczne techniki płynnego mówienia*. T. 1–2. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Chęćek M., Bijak E. (2015). *Fragmentaryczne wyniki badań nad motywacją do terapii jąkania uczniów szkoły średniej*. W: O. Przybyła, red., *Logopedia Silesiana*, 4. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 158–169.
- Froeschels E. (1943). Pathology and therapy of stuttering. *Nervous Child*, 2, 148–161.
- Gregory, H. (1979). Controversial issues: statement and review of the issues. W: H. Gregory, red., *Controversies About Stuttering Therapy*. Baltimore: University Park Press.
- Gregory H.H. (1994). Jąkanie: Gdzie jesteśmy? Dokąd zmierzamy? *Logopedia*, 21, 25–29.
- Gregory H., Campbell J., Hill D. (1995). Differential Evaluation – Differential Therapy for Stuttering Children. W: C.W. Starkweather, H.F.M. Peters, red., *Stuttering: Proceedings of the First World Congress on Fluency Disorders* (s. 287–290). Nijmegen, NL: Nijmegen University Press.
- Gregory H., Hill D. (2001). Modifying Stuttering and Modifying Speech in the Treatment of Stuttering. W: H.-G. Bosshardt, J.S. Yaruss, H.F.M. Peters, red., *Fluency disorders: theory, research, treatment and self-help* (s. 263–266). Nijmegen, NL: Nijmegen University Press.
- Guitar B., Peters T.J. (2014). *Dobór metod terapii jąkania*. Katowice: Centrum Logopedyczne.
- Jankowska-Szafarska L. (2018). Praktyczne zastosowanie podejścia modyfikacji jąkania u młodzieży i dorosłych – pokonywanie barier psychologicznych. W: K. Węsierska, K. Gawęł, red., *Zaburzenia płynności mowy* (s. 224–239). Gdańsk: Grupa Wydawnicza Harmonia Uniwersalis.
- Rustin L. (1987). *Assessment and therapy programme for dysfluent children*. Windsor: NFER-NELSON.
- Sheehan J.S. (1970). Conflict theory and avoidance reduction therapy. W: J. Eisenson, red., *Stuttering: a second symposium* (s. 97–198). New York: Harper & Row.
- Starkweather C.W. (1995). A simple theory of stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 2, 91–116.
- Suligowska B. (2017). Wykorzystanie metody poznawczo-behawioralnej w terapii jąkania. W: L. Jankowska-Szafarska, B. Suligowska, R. Kara, K. Kupiec, red., *Życie z zacięciem – Integralny przewodnik po jąkaniu* (s. 125–134). Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.
- Tarasiewicz B. (2003). *Mówię i śpiewam świadomie. Podręcznik do nauki emisji głosu*. Kraków: TAIWPN Universitas.
- Tarkowski Z. (1999). *Jąkanie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Tarkowski Z. (2005). Jąkanie. W: T. Gałkowski, E. Szelaż, G. Jastrzębowska, red., *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki* (s. 693–735). Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Toczyska B. (2016). *Zacznij od samogłoski. Samogłoska w logopedii artystycznej*. Gdańsk: Harmonia Uniwersalis.
- Van Riper Ch. (1947). *Speech Correction. Principles and Methods*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs.
- Van Riper Ch. (1971, 1982). *The Nature of Stuttering*. New Jersey: Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

## Streszczenie

Autorzy w swoim artykule prezentują wyniki badania skuteczności terapii dwóch dorosłych jękających się pacjentów płci męskiej (21 i 23 lata). Celem badania było zaprezentowanie dominującego podejścia terapeutycznego „mówienie bardziej płynne”. W metodzie indywidualnego przypadku wykorzystano obserwacje, wywiady, testy / kwestionariusze, analizy dokumentów oraz techniki projekcyjne. Podają też krótki opis drugiego podejścia „jąkanie bardziej płynne”, które było także zastosowane w terapii pacjentów, ale w mniejszym zakresie. Ostatecznie użyto metody terapeutycznej kompleksowej („zmodyfikowana terapia psychofizjologiczna”) jako „terapii zintegrowanej”. Dokonali z kolei analizy tychże indywidualnych przypadków, w których zastosowano wspomniane metody diagnozy i terapii. Badania kontrolne wykazały znaczące efekty zarówno w obszarze symptomów niepłynności mowy, jak i w zakresie poprawy emocjonalnego funkcjonowania wraz ze znaczącym zmniejszeniem jękania niejawnego (logofobii/fobii społecznej). W artykule autorzy podkreślają ogromne znaczenie zastosowania u powyższych pacjentów również metod terapeutycznych oddechowo-emisyjnych w zmniejszaniu objawów fizjologicznego blokowania (szczególnie w początkowym okresie terapii).

**Słowa kluczowe:** jąkanie, mówienie bardziej płynne, jąkanie bardziej płynne, terapia zintegrowana, narzędzia diagnostyczne, studia przypadków

## Summary

In their article, the authors present two case studies of two adult male stuttering patients (21 and 23 years old). The aim of this study was to showcase the predominating diagnostic-therapeutic procedure of “fluency-shaping” / “speak more fluently” approach. In this study the authors used observation, interview, tests/questionnaires, documents analysis as well as projection techniques. A short description of another approach – the “stuttering modification” / “stutter more fluently” approach is also presented, which has been used with the patients but to a lesser extent. In the end, the method used was complex therapeutic method (“modified psycho-physiological therapy”) as “integrated therapy”. The next step was to analyze those individual cases in which above mentioned methods were used in both diagnosis and therapy. Control tests suggest better and more sustainable effects in increasing fluency as well as significantly decreasing covert stuttering (logophobia/social fear). In their article, the authors highlight the importance of breathing and voice emission techniques in decreasing the symptoms of physiological blocking (especially in the initial stages of therapy).

**Key words:** stuttering, speak more fluently, stutter more fluently, integrated therapy, diagnostic tools, case studies

## Terapia dopasowana do potrzeb osoby jękającej się – studium przypadku

Tailoring the treatment to the needs of the person who stutters – based on a clinical case study

### Wprowadzenie

W ciągu całego życia osoby jękające się mają do dyspozycji wiele rodzajów terapii. Rodzaje te są zróżnicowane, poczynając od interwencji bezpośrednich, ukierunkowanych na obniżenie dokuczliwości i częstotliwości zachowań związanych z jękaniem, po nakierowane na łagodzenie lęku i innych problemów, które mogą towarzyszyć zaburzeniu (Packman, 2012). W ostatnich latach podejście do terapii jękania podlega specjalizacji, metody terapeutyczne publikuje się w rzetelnych czasopismach i książkach (Shapiro, 2011; Guitar, 2019) oraz przedstawia się rezultaty, jakie przynoszą. Autorka niniejszego artykułu skupia się w nim na dwóch różnych podejściach, jakie stosuje w swojej praktyce klinicznej: kształtowaniu płynności i modyfikacji jękania. Rozważenie tych dwóch podejść i rozciągającego się między nimi kontinuum jest pomocne w odróżnianiu różnych rodzajów terapii, jakie są obecnie dostępne i wykorzystywane w pracy z osobami jękającymi się (Shapiro, 2011). W pierwszej części tekstu omówione zostaną zasady leżące u podstaw terapii w duchu kształtowania płynności i modyfikacji jękania. Następnie zostaną zidentyfikowane i porównane mocne i słabe strony obu podejść. Na koniec całe stworzone w ten sposób ramy teoretyczne zostaną wypełnione ilustracją klinicznego studium przypadku, co ma podkreślić istotność projektowania zindywidualizowanej terapii dopasowanej do potrzeb osoby jękającej się.

### Podstawy teoretyczne

#### Kształtowanie płynności mówienia – *mówienie bardziej płynne*

Niniejsza klasyfikacja odnosi się do podejść interwencyjnych stosowanych u osób jękających się i zakłada, że pewne komponenty jękania się są zachowaniami



wyuczonymi (Guitar, Peters, 2008). W związku z tym omawiane podejście opiera się na zasadach modyfikacji zachowań. Terapia w nurcie kształtowania płynności ma na celu uzyskanie płynnej mowy poprzez usuwanie niepłynności w kontrolowanym środowisku. Następnie płynność jest stopniowo modyfikowana, aby osiągnąć brzmienie zbliżone do zwykłej mowy konwersacyjnej. Później powinno nastąpić uogólnienie płynnej mowy w naturalnym środowisku mówienia danej osoby. Z tego powodu Hugo Gregory (1986) już wcześniej odnosił się do tej strategii zarządzania płynnością, nazywając ją dokładnie słowami „*mówienie bardziej płynne*” [który to termin, wraz ze skrótem MBP, szeroko stosuje się w polskiej logopedii – przyp. tłum.]. W tamtym czasie w literaturze donoszono, że osoby jękające się prawdopodobnie zaczną mówić płynnie, gdy tylko zastosują innowacyjny sposób mówienia (Bloodstein, Bernstein Ratner, 2008). Zalecano, aby mówić powoli, śpiewnie lub monotonna, aby nie artykułować zbyt wyraźnie spółgłosek i przedłużać samogłoski, skracać samogłoski i akcentować spółgłoski, zwracać uwagę na tempo, frazowanie i/lub oddychanie (Bloodstein, Bernstein Ratner, 2008). Uważano więc, że nic nie jest w stanie wyeliminować niepłynności tak szybko i całkowicie, jak strategię tego rodzaju. Rzeczywiście, spontaniczna płynność jest ostatecznym celem podejść w nurcie kształtowania płynności, choć i kontrolowana płynność jest zadowalająca, jeśli wyższe poziomy płynności okażą się nieosiągalne. Sesje terapeutyczne są zazwyczaj wysoce ustrukturyzowane i wykorzystują zaprogramowane techniki. Zmiana behawioralna jest stosunkowo szybka, ale jej przenoszenie i utrzymanie są nieraz trudne. Techniki kształtowania płynności są zwykle wskazane dla osób jękających się otwarcie, nie unikających mówienia, dostrzegających irytację, ale czujących się ze sobą pewnie i wykazujących pozytywną reakcję na próby zarządzania płynnością w tym nurcie (Shapiro, 2011). W literaturze opisano różne metody i programy kształtowania płynności, takie jak: *Programowane warunkowanie do płynności*, określane również jako *Program płynności Monterey* (Ryan, Van Kirk, 1971, 1978), *Programowana terapia jękania u dzieci i dorosłych* (Ryan, 1974, 2001), urządzenia elektroniczne generujące zmienione sprzężenie zwrotne słuchowe (Lincoln, Packman, Onslow, 2006), *Swobodniejsze Odprężone Podejście – Gładki Ruch* (ang. *Easier Relaxed Approach-Smooth Movement*, ERA-SM) (Gregory, 2003; Simon, 2015) i *Mowa Przedłużona* (O’Brian i in., 2013). W niniejszym artykule zostaną objaśnione dwa ostatnie podejścia, ponieważ zostały one wdrożone w terapii klienta, o którym mowa w klinicznym studium przypadku.

ERA-SM to *Swobodniejsze odprężone podejście*, gdy zaczynamy mówić, i *Płynny ruch* od pierwszego do drugiego dźwięku. Pochodzenie tej techniki wywodzi się z następującej obserwacji: kiedy, pomagając osobom jękającym się, przeanalizowano, w jaki sposób napinają się i przerywają przepływ mowy, zaobserwowano, że zwykle przerywają na początku słowa lub frazy. W konsekwencji podczas wypowiedzenia słów początkowe przejście spółgłoska – samogłoska lub samogłoska – spółgłoska jest wytwarzane w sposób bardziej swobodny i płynny, nieco wolniej niż zwykle. Pozostała część słowa jest wytwarzana z normalną szybkością i normalną

artykulacją. W frazach ERA-SM akcentuje się na pierwszej sylabie pierwszego słowa, a kolejne słowa są razem łączone. ERA-SM powinien być stosowany w dyskursie połączonym, a zdobyte umiejętności powinny być stopniowo uogólniane w różnych kontekstach pozagabinetowych, aby uzyskać mowę brzmiącą w sposób zbliżony do normalnej (Gregory, 2003; Simon, 2015).

*Mowa przedłużona* jest częścią wielu podejść i programów, w tym programu Camperdown, który jest terapią restrukturyzacji mowy opracowaną dla osób jąkających się (O'Brian i in., 2013). Podstawą techniki *mowy przedłużonej* jest założenie, że jąkanie może wynikać z deficytów w zakresie przetwarzania sensoryczno-motorycznego (Monfrais-Pfauwadel, 2014). Celem programu jest wyeliminowanie lub znaczne zmniejszenie nie płynności mowy w codziennych sytuacjach oraz wypracowanie procedur samodzielnego zarządzania. Klient uczy się używać dowolnych funkcji *mowy przedłużonej* do kontrolowania swoich nie płynności i może swobodnie indywidualizować swój wzorzec mowy. Po osiągnięciu naturalnie brzmiącej mowy bez zająknięć w bezpiecznym kontekście powinien wypracować strategię przenoszenia jej do życia codziennego (O'Brian i in., 2013). W rzeczywistości nawyk ciągłego mówienia powoli i ostrożnie jest w dużej mierze zalecany, ponieważ prowadzi do bardziej swobodnego sposobu mówienia, który to jest bardziej podatny na procedury terapeutyczne. Niespieszność w rozmowie stanowi często ponadto przeciwwagę dla uczucia presji czasu, które osoby jąkające się odczuwają, gdy prosi się je o zabranie głosu (Fraser, 2010). W ten sposób, zarówno ERA-SM, jak i *mowa przedłużona*, podobnie jak inne techniki kształtowania płynności, są zorientowane na zarządzanie płynnością w warunkach gabinetowych i pozagabinetowych, w celu zastąpienia zachowań jąkania płynnością.

### **Modyfikacja jąkania – jąkanie bardziej płynne**

Terapia ta odnosi się do kategorii podejść interwencyjnych, w których zakłada się, że pewne komponenty jąkania wynikają ze zmagania się z nie płynnościami i unikania słów i sytuacji, których dana osoba się obawia. Proces interwencji ma na celu ograniczenie związanych z mową zachowań unikania, lęków i negatywnych postaw, modyfikując przy tym formę jąkania (Shapiro, 2011). Można to osiągnąć dzięki różnym metodom, w tym dzięki redukcji zachowań związanych z walką, wygładzeniu formy jąkania i zmniejszeniu napięcia oraz tempa jąkania, poprzez jąkanie się w bardziej odprężony sposób (Guitar, Peters, 2008). Głównym celem tego rozwiązania jest więc „jąkanie bardziej płynne” [ta nazwa i jej skrót JBP również utrwaliły się w polskim użyciu – przyp. tłum.], z mniejszym wysiłkiem i z większą naturalnością, jak wspominał Hugo Gregory (1986).

Jednym z najbardziej znanych przykładów modyfikacji jąkania jest terapia Charlesa Van Ripera (1973) określana jako MIDVAS. Najważniejszym czynnikiem leżącym u podstaw całego procesu jest motywacja. Klient powinien być aktywnie zaangażowany w swoją terapię. Drugą fazą tego podejścia jest identyfikacja objawów, z wyko-

rzystaniem wkładu klienta, w tym nie płynności i związanych z nimi uczuć. Doprowadzi to do ustalenia poziomu odniesienia dla celów porównawczych. Desensytyzacja ma na celu zmniejszenie stresu i wzmocnienie jednostki nowymi strategiami radzenia sobie z jękaniem. Etap zmiany dostarcza klientowi alternatywnych metod jękania się, by mógł zwiększyć kontrolę nad mówieniem. Etap kolejny, przybliżania się do zmiany optymalnej, ma nadać kierunek od zachowań związanych z jękaniem do „normalnej” płynności. Ostatni etap, etap stabilizacji ma dodać klientowi pewności siebie w komunikacji przez monitorowanie jego umiejętności komunikacyjnych, uczuć i postaw (Fraser, 2010; Shapiro, 2011; Monfrais-Pfauwadel, 2014).

Filozofia stojąca za tym podejściem polega na tym, że zmiana w psychice ma dużo większą moc niż przyjęcie nowego wzorca mowy. Z tego powodu głównym celem jest zaakceptowanie jękania, aby móc je następnie modyfikować. Zmniejszenie stresu związanego z jękaniem jest, jak wspomniano powyżej, jednym z kluczowych celów modyfikacji jękania (Shapiro, 2011). Klient proszony jest o jękanie się celowo (dobrowolne jękanie), w spokojny i zrelaksowany sposób, co da mu poczucie samokontroli (Fraser, 2010). Pomoże mu to wyeliminować wstyd i zakłopotanie, a w konsekwencji zmniejszyć wrażliwość. Osoby jękające się powinny również stopniowo zaprzestać zachowań unikania, które mogły z czasem wykształcić, aby ukryć swoje jękanie. Aby zostawić strach za sobą, nie powinny uciekać od kontaktów społecznych, poddawać się przy próbach wypowiedzi czy zastępować słów. W ten sposób wykształcą mowę wolną od unikania (Fraser, 2010). Ważną fazą tej terapii jest również modyfikowanie bloków. W tym celu wykorzystywane są trzy różne techniki. Pierwsza z nich, nazwana anulowaniem epizodu jękania (ang. *cancellation*), pokazuje, jak można poprawić to, co zostało zrobione w sposób anormalny po doświadczeniu bloku. Druga, wycofywanie się z momentu zajknięcia (ang. *pullout*) – „wyciągnięcie”, opisuje, jak najlepiej usunąć blok podczas jego odczuwania. Ostatnia z nich, zwana „zestawem przygotowawczym” (ang. *preparatory set*), opisuje, jak przygotować gładkie przejście przez blok, kiedy się go spodziewamy (Fraser, 2010; Shapiro, 2011; Monfrais-Pfauwadel, 2014). Podsumowując tę część, stwierdza się zatem, że ostatecznym celem modyfikacji jękania nie jest brak jękania, ale jękanie się bez walki czy unikania, co pozwala ograniczyć większość negatywnych emocji.

## **Kształtowanie płynności versus modyfikacja jękania**

Modyfikację jękania i kształtowanie płynności można odróżnić na podstawie behawioralnych i afektywnych celów terapii oraz charakteryzujących ją procedur i struktury (Guitar, Peters, 2008). Przede wszystkim jednak można je odróżnić według ich założeń wyjściowych. W przypadku kształtowania płynności będzie to założenie, że jękanie jest wyuczone, natomiast w modyfikacji jękania – że wynika ono z zachowań unikania lub zmagania z niepłynnościami, lękami i negatywnymi postawami. Jeśli chodzi o behawioralne cele terapii, kształtowanie płynności ma na celu

osiągnięcie spontanicznej lub kontrolowanej płynności w dowolnym miejscu. W modyfikacji jękania głównym celem jest natomiast osiągnięcie akceptowalnego jękania. Jeśli chodzi o afektywne cele terapii, kształtowanie płynności nie próbuje ograniczyć obaw związanych z komunikacją i negatywnych postaw osób jękających się. Zakłada się, że w wyniku poprawy płynności obawy zmniejszą się samoczynnie, a pozytywne dopasowanie społeczne pojawi się pośrednio. W modyfikacji jękania, lęki związane z jękaniami są jednak ograniczane przez rozpoznanie i zrozumienie myśli, uczuć i postaw dotyczących komunikacji i siebie samego jako komunikującego się. Pozytywne dopasowanie społeczne jest celem bezpośrednim. Forma terapii kształtowania płynności mowy jest ściśle usystematyzowana, podczas gdy terapię modyfikacji jękania cechuje słabsze ustrukturyzowanie. Dlatego wielu klinicystów zakłada, że powinni ograniczać się do jednego podejścia, ponieważ wydaje się, że kształtowanie płynności i modyfikacja jękania nie idą w parze. Na szczęście techniki oparte na jednym z tych podejść mogą być pomocne dla klinicystów korzystających z drugiego (Shapiro, 2011).

## Osobista refleksja

Jak wspomniano wcześniej, autorka stosuje w swojej praktyce klinicznej oba podejścia. Wiadomo, że nie wszyscy logopedzi zgadzają się z łączeniem tych podejść w pracy z jednym klientem, gdyż różnią się one podłożem i celami. Autorka niniejszego artykułu często wdraża jednak ze swoimi klientami podejście hybrydowe, łącząc modyfikację jękania i kształtowanie płynności, ponieważ obie szkoły są wartościowe, jeśli stosuje się je rozważnie. W rzeczywistości u większości osób jękających się wystąpią wskazania do zastosowania obu podejść, ponieważ zmniejszenie niepłynności jest dla nich równie atrakcyjne, jak szansa na lepsze zrozumienie natury własnej płynności/niepłynności i związanych z nią uczuć.

O podejściach z nurtu kształtowania płynności pisze się w literaturze, że są wysoce zorganizowane, a pojawiające się w nich bodźce, reakcje i późniejsze zdarzenia są z góry zaprogramowane (Guitar, 1998) i często stanowią odpowiedź na zapotrzebowanie ze strony klienta. Podejścia te są ponadto uważane za oparte na dowodach (Prins, Ingham, 2009). Nowy wzorzec mowy nie powinien jednak być najważniejszym celem w pracy z osobami jękającymi się. W rzeczywistości w wielu przypadkach, gdy tak jest, korzyści okazują się tymczasowe. Co więcej, gdy u osób po „uzdrowieniu” za pomocą kształtowania płynności następuje nawrót, często wykazują one tendencję do włączania w swoje jękanie manier ukształtowanych podczas terapii, co zwiększa nienaturalność ich mowy. Klienci często donoszą także, że nowo wyuczony wzorzec mowy wymaga zbyt wiele wysiłku lub brzmi sztucznie i używanie go poza gabinetem jest niekomfortowe. W związku z tym, o ile w gabinecie obserwuje się szybką zmianę zachowań, utrzymanie i przeniesienie umiejętności związanych z płynnością zazwyczaj nie przedstawia się obiecująco (Shapiro, 2011).

Z drugiej strony w modyfikacji jąkania zmiana zachowań w zakresie mowy trwa dłużej, ale nie jest głównym celem. Ta metoda dąży do postępu na płaszczyźnie uczuć i postaw, a gdy go osiągnie, jest skuteczniejsza w zmniejszaniu lęków związanych z mową i zachowań unikania. Z punktu widzenia klinicysty modyfikacja jąkania wymaga bardziej zaawansowanych umiejętności zawodowych, jest mniej ustrukturyzowana z intensywnym wykorzystaniem dialogu. Dlatego ważna jest dynamika, angażowanie się w kliniczne rozwiązywanie problemów i reagowanie na indywidualne różnice między klientami. Fundamentalną wartością są również kompetencje w zakresie zapewniania wsparcia emocjonalnego, ponieważ takie podejście jest często dla osób jąkających się bardzo bolesne, a więc w jego stosowaniu ważne są rozsądek i delikatność. By osiągnąć cele, potrzebne jest również trwałe zaangażowanie, a klienci powinni być gotowi na omawianie bolesnych doświadczeń związanych z jąkaniem. Autorka rzadko stosuje wyłącznie podejście kształtowania płynności mówienia. Może być to możliwe u klienta, który ma pozytywny obraz samego siebie jako uczestnika komunikacji i dąży jedynie do pozyskania pewnych narzędzi zarządzania swoją mową, gdy jest mu to potrzebne. W takim przypadku, w zależności od wieku klienta, zasadnicze znaczenie ma poinformowanie jego samego i jego otoczenia o przesłankach leżących u podstaw wybranego podejścia oraz płynących z niego korzyściach i ograniczeniach. Częściej stosuje się wyłącznie modyfikację jąkania, zwłaszcza w przypadku klientów z ukrytym jąkaniem lub bardzo silnym poczuciem winy z powodu jąkania. W tym przypadku akceptacja i odczulanie są niezbędne, aby modyfikacja jąkania była możliwa i poprawiła się jakość życia. Łączenie w terapii kształtowania płynności i modyfikacji jąkania jest jednak bardzo częste. Zdecydowanie wybór ten zależy od unikalnych mocnych stron i potrzeb każdego klienta. Zwykle jest wskazany dla osób, które jękają się otwarcie, ale wykazują też w pewnym stopniu unikanie, dostrzegają negatywne uczucia w pewnym, acz nie ekstremalnym stopniu, chcą osobistej zmiany i wykazują pozytywną reakcję zarówno na kształtowanie płynności, jak i na modyfikację jąkania. Jeśli tak będzie, nie tylko skorzystają na podejściu ustrukturyzowanym, opartym na dowodach, ale zdobędą też nowe umiejętności dzięki trafności ekologicznej modyfikacji jąkania.

Powyższe ramy teoretyczne zostaną poniżej zilustrowane klinicznym studium przypadku, w którym zastosowano oba podejścia.

## **Kliniczne studium przypadku**

### **Informacje o kliencie**

Klientem jest mężczyzna, którego nazwiemy G. Urodził się w 1984 roku. Został skierowany do poradni autorki przez swojego psychoterapeutę (w chwili przyjęcia miał 32 lata). Był wówczas ilustratorem, pracował jako wolny strzelec i został zatrudniony jako wykładowca uniwersytecki (miał rozpocząć wykłady 5 miesięcy po

dokonanej diagnozie logopedycznej). Ukończył 17 lat formalnej edukacji. Jest trójjęzyczny, będąc w stanie jednakowo komunikować się po francusku, angielsku i w libańskim dialekcie arabskiego.

### **Szczegółowa historia przypadku**

Pierwsza rozmowa z G. (2 godziny) dostarczyła podstawowych informacji na jego temat. Jest najmłodszy z trojga rodzeństwa. Urodził się w terminie, bez komplikacji zdrowotnych. Jego rozwój nie odbiegał od normy. Pierwsze niepełności pojawiły się, gdy miał 5 lat. Przypada wspomnienia rodziców, którzy w tamtym czasie zauważyli oznaki, takie jak powtórzenia dźwięków i sylab, przedłużanie dźwięków i bloki. Wystąpił dodatni wywiad rodzinny w kierunku chronicznego jękania i gielkotu (wujek i kuzyni). Rodzice konsultowali się z logopedą, gdy G. miał 5 lat. W tamtym czasie nie zaoferowano żadnej terapii ani poradnictwa. Logopeda zapewniał rodziców, że niepełności w mowie syna ustąpią z czasem. Kolejne jego spotkanie z logopedą miało miejsce, gdy G. miał 17 lat. Korzystał z terapii logopedycznej przez prawie rok. Jak wspomina, terapia skupiała się na technikach oddechowych. Trzeci cykl terapii logopedycznej G. odbył w wieku 27 lat, przy czym przez prawie rok oferowano mu ten sam rodzaj technik oddychania i relaksacji. G. wspominał, że był rozczarowany terapiami logopedycznymi, w których uczestniczył. W wieku 30 lat rozpoczął psychoterapię, starając się nauczyć radzić sobie z lękiem, perfekcjonizmem, wysokimi standardami, które stosował w życiu, jak i jego podejściem do autorytetów. W wieku 32 lat G. otrzymał propozycję nowej pracy, która obejmowała wystąpienia publiczne: zaproszono go, by wyładał na uniwersytecie, co wywołało u niego znaczący niepokój. Z tego powodu postanowił szukać pomocy u kolejnego logopedy. Jego psychoterapeuta skierował go zatem do poradni autorki niniejszego artykułu. G. miał trudne dzieciństwo. Czuł się nienormalny, upośledzony i litował się nad sobą. Jak wspomina, jego nauczyciele byli wobec niego bardzo surowi, każąc mu czytać na głos i codziennie ćwiczyć. W młodym wieku wykształciły się u niego liczne reakcje unikania. Miał tylko kilkoro przyjaciół, z którymi rozmawiał jedynie w cztery oczy. W tamtym okresie jego jawne jękanie cechowała zmienność. Czas studiów uniwersyteckich również był dla niego trudny. Unikał uczestniczenia w zajęciach, mimo że studiował kierunek, który go interesował. Na trzecim roku postanowił otworzyć się w kwestii swojego jękania przed jednym z wykładowców. Przez większość czasu nie doświadczał codziennej presji wynikającej z uczestniczenia w zajęciach, ponieważ jego studia wymagały więcej pracy praktycznej niż dyskusji w grupie. Tym niemniej ustne prezentacje zamykające studia licencjackie i magisterskie były dla niego niezwykle trudne. Pamięta, jak bardzo się wstydził tego, że się jąka. Jego jawne jękanie było zmienne również na studiach. Od ich ukończenia G. pracuje jako wolny strzelec. Otrzymywał wiele zleceń na wykonanie ilustracji, dzięki czemu zyskał rozpoznawalność w branży. Kiedy zaczął pracować, nie czuł się już napiętnowany, ale nadal unikał ludzi i wolał być sam. Zazwyczaj pracuje w domu lub w kawiarni.

Obserwowalne objawy jąkania występujące u niego (tzw. jawne jąkanie) nadal można określić jako zmienne.

Poproszony, by opisać, jak sam rozumie jąkanie, G. wyjaśnia, że jest ono zmienne w zależności od języka, w którym mówi. Przybiera na intensywności we francuskim, a traci na sile w libańskim arabskim i angielskim. Wspomina także o wykorzystywaniu przełączania kodów (ang. *code-switching*) jako strategii radzenia sobie z jąkaniami. Obawia się każdego słowa rozpoczynającego się od samogłoski, niezależnie od języka. Jeśli chodzi o czynniki wywołujące jąkanie, wspomina o następujących sytuacjach: rozmowa z osobą plasującą się wysoko w hierarchii (z autorytetem), rozmowa w grupie, rozmowa przez telefon, wypowiedzianie własnego imienia, nerwowość lub podniecenie, choć jego jąkanie traci na intensywności, gdy ludzie go słuchają, kiedy czuje się rozumiany, kiedy rozmawia ze swoim psychoterapeutą, kiedy rozmawia z kilkoma przyjaciółmi lub z dziewczynami i kiedy jest w pubie z głośną muzyką. G. postanowił ponownie skonsultować się z logopedą, gdyż potrzebował nauczyć się, jak radzić sobie z jąkaniami i przestać tracić kontrolę nad mową. Potrzebował dowiedzieć się, jak zarządzać swoją mową i podnieść samoocenę w grupach. Nie chciał, by kojarzono go z jąkaniami. Nie wierzył, że jest w stanie osiągnąć wielki postęp, ale chciał po raz ostatni spróbować.

### **Opis i uzasadnienie wyboru metod i narzędzi diagnostycznych**

W oparciu o model ICF (Yaruss, Quesal, 2004), aby opracować najlepszy dla klienta plan terapeutyczny dostosowany do jego potrzeb, ważną była ocena zarówno jawnych, jak i ukrytych cech jąkania. Ocena obejmowała zatem wywiad, wykorzystanie kwestionariuszy i ocenę jąkania.

Wywiad i kwestionariusze: Wywiad obejmował pytania otwarte, pytania uzupełniające i pytania zamknięte odnoszące się do problemu klienta i wpływu jego jąkania na jakość życia. Użyto również skali pomiaru poczucia kontroli, by zmierzyć, w jakim stopniu G. czuł się odpowiedzialny za swoje jąkanie, i określić, czy poddawał się swemu losowi, czy też był nastawiony na działanie. Wykorzystano ponadto skalę zachowań unikania zaprojektowaną przez francuskich logopedów, by zidentyfikować pewne maniere utrudniające G. codzienne funkcjonowanie. Został poproszony, aby wybrać pozycje dotyczące pewnych działań, których uniknąłby w swoim codziennym życiu z powodu jąkania.

Ocena jąkania: W celu oceny nasilenia niepełności przy przyjęciu oceniono czytanie i mowę spontaniczną według SSI-4 (Riley, 2009).

### **Dane z oceny**

Wywiad i kwestionariusze: na skali poczucia kontroli (Rotter, 1966) G. uzyskał 19,5 za wewnętrzne (ILC) i 27 za zewnętrzne umiejscowienie kontroli (ELC). Oznacza to, że jego zdaniem czynniki zewnętrzne miały większy wpływ na jego postępy, ponieważ uważał, że czynniki zewnętrzne miały nad nim kontrolę i nie miał wpływu na swoje

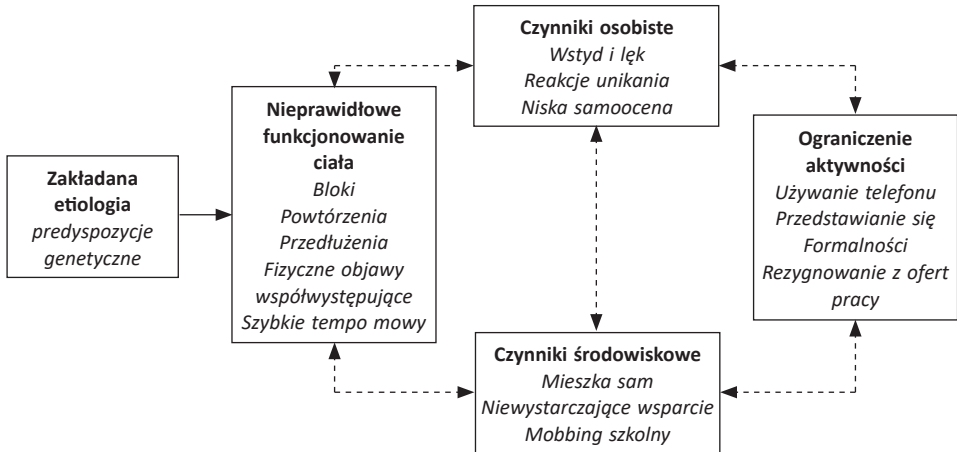
jąkanie. Zastosowanie skali zachowań unikania wykazało wpływ jękania na codzienne życie G. Unikał on wielu sytuacji: używania telefonu w jakimkolwiek celu, rozmawiania ze sprzedawcą w sklepie, rozmawiania z nieznanym, rozmawiania z ludźmi, którzy nie poświęcali mu uwagi, przedstawiania się komukolwiek, odpowiadania na bardzo konkretne pytania i rozmawiania z bezpośrednimi przełożonymi. W trakcie wywiadu zidentyfikowano ponadto inne reakcje unikania, na przykład: nie zamawiał w restauracji tego, na co miał ochotę, jeśli słowo było zablokowane, nie dzwonił do hydraulika, gdy trzeba było naprawić coś w domu, unikał chodzenia na nową siłownię, ponieważ musiałby się przedstawić, odkładał na później formalności do załatwienia w banku, podmieniał słowa, gdy było to potrzebne, dodawał do zdania pewne startery, a niektórych zdań nie kończył. Poza tym przyznał, że wykorzystywał swoją wielojęzyczność, stosując częste przełączanie kodu, aby uniknąć jękania się w określonych słowach (więc miał dobrą zdolność przewidywania). W tym samym celu używał także częstego mieszania kodów. Wspomniał również, że czuł się zaniepokojony koniecznością rozmowy z osobą jednojęzyczną, ponieważ musiał wtedy trzymać się jednego języka.

Ocena jękania: Podczas pierwszego spotkania G. okazał się rozmowny i wydawał się czuć komfortowo w środowisku klinicznym. Niepłynności były przejściowe. Zaznaczył, że nie był to stan reprezentatywny dla jego jękania. Według jego komentarzy „może być znacznie gorzej”, pozwolił sobie na czytanie „wolniej niż zwykle”, a czasami „nie był w stanie wydobyć konkretnego słowa z ust”. Przeanalizowano próbkę mowy nagrany w gabinecie (odrzucono wideorejestrację) i uzyskano całkowity wynik 28, co klasyfikuje jego niepłynności charakterystyczne dla jękania jako umiarkowane. Uzyskał 6% SS przy zadaniu z czytaniem i 4,75% SS przy zadaniu z mówieniem, ze średnim czasem trwania na poziomie 2 sekund. Zauważono pewne współwystępujące cechy fizyczne: dźwięki rozpraszające (1), grymasy twarzy (3), ruchy głowy (3) i ruchy kończyn (2). Niepłynności charakteryzowały się powtarzaniem sylab, powtarzaniem dźwięków, przedłużaniem dźwięków i blokami na początku i pośrodku słów. Jeśli chodzi o tempo mowy, okazało się zmienne (od normalnego do szybkiego, w zależności od emocji i ekscytacji towarzyszącej mowie).

Na podstawie wywiadu i kwestionariuszy zauważono, że G. był dla siebie zbyt surowy i miał tendencję do perfekcjonizmu. Jego doświadczenie z jękaniem było bolesne i powodowało niską samoocenę oraz lęk. Miało to negatywny wpływ na jego życie codzienne, a skłonność do izolacji stanowiła barierę dla jego kariery. Podczas ustalania planu terapii wykorzystano model ICF – *Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia* (ICF – ang. *International Classification of Functioning, Disability, and Health*), by przyrzeć się profilowi G. z holistycznego punktu widzenia (Yaruss, Quesal, 2004).



**Wykres 1.** Model ICF dla G.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Yaruss, Quesal, 2004.

### Opis i uzasadnienie planu terapii

W celu zapewnienia najlepszego możliwego planu terapii niezbędne było zrozumienie indywidualnych potrzeb i życzeń klienta oraz rozważenie ich w zestawieniu z wiedzą i doświadczeniem klinicznym.

G. życzył sobie nauczyć się panować nad swoją mową. Nie chciał stracić kontroli podczas zajęć ze studentami. Musiał znaleźć sposób na zrobienie czegoś ze swoimi nie płynnościami, dlatego też jego życzenie było mocniej ukierunkowane na bardziej płynne mówienie, a więc na podejście kształtowania płynności. Analiza danych z oceny w połączeniu z wiedzą i klinicznym doświadczeniem autorki kierowała jednak refleksję w stronę podejścia zakładającego modyfikację jąkania, ponieważ jąkanie miało negatywny wpływ na życie G.: wstyd, lęk, zachowania unikania, niska samoocena, jak opisano wcześniej, łączyły się z wieloma ograniczeniami aktywności. W konsekwencji wybrano hybrydowe podejście zorientowane na klienta, biorąc pod uwagę podatność na terapię i ilość cierpienia, jakiego doświadczał G., oraz wybierając kierunek na motywację, zaangażowanie i poczucie własnej skuteczności.

Ustalono następujące cele długoterminowe na pierwsze 5 miesięcy terapii:

1. *Opanowanie umiejętności:* G. będzie w stanie zredukować częstotliwość nie płynności charakterystycznych dla jąkania bez wzmacniania innych zachowań niezwiązanych z normalnym powstawaniem mowy.
2. *Zdobycie wiedzy:* G. będzie w stanie zidentyfikować nie płynności w mowie oraz analizować i naśladować jawne zachowania. Zdobędzie również ogólną wiedzę na temat jąkania i jego cech.
3. *Obniżenie negatywności emocji:* G. będzie spontanicznie uczestniczył w komunikacji bez nadmiernego stresu. Osiągnie lepszy obraz siebie w zakresie rozmowy i kompetencji społecznych oraz wyższe poczucie własnej wartości.

4. *Postawa zwrócona ku radzeniu sobie*: G. będzie wykazywał się większą otwartością i poprawi swoje umiejętności radzenia sobie poprzez informowanie słuchaczy o trudnościach w mowie.

## Opis interwencji i wyników terapii

W opisanym okresie terapię logopedyczną realizowano w cotygodniowych 60-minutowych sesjach. G. regularnie uczestniczył w spotkaniach. Cele długoterminowe zostały podzielone na małe kroki i dopasowane do jego specyficznych potrzeb.

W ciągu pierwszych 5 miesięcy G. uczestniczył w 24 jednogodzinnych sesjach. Cele cząstkowe, metody i wyniki były następujące.

### 1. Opanowanie umiejętności:

| Cele szczegółowe   | Metody   | Wyniki   |
|--|--|--|
| Zarządzanie mową poprzez mowę przedłużaną (inspirowaną programem Camperdown): czytanie, monolog, rozmowa (30 sekund, 1 minuta, 2 minuty, 3 minuty, 4 minuty itd.).<br>Zarządzanie mową poprzez ERA-SM na słowach, których się obawia.<br>Ćwiczenia oddechowe pomagające radzić sobie ze stresem i dające ulgę w określonych sytuacjach stresowych (nie mają na celu zmniejszenia jąkania). | Czytanie, opisywanie kart pocztowych, dzielenie się informacjami, odpowiadanie na pytania, opisywanie rysunków, udzielanie instrukcji, wyjaśnianie lekcji, ćwiczenia oddechowe inspirowane jogą. | Cele osiągnięto w gabinecie. G. cieszył się z mowy „wolnej od jąkania”. Używał swoich technik podczas rozmów z przyjaciółmi i w kontekstach towarzyskich. Ma pewne pozytywne doświadczenia. Samodzielnie wykonał zestaw codziennych ćwiczeń i wysyłał autorce wiadomości głosowe, w których korzystał ze swoich technik. |

### 2. Zdobycie wiedzy:

| Cele szczegółowe  | Metody  | Wyniki   |
|---|---|--|
| Rozpoznawanie niepełności w mowie: analiza własnych niepełności.<br>Zdobycie wiedzy na temat etiologii jąkania.<br>Zdobycie wiedzy na temat zmienności jąkania i stresorów.<br>Zdobycie wiedzy na temat stosowania technik kształtowania płynności. | Słuchanie jego nagranej mowy, identyfikowanie niepełności, nazywanie ich, obserwowanie, jaki rodzaj niepełności występuje najczęściej; odpowiadanie na jego pytania i dawanie mu artykułów do czytania; zapraszanie go do obserwowania możliwych właściwych mu stresorów. | Cele zostały osiągnięte. Nauczył się wymieniać niepełności w jego mowie i klasyfikować je. Uzyskał pewne informacje na temat różnych możliwych etiologii jąkania oraz najnowszych trwających badań. Stresory zostały zidentyfikowane: gry wideo przez długi czas, bycie złym lub zdenerwowanym i brak snu. Był zainteresowany zdobyciem wiedzy na temat jąkania i zawsze miał pytania bądź przemyślenia, którymi chciał się dzielić. |

## 3. Obniżenie negatywnych emocji:

| Cele szczegółowe  | Metody  | Wyniki   |
|---|---|--|
| <p>Identyfikowanie własnych emocji i procesów poznawczych podczas unikanych sytuacji.</p> <p>Zrozumienie korzyści wynikających z akceptacji.</p> <p>Praca hierarchiczna nad zachowaniami unikania: wysyłanie wiadomości głosowych (przygotowanie do rozmów telefonicznych).</p> <p>Zrozumienie korzyści płynących z powolnego wystawiania się na to, czego się boimy.</p> <p>Odczucie poprzez dobrowolne jąkanie.</p> | <p>Dyskusje na temat unikanych sytuacji przy użyciu tej samej ramy: opisanie sytuacji, identyfikacja procesów poznawczych i emocji, opisanie własnego zachowania w sytuacji; wyjaśnienie związku między strachem/lękiem a jąkaniem, wyjaśnienie konsekwencji zachowań unikania. Wysyłanie codziennie 1 wiadomości głosowej zamiast wiadomości tekstowej (pierwszy tydzień), 2 razy dziennie w następnym tygodniu itp.; naśladowanie własnych nie płynności, celowe jąkanie się w gabinecie.</p> | <p>Cele zostały osiągnięte. Łatwiej mu było rozpoznać i nazwać swoje procesy poznawcze i emocje w określonych sytuacjach budzących obawy.</p> <p>Związek lęku i jąkania został zrozumiany. Był jednak zdezorientowany koncepcją akceptacji: „zaakceptowanie mojego jąkania oznacza przegranie bitwy”. Kiedy miał wysłać wiadomość głosową, słuchał najpierw, aby sprawdzić, czy brzmi dobrze. Później zaczął wysyłać je od razu. Bardzo trudno było mu ćwiczyć dobrowolne jąkanie.</p> |

## 4. Postawa zwrócona ku radzeniu sobie:

| Cele szczegółowe   | Metody   | Wyniki  |
|--|--|---|
| <p>Informowanie znajomego o trudnościach w mowie.</p> <p>Informowanie kolegi w pracy o trudnościach w mowie.</p> <p>Informowanie studentów o trudnościach w mowie (przygotowanie przez odgrywanie scenek).</p> | <p>Wyjaśnianie znaczenia otwartości, odgrywanie różnych scenek, by umożliwić doświadczenie docelowej sytuacji.</p> | <p>Celów z przyjaciółmi nie osiągnięto. „Nadal jest to zbyt trudne, jestem pewien, że już o tym wiedzą, ale wolałbym, żeby nie wiedzieli”. Jednak coraz lepiej odgrywał role w scenkach i uważał, że powinien zrobić na zajęciach coś, co sprawi, że będą „mniej dziwne”.</p> |

G. zaczął prowadzić wykłady 5 miesięcy po rozpoczęciu terapii logopedycznej. Był zasadniczo szczęśliwy i zadowolony z pierwszego dnia. Według niego ćwiczenia oddechowe pomogły mu się zrelaksować przed rozpoczęciem zajęć. Podczas zajęć rozmawiał z każdym studentem twarzą w twarz. Wspominał studentom o swoim jąkaniu i ogólnie uznał, że zadziałało to znacznie lepiej, niż się spodziewał, choć dzień wcześniej i przed wejściem do klasy czuł ogromny stres. Unikał mówienia przed całą grupą (dlatego robił to z każdym studentem osobno), wspominając o swoim jąkaniu, powiedział „przepraszam, jąkam się”, i czuł, że nie jest w stanie użyć swoich technik kształtowania płynności.

Terapia trwała i ustalono nowe cele na następnych 10 miesięcy. Cele długoterminowe były następujące:

1. *Opanowanie umiejętności*: G. będzie w stanie zredukować częstotliwość nie płynności charakterystycznych dla jąkania bez wzmacniania innych zachowań niezwiązanych z normalnym powstawaniem mowy.
2. *Zdobycie wiedzy*: G. będzie w stanie zdobyć więcej wiedzy na temat jąkania.
3. *Obniżenie negatywnych emocji*: G. będzie spontanicznie uczestniczył w komunikacji bez nadmiernego stresu. Osiągnie lepszy obraz siebie w zakresie rozmowy i kompetencji społecznych oraz wyższe poczucie własnej wartości.
4. *Postawa zwrócona ku radzeniu sobie*: G. poprawi swoje umiejętności radzenia sobie poprzez mówienie o swoich trudnościach w mowie bez czucia się zawstydzonym.

W tym okresie G. uczestniczył w 44 jednogodzinnych sesjach. Cele cząstkowe, metody i wyniki były następujące.

#### 1. Opanowanie umiejętności:

| Cele szczegółowe  | Metody   | Wyniki  |
|---|--|---|
| <p>Używanie mowy przedłużonej w dłuższych narracjach.</p> <p>Używanie mowy przedłużonej podczas bardziej skomplikowanych wystąpień: wyjaśniania, rozumowanie, inicjowanie rozmów itp.</p> <p>Przenoszenie ćwiczeń na życie codzienne.</p> | <p>Odpowiadanie na pytania, wykorzystywanie materiałów, które G. przygotowuje na swoje wykłady, odgrywanie scenek.</p> | <p>Cele zostały osiągnięte w gabinecie. Transfer był lepszy w pewnych konkretnych sytuacjach: był możliwy podczas wykładów; G. więcej wypowiadał się w grupach. Czuł, że „nie traci już kontroli” podczas rozmowy z przyjaciółmi.</p> |

#### 2. Zdobycie wiedzy:

| Cele szczegółowe  | Metody   | Wyniki  |
|---|--|---|
| <p>Uzyskanie ogólnej wiedzy na temat jąkania (z punktu widzenia fenomenologii).</p> <p>Uzyskanie ogólnej wiedzy na temat jąkania (z punktu widzenia terapii).</p> | <p>Odpowiadanie na pytania, omawianie niektórych pomysłów i polecanie artykułów do przeczytania.</p> | <p>Zdołał uzyskać informacje o fenomenologii i terapii jąkania.</p> <p>Czuł się silniejszy dzięki przystawieniu wiedzy.</p> |

#### 3. Obniżenie negatywnych emocji:

| Cele szczegółowe   | Metody   | Wyniki   |
|--|--|--|
| <p>Hierarchiczna praca nad zachowaniami unikania: zamawianie tego, na co ma ochotę w restauracji.</p> <p>Odczulanie przez dobrowolne jąkanie.</p> <p>Wysyłanie wiadomości głosowych przez telefon.</p> | <p>Ustalanie małych podcelów na każdy tydzień i postępujące zwiększanie intensywności działania; scenki; praktykowanie dobrowolnego jąkania w różnych sytuacjach klinicznych; identyfikowanie emocji i procesów poznawczych.</p> | <p>Cele zostały osiągnięte. Trudność w zamawianiu dokładnie tego, czego chce, z czasem zmniejszyła się, był w stanie to zrobić i zaakceptować pewne niepłynności towarzyszące temu działaniu. Wysyłanie wiadomości głosowych</p> |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <p>Przedstawianie się (1 raz w tygodniu, potem 2 razy, 3 razy itd.).<br/>Zrozumienie korzyści płynących z wystawiania się powoli na to, czego się boimy.<br/>Zauważanie tego, co ludzie w nim lubią.</p> |  | <p>stało się łatwiejsze. Zmusił się do przedstawienia, gdy zaszła taka potrzeba, ale nadal było to działanie bardzo trudne. G. wykazał się jednak większym przekonaniem i zaangażowaniem w ten proces. Zdał sobie sprawę, że ludzie postrzegają go jako osobę pełną pasji, profesjonalną, opiekuńczą, inteligentną, lojalną i bezproblemową.</p> |
|--|--|--|

#### 4. Postawa zwrócona ku radzeniu sobie:

| Cele szczegółowe  | Metody  | Wyniki   |
|---|---|--|
| <p>Identyfikacja reakcji ludzi, gdy występuje niepełność.<br/>Rozwiązywanie problemów: pomoc w staniu się bardziej zorganizowanym w życiu codziennym w celu zmniejszenia stresu.<br/>Odpowiednie reagowanie, gdy jego mowa jest zablokowana, na przykład: zauważanie tego, co się stało, i reagowanie uspokajającym gestem.</p> | <p>Obserwowanie ludzi podczas rozmowy, ustalanie harmonogramu, by zorganizować sobie tydzień.</p> | <p>Cele zostały częściowo osiągnięte. „Ludzi nie obchodzi, kiedy się jąkam, nadal mnie słuchają, wygląda na to, że im to nie przeszkadza”. Trudno było trzymać się planu, który wspólnie ustaliliśmy. G. wykazał trudności z życiem w dobrze zorganizowany sposób. Zdarzało mu się powiedzieć przyjaciółom, że „to słowo naprawdę nie chce wyjść”, zatrzymać się na zablokowanym słowie, spróbować ponownie po cichu i użyć jakichś gestów, by uspokoić słuchacza.</p> |

#### Metody, narzędzia i dane do ponownej oceny

Po 17 miesiącach terapii ważne było, aby ponownie ocenić w sposób formalny zarówno jawne, jak i ukryte cechy jąkania, w celu oszacowania postępu G. i przedstawienia mu zweryfikowanego planu terapeutycznego dopasowanego do jego potrzeb. Ponowna ocena obejmuje zatem wywiad, wykorzystanie OASES-A (Ogólna ocena doświadczenia jąkania u mówiącego; Yaruss, Quesal, 2010) oraz ocenę jąkania.

Wywiad i ocena cech ukrytych: Była to jednogodzinna rozmowa obejmująca pytania otwarte, pytania uzupełniające i pytania zamknięte odnoszące się do jego osobistej oceny postępów i potrzeb. OASES-A użyto do oceny wpływu jąkania na codzienne życie G. Niestety, nie został użyty podczas pierwszej oceny, ponieważ w tym czasie nie był dostępny.

Ocena jąkania: Użyto SSI-4 pod kątem czytania i spontanicznej mowy.

Na OASES-A G. uzyskał ogólną ocenę wpływu 3,05, co daje wpływ od umiarkowanego do silnego. Rzeczywiście, jąkanie nadal miało dość negatywny wpływ na życie codzienne G. Źle się czuł, będąc zidentyfikowany jako jąkający się. Mimo wszystko czuł wstyd i frustrację oraz przejawiał wiele reakcji unikania. Wiele sytuacji nadal było trudnych, jak korzystanie z telefonu i rozmowa z przełożonym. Wpłynęło to na jego entuzjazm, poczucie własnej wartości i pewność siebie.

Na SSI-4 G. uzyskał ogólny wynik 22 (PR: 24–40), co plasuje jego nie płynności jako łagodne (w pierwszej ocenie były umiarkowane). Podczas zadania z czytaniem jego nie płynności spadły do 5,32%, w zadaniu z mówieniem wykazał 5% SS (tak jak w pierwszej ocenie). Czas trwania zmniejszył się jednak do 1 sekundy, a fizyczne zjawiska towarzyszące również stały się rzadsze (grymasy twarzy i ruchy głowy).

W ogólnym ujęciu G. był świadomy swoich postępów. Wyjaśnił, że wie, jak nie stracić kontroli, czuł się wzmocniony i był w stanie potwierdzić swoje umiejętności. Nadal jednak nie mógł zaakceptować bycia kojarzonym z jąkaniem i wołał o tym nie mówić. Wiedział, że może się nie jąkać, ale czuł, że nie byłby wtedy sobą. Jego nową potrzebą było czucie się wolnym w komunikacji.

## **Opis i uzasadnienie zweryfikowanego planu terapii**

G. nie miał nic przeciwko jąkaniu, zaczął myśleć, że niektóre nie płynności brzmią słodko. Chciał się czuć wolny w komunikacji. Wiedział, jak się nie jąkać, ale czuł się uwięziony, kiedy tę wiedzę stosował. Co więcej, analiza nowych danych wykazała utrzymywanie się wstydu, lęku i zachowań unikania, jak również niskiej samooceny i wielu ograniczeń aktywności. Jąkanie nadal miało negatywny wpływ na codzienne życie G. Ustalono zatem, że nadszedł czas, aby zastosować intensywniej podejście modyfikacji jąkania.

Nowe cele ustalone po ponownej ocenie były następujące:

- G. zaakceptuje swoje jąkanie: Aby je zmodyfikować, ważna i silniejsza niż sama zmiana mowy jest zmiana psychologiczna.
- G. zidentyfikuje, przeanalizuje i będzie naśladował jawne zachowania.
- G. skonfrontuje się z koncepcją bycia osobą jąkającą się.
- G. wyeliminuje unikanie i ukryte zachowania, aby zmniejszyć strach przed jąkaniem.
- G. pozna alternatywne metody jąkania się, by zwiększyć kontrolę nad mówieniem.
- G. będzie w stanie zmieniać swoje zachowania w jąkaniu w kierunku typowej płynności, używając wspomnianych wyżej technik anulowania, wycofywania się z momentu zająknięcia i zestawu przygotowawczego.

## **Krótki opis efektów terapii**

Obserwując ludzi i oglądając filmy przedstawiające jego samego, G. był w stanie widzieć więcej niż tylko jąkanie. Udało mu się zidentyfikować to, co lubił w swojej komunikacji. Gdy oglądał filmy o osobach jąkających się, zaskoczyło go, że jąka się

wielu artystów i wiele znanych osób. Udało mu się zidentyfikować mocne strony w swojej komunikacji i osobowości. Zaplanowano spotkanie z inną jąkającą się osobą dorosłą. G. zgodził się na zaproszenie jednego z moich klientów na wspólną sesję (której na wczesnym etapie terapii całkowicie odmówił). Zdał sobie sprawę z korzyści płynących z rozmowy z inną osobą jąkającą się. Spotkanie poskutkowało wzajemnym wzmocnieniem się rozmówców, bo było okazją do podzielenia się pewnymi pozytywnymi doświadczeniami z kimś, kto był w stanie zrozumieć tę podróż. Poprzez dobrowolne jąkanie, które zaczęliśmy ćwiczyć krok po kroku, G. przyznał, że na początku było bardzo ciężko, dyskomfort jednak stopniowo się zmniejszał. Aby pracować nad swoją otwartością w kwestii jąkania, G. zgodził się o nim mówić i objaśniać je nieznanym. Dlatego też planowano kontynuować wprowadzanie kolejnych etapów modyfikacji jąkania, by osiągnąć dwa ostatnie, jakimi są przybliżenie i stabilizacja.

### **Refleksja nad tym studium przypadku**

Ogólnie rzecz biorąc, G. był bardzo zadowolony z terapii i swoich postępów. Właściwie stwierdził, że przerosły one jego oczekiwania. Do czasu ponownej oceny zrozumiał powód przychylania się bardziej ku terapii modyfikacji jąkania i była to dla niego decyzja przekonująca. Omówienie z nim znaczenia podjęcia wspólnej decyzji (Shapiro, 2011) i charakteru każdej z dostępnych opcji terapii ułatwiło mu przejście przez każdy cel terapii. G. uważał, że był dobrze przygotowany do doświadczenia tego podejścia. Przyznał, że było trudne i bolesne, ponieważ sięgało głęboko do sedna problemu. Był jednak w nie zaangażowany z ufnością i przekonaniem. To kliniczne studium przypadku pokazuje, że niezwykle ważne jest, aby postrzegać te składniki terapii bardziej dogłębnie. Dla G. niezbędne jest również, by być włączonym w grupę terapeutyczną lub grupę samopomocy, aby spotkać inne osoby jąkające się i zwiększyć swoją akceptację i otwartość.

### **Zakończenie**

Podstawowym wyzwaniem dla klinicystów może być nie tyle identyfikacja konkretnego podejścia terapeutycznego i konkretnych technik gwarantujących „sukces” z klientami, ile tworzenie takiego środowiska terapeutycznego, które będzie sprzyjać zmianom w zasadniczej strukturze tego, jak mówiący doświadczą jąkania. Zamiast zadawania pytań, takich jak „Która terapia jest najlepsza?”, bardziej produktywnie może być zidentyfikowanie i dopasowanie cech klienta do kompetencji i filozofii terapeutycznej klinicysty, aby powstał działający sojusz, który prawdopodobnie zaowocuje pożądanym wynikiem terapii (Plexico i in., 2005: 19).

W związku z tym wybór metody leczenia powinien opierać się na dwóch istotnych podstawach: potrzebach osoby jąkającej się oraz przekonaniach wykwalifiko-

wanego logopedy. Razem wzięte pozwolą podjąć najodpowiedniejsze decyzje terapeutyczne.

## Bibliografia

- Bloodstein O., Bernstein Ratner N. (2008). *A handbook on stuttering*. 6th ed. Clifton Park, NY: Thomson/Delmar Learning.
- Fraser M. (2010). *Self-therapy for the stutterer*. 11th ed. Memphis, TN: The Stuttering Foundation.
- Guitar B. (1998). *Stuttering: An Integrated Approach to its Nature and Treatment*. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Guitar B. (2019). *Stuttering: An Integrated Approach to its Nature and Treatment*. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Guitar B., Peters T.J. (2008). *Stuttering: An integration of contemporary therapies*. Publication 16, 4th ed. Memphis, TN: Stuttering Foundation of America.
- Gregory H. (1986). *Stuttering: Differential evaluation and therapy*. Austin, TX: PRO-ED.
- Gregory H. (2003). *Stuttering therapy: Rationale and Procedures*. Boston, MA: Pearson.
- Lincoln M., Packman A., Onslow M. (2006). Altered auditory feedback and the treatment of stuttering: A review. *Journal of Fluency Disorders*, 31 (2), 71–89.
- Monfrais-Pfauwadel M.C. (2014). *Bégaïement, bégaïements: Un manuel Clinique et thérapeutique*. Caen, France: De Boeck, Solal.
- O'Brian S., Carey B., Onslow M., Packman A., Cream A. (2013). *The Camperdown Program for Stuttering: Treatment Manual*. ASRC; [http://cliniquebeausoleil.com/wp-content/uploads/2013/04/1\\_Camperdown\\_Manual\\_April\\_2012.pdf](http://cliniquebeausoleil.com/wp-content/uploads/2013/04/1_Camperdown_Manual_April_2012.pdf).
- Packman A. (2012). Theory and therapy in stuttering: A complex relationship. *Journal of Fluency Disorders*, 37, 225–233.
- Prins D., Ingham R.J. (2009). Evidence-based treatment and stuttering – Historical perspective. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 52, 254–263.
- Plexico L., Manning, W., DiLollo A. (2005). A phenomenological understanding of stuttering management. *Journal of Fluency Disorders*, 30, 1–22.
- Riley G.D. (2009). *Stuttering Severity Instrument for children and adults*. 4th ed. (SSI-4). Austin, TX: Pro-Ed, Inc.
- Rotter J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80, 1–28.
- Ryan B.P. (1974). *Programmed therapy for stuttering in children and adults*. Springfield, IL: Thomas.
- Ryan B.P. (2001). *Programmed therapy for stuttering in children and adults*. 2nd ed. Springfield, IL: Thomas.
- Ryan B.P., Van Kirk B. (1971). *Programmed conditioning for fluency: Program book*. Monterey, CA: Behavioral Sciences Institute.
- Ryan B.P., Van Kirk B. (1978). *Monterey fluency program*. Monterey, CA: Monterey Learning Systems.
- Shapiro D. (2011). *Stuttering intervention: A collaborative Journey to Fluency Freedom*. Second Edition. Austin, TX: PRO-ED.
- Simon A.M. (2015). *Groupes thérapeutiques pour adultes et adolescents qui bégaient*. Paris, France: OrthoEdition.



## 222 Część 2. Perspektywa klienta, różne odsłony terapii

Van Riper Ch. (1973). *The treatment of stuttering*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Yaruss J.S., Quesal R.W. (2004). Stuttering and international classification of functioning, disability, and health (ICF): An update. *Journal of Communication Disorders*, 37 (1), 35–52.

Yaruss J.S., Quesal R.W. (2010). *Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES)*. Bloomington, MN: Pearson Assessments.

### Streszczenie

Osoby jękające się mają do dyspozycji różne rodzaje terapii, od interwencji bezpośrednich, po ukierunkowane na łagodzenie lęku i innych problemów towarzyszących zaburzeniu, jakim jest jękanie. Autorka niniejszego artykułu skupia się w nim na dwóch różnych podejściach, które stosuje w swojej praktyce klinicznej z pewnym konkretnym klientem: *kształtowaniu płynności* i *modyfikacji jękania*. Zrozumienie tych podejść i rozciągającego się pomiędzy nimi kontinuum może prowadzić do holistycznego spojrzenia na osobę jękającą się. W pierwszej części tego artykułu zostaną omówione i porównane zasady leżące u podstaw obu podejść oraz zidentyfikowane ich mocne i słabe strony. W drugiej części autorka podzieli się osobistym doświadczeniem i refleksjami dotyczącymi projektowania zindywidualizowanej terapii dopasowanej do potrzeb osoby jękającej się.

**Słowa kluczowe:** dorosły, diagnoza, *kształtowanie płynności mówienia/mówienie bardziej płynne*, podejście holistyczne, jękanie, *modyfikacja jękania/jękanie bardziej płynne*, terapia

### Summary

There are different treatments accessible for people who stutter. They vary from direct interventions to those targeting to relieve the anxiety and other issues that can accompany the disorder. This paper focuses on two different approaches implemented by the author in her clinical practice with one particular client: fluency shaping and stuttering modification. Understanding those approaches and the continuum that lies between them can lead to a holistic view of the person who stutters. In the first part of this paper, the principles underlying both approaches will be reported and compared, and their strengths and weaknesses will be identified. In the second part, the author will share her personal experience and reflection regarding the design of an individualized treatment, tailored to the needs of the person who stutters.

**Key words:** adult, assessment, *Fluency Shaping*, Holistic approach, stuttering, *Stuttering Modification*, treatment

## **MIDA-SP – program wielowymiarowej, zintegrowanej, zróżnicowanej terapii jąkania z wykorzystaniem sztuki**

Using MIDA-SP – a multidimensional, integrated, differentiated art program – with people who stutter

### **Wprowadzenie**

W rozdziale tym zostanie zaprezentowany wieloczynnikowy model interwencji terapeutycznej w jąkanii. MIDA-SP (ang. *Multidimensional, Integrated, Differentiated, Art-mediated – Stuttering Program*) – to program wielowymiarowej, zintegrowanej, zróżnicowanej terapii jąkania, który wykorzystuje sztukę, aby umożliwić klientowi praktyczne ćwiczenie nabywanych kompetencji. To podejście terapeutyczne do jąkania zostało stworzone przez zespół terapeutów pod kierunkiem profesor Donatelli Tomaiuoli, która od roku 1990 nieprzerwanie pracuje z osobami jękającymi się w różnym wieku. MIDA-SP jest podejściem stale rozwijanym w Centrum Terapii Jąkania CRC Balbuzie w Rzymie, gdzie wdrażane są kompleksowe programy dla osób jękających się. MIDA-SP jest wdrażany głównie w Rzymie w „CRC-Balbuzie”, który specjalizuje się przede wszystkim w diagnozie i terapii jąkania. Ośrodek został założony w 2002 roku przez profesor Donatellę Tomaiuoli. Głównym celem działania jest dostarczanie opieki logopedycznej w taki sposób, by możliwa była poprawa jakości życia klientów. Specjaliści zatrudnieni w tym centrum mają zawsze na względzie, że interakcje z otoczeniem silnie warunkują doświadczenia klientów, a tym samym mają realny wpływ na ich dobrostan i zdrowie. Od wielu lat pracujący w tym centrum terapeutycznym zespół specjalistów składający się z logopedów, psychologów i lekarzy zajmuje się wdrażaniem możliwie na najwyższym poziomie diagnozy i terapii dla osób jękających się. Rocznie z pomocy terapeutycznej w CRC Balbuzie korzysta około 150 osób zmagających się z jąkaniiem. Ośrodek angażuje się ponadto mocno w szkolenie włoskich logopedów, współpracuje w tym zakresie z różnymi włoskimi uniwersytetami. W ramach szerokiej działalności ośrodka wdrażane są również działania mające na celu szerzenie wiedzy na temat jąkania we Włoszech, podejmowane są różne formy współpracy ze szkołami oraz innymi instytucjami, w tym naukowymi. Ośrodek jest też głównym organizatorem międzyna-

rodowej konferencji na temat jąkania (The International Conference on Stuttering), która odbywa się w Rzymie co 3 lata<sup>1</sup>.

Opracowany i wdrażany w CRC-Balbuzie program MIDA-SP jest podejściem wielowymiarowym, zróżnicowanym, wykorzystującym elementy arteterapii, adresowanym do jękających się dzieci, młodzieży i osób dorosłych. Celem MIDA-SP jest redukcja zarówno jawnych – pierwotnych, jak i ukrytych – wtórnych objawów jąkania. W związku z tym w programie wykorzystywane są formy aktywności artystycznej, które są kombinacją występów teatralnych na żywo, podkładania głosów do filmów (dubbing) i publicznego czytania opowieści, bajek. MIDA-SP opiera się na dwóch głównych podstawach koncepcyjnych. Pierwszą z nich jest założenie, że jąkanie to zaburzenie wieloczynnikowe (Cook, Rustin, 1997; Gregory, 2003; Smith, Kelly, 1997; Van Riper, 1982; Yairi, 2007). Nielinearne interakcje, które zachodzą pomiędzy różnymi grupami czynników: fizjologicznych, językowych, środowiskowych i psychologicznych, składają się na złożoność genezy i rozwoju tego zaburzenia płynności mowy (Cook, Rustin, 1997). Zgodnie z drugim założeniem koncepcyjnym tego podejścia terapeutycznego złożona interakcja między różnymi czynnikami może ponadto różnić się w zależności od osoby, tak jak jąkanie może przybierać różne formy u różnych pacjentów z nim się zmagających (Yairi, 2007). Połączenie konwencjonalnej terapii logopedycznej z różnymi formami aktywności twórczej (medialnej) wynika z chęci zaoferowania klientom/pacjentom doświadczeń podobnych do tych, z którymi mają do czynienia w realnym życiu. Celem jest zastępowanie negatywnych myśli i przekonań konstruktywnymi doświadczeniami związanymi z radzeniem sobie z jąkaniem. Pozwala to na niwelowanie negatywnego wpływu zaburzeń płynności w mowie na komunikację interpersonalną. W tym podejściu terapeutycznym zawsze dąży się poza tym do zaangażowania klientów w terapię w możliwie jak najbardziej stymulujący sposób. MIDA-SP składa się z różnych komponentów, są to: terapia logopedyczna jąkania, różne formy aktywności mające na celu transfer – przeniesienie nabywanych umiejętności na sytuacje z życia codziennego oraz trening związany z wykorzystaniem mediów artystycznych – sztuki. Elementy te można łatwo dostosować do realizacji różnych mikrocelów – celów pośrednich. Wdrożenie wszystkich komponentów programu MIDA-SP trwa około 9 miesięcy. Jednym z nich jest konwencjonalna terapia jąkania polegająca na integracji 2 głównych podejść kształtowania płynności mówienia (ang. *fluency shaping*) i modyfikowania objawów jąkania (ang. *stuttering modification*). Jej celem jest m.in. zwiększenie wiedzy o jąkaniu i zredukowanie lęku mu towarzyszącego. Kolejnym komponentem tego programu jest transfer nabywanych umiejętności, który dokonuje się zarówno podczas sesji indywidualnych, jak i grupowych. Ma to miejsce podczas ćwiczeń z wykorzystaniem telefonu, treningu występów publicznych, odgrywania ról dotyczących różnych codziennych sytuacji. Te formy aktywności mają na celu zdobycie przydatnych doświadczeń pozwalających zastąpić negatywne myśli, które wpływają

---

<sup>1</sup> Więcej informacji na temat tego wydarzenia można znaleźć na stronie konferencji: [www.internationalconferenceonstuttering.it](http://www.internationalconferenceonstuttering.it).

na postawę komunikacyjną osoby jąkającej się. Kolejny komponent programu to trening z wykorzystaniem sztuki. Celem tych działań jest pomoc klientom w uzyskaniu większej pewności siebie, zwłaszcza w sytuacjach trudnych związanych z komunikowaniem się. Te formy ćwiczeń znacząco poprawiają zdolność komunikacji werbalnej i niewerbalnej. Opierając się na systemie profilowania stworzonym w ramach programu MIDA-SP, w terapii jąkania integralnym elementem jest trening poprzez sztukę, który wdrażany jest w formie zajęć grupowych z udziałem profesjonalnego aktora lub aktora głosowego<sup>2</sup>. Ta faza programu trwa około 6 miesięcy. Jej głównym celem jest rozwijanie kompetencji stosowania w realnym życiu umiejętności komunikacyjnych nabywanych w trakcie trwania programu – dzieje się to w sposób możliwie jak najbardziej stymulujący dla klienta.

Gromadzone na przestrzeni lat wyniki badań efektywności programu MIDA-SP wykazały, że jest to skuteczne podejście w terapii jąkania (Tomaiuoli i in., 2012). Tym niemniej ponieważ MIDA-SP to program zintegrowany, będący kompilacją różnych podejść, trudno jest wykazać – stosując się do zaleceń praktyki opartej na dowodach (ang. *evidence-based practice* – EBP) – jaki konkretnie komponent jest najbardziej odpowiedzialny za skuteczność tego programu. Dlatego zespół CRC-Bal-buzie systematycznie gromadzi dane, aby móc wykazać poziom skuteczności każdego komponentu programu MIDA-SP, przewidując możliwość korelacji wyniku pojedynczego składnika z wiekiem i profilem pacjenta.

## Profilowanie terapii w programie MIDA-SP

Podstawą w programie MIDA-SP jest wielowymiarowa diagnoza osoby z jąkaniem (Conture, 2001; Yaruss, Quesal, 2004), która umożliwia dokonanie rozpoznania różnorodnych interakcji zachodzących pomiędzy poszczególnymi czynnikami związanymi z jąkaniem u konkretnej osoby. Ponadto taka wielopłaszczyznowa diagnoza pozwala logopedzie w zaprogramowaniu odpowiedniego planu postępowania terapeutycznego. Takie działania na etapie diagnozy pozwalają na zidentyfikowanie ciężkości jawnych i ukrytych objawów jąkania, a tym samym stworzenie indywidualnego profilu pacjenta, zgodnie z wytycznymi MIDA-SP (Tomaiuoli i in., 2012).

W ramach MIDA-SP możliwe jest podczas wykorzystywania wielowymiarowej diagnozy przyporządkowanie konkretnej osoby z jąkaniem do jednego z 4 profili, z których każdy identyfikuje konkretną podgrupę klientów w oparciu o zaobserwowane u nich symptomy niepełności i doświadczenia związane z jąkaniem. Niezaprzeczną zaletą takiego podejścia do diagnozowania jest umożliwienie terapeutom stworzenie spersonalizowanego programu terapii, w którym cele są indywidualnie dobrane do potrzeb konkretnego klienta. Zgodnie z powyższymi kryteriami system profilowania w programie MIDA-SP prezentuje się następująco:

---

<sup>2</sup> Aktor głosowy to aktor, który używa swojego głosu, np. bohaterom dubbingowanym.

- *Profil A*: jawne (obserwowalne) i ukryte (afektywne, kognitywne) objawy jąkania występujące u klienta plasują się na poziomie łagodnym; ponieważ u osób zaliczanych do tej kategorii wpływ jąkania nie jest szczególnie silny, toteż takie osoby nie demonstrują szczególnie nasilonych specyficznych mechanizmów zachowań związanych z unikaniem sytuacji komunikacyjnych.
- *Profil B*: u klienta zakwalifikowanego do tego profilu zaobserwować można, że objawy jawne plasują się na poziomie łagodnym, ale z kolei objawy ukryte mogą przybierać postać umiarkowaną, a nawet silną. Osoby zaliczane do tej kategorii mogą doświadczać bardzo silnego, stałego lęku z powodu jąkania. Mogą być narażone na negatywne oceny i formy stygmatyzacji ze strony otoczenia, pomimo że jawne – dające się zaobserwować u nich objawy jąkania nie są nasilone na tyle, by znacząco zakłócać jakość wypowiedzianych przez nich komunikatów werbalnych.
- *Profil C*: w tym przypadku klient prezentuje umiarkowane lub silne jawne (behawioralne objawy) jąkania, podczas gdy objawy ukryte plasują się na poziomie łagodnym. Pomimo obecności znaczących zakłóceń w płynności mowy klienci zwykle dobrze radzą sobie ze swoimi utrudnieniami w wypowiedzianiu się, zazwyczaj komunikują się bez większych ograniczeń.
- *Profil D*: jawne objawy jąkania u klienta są obecne w stopniu umiarkowanym lub silnym, na podobnym poziomie utrzymują się objawy ukryte; w związku z tym klienci zaliczeni do tej grupy podlegają znaczącym negatywnym wpływom jąkania i są ograniczeni przez to zaburzenie zarówno w zakresie komunikacji interpersonalnej, jak i w życiu codziennym i interakcjach społecznych.

Pierwszym krokiem jest zatem diagnoza, która pozwala na przyporządkowanie osoby jåkającej się do wybranego profilu, wówczas możliwe jest przystąpienie do wdrażania programu MIDA-SP.

## Struktura programu

Jak już wspomniano, na program MIDA-SP składają się 3 podstawowe komponenty terapeutyczne:

- terapia logopedyczna jåkania;
- formy aktywności związane z transferem nabywanych umiejętności;
- trening z wykorzystaniem sztuki.

Proces terapii podlega pewnym zmianom w zależności od profilu, są to w szczególności następujące formy adaptacji:

*Profil A* (łagodne objawy jawne i ukryte jåkania):

- 2 pierwsze miesiące indywidualnej terapii logopedycznej w związku z jåkaniem;
- czas trwania terapii jest elastyczny i jest zintegrowany z interwencją grupową, podczas której wprowadzane są formy aktywności mające na celu transfer nabywanych umiejętności.

*Profil B* (łagodne objawy jawne i umiarkowane lub silne objawy ukryte):

- 2 pierwsze miesiące indywidualnej terapii logopedycznej w związku z jåkaniem;

- czas trwania terapii wynosi co najmniej 6 miesięcy, podczas których wdrażane jest zintegrowane podejście indywidualne i grupowe; w tym czasie prowadzone są różne działania mające na celu transfer (przenoszenie na sytuacje życia codziennego) nabywanych umiejętności wraz z treningiem za pośrednictwem sztuki; polega on na udziale klienta w warsztatach teatralnych.

*Profil C* (umiarkowane lub silne jawne objawy jąkania oraz łagodne ukryte):

- 2 pierwsze miesiące indywidualnej terapii logopedycznej w związku z jąkaniem;
- minimalny czas trwania terapii wynosi 6 miesięcy, podczas której wdrażane jest podejście zintegrowane, w formie terapii indywidualnej i grupowej; w tym czasie wdrażane są różne formy aktywności ukierunkowane na transfer nabywanych umiejętności, a jednocześnie klient bierze udział w warsztatach artystycznych, podczas których ma okazję uczyć się i ćwiczyć stosowanie dubbingu (podkładanie głosu do filmów).

*Profil D* (umiarkowane lub silne zarówno jawne jak i ukryte objawy jąkania):

- 2 pierwsze miesiące indywidualnej terapii logopedycznej w związku z jąkaniem;
- czas trwania terapii wynosi co najmniej 6 miesięcy, podczas której wdrażane jest podejście zintegrowane w formie terapii indywidualnej i grupowej; w tym czasie wdrażane są różne formy aktywności ukierunkowane na transfer nabywanych umiejętności, a klient uczestniczy w warsztatach teatralnych.

W przypadku dzieci i młodzieży różne formy wdrażanej terapii logopedycznej są dodatkowo wspomagane przez podejmowanie współpracy z rodziną i środowiskiem szkolnym.

## Terapia logopedyczna w związku z jąkaniem

Terapia logopedyczna w związku z jąkaniem odbywa się z częstotliwością około 2 razy w tygodniu przez okres od 6 do 9 miesięcy w formie indywidualnych i grupowych sesji logopedycznych (w sumie 2 i pół godziny tygodniowo). Indywidualna interwencja logopedyczna polega na wdrażaniu wybranych technik z 2 głównych podejść terapeutycznych stosowanych w jąkaniu – są to kształtowanie płynności mówienia i modyfikacja jąkania. Ich głównym celem jest poprawa płynności wypowiedzenia się i są one dobierane stosownie do potrzeb konkretnego klienta (Gregory, 1980; Guitar, 2014; Van Riper, 1973). W tej fazie niezwykle ważne jest nabycie odpowiedniego poziomu umiejętności propriocepcji symptomów jąkania, a także nabycie wiedzy o własnym jąkaniu, zdolności identyfikowania jego objawów, by następnie uczyć się skutecznego modyfikowania ich. Zdolność do identyfikowania i modyfikowania objawów niepłynności jest również wspierana poprzez wykorzystanie techniki pseudojąkania (ang. *pseudo-stuttering*) (Starke, 1999). Wykorzystanie tej techniki w praktyce ułatwia odczulanie osoby na momenty niepłynności i pozwala skutecznie redukować lęk związany z komunikowaniem się lub z jąkaniem w sytuacjach komunikacji interpersonalnej. Następnie wdrażany jest program ćwiczeniowy pozwalający na uzyskanie łatwości w stosowaniu tzw. celowego jąkania – lekkiego

i zmodyfikowanego jąkania, dokonuje się to poprzez systematyczne podejmowanie wyzwań związanych przezwycięciem lęku przed komunikowaniem się.

## **Działania związane z transferem nabywanych umiejętności**

Jak już wcześniej wspomniano, program MIDA-SP przewiduje udział klienta w różnych formach aktywności pozwalających na transfer nabywanych umiejętności. Takie zajęcia są przeprowadzane w małej grupie, raz w tygodniu i pozwalają klientowi, biorącemu udział w terapii ćwiczyć uprzednio poznane techniki wspierające proces upłynniania mowy w bezpiecznym środowisku.

Wykorzystanie aktywności związanych z transferem nabywanych umiejętności pozwala na:

- wzmocnienie procesów automatyzacji przyswajanych technik upłynniania mowy lub modyfikowania jąkania;
- ułatwienie zachodzenia procesów generalizacji użycia nabywanych technik w różnych sytuacjach związanych z komunikowaniem się;
- skonfrontowanie klienta z doświadczaniem różnych sytuacji charakteryzujących się dla niego obecnością wysokiego poziomu lęku lub/i występowania reakcji unikania; zastępując negatywne uczucia związane z niektórymi sytuacjami komunikacyjnymi doświadczeniami pozytywnymi;
- promuje gotowość do podejmowania wyzwań związanych z komunikowaniem się w różnych sytuacjach komunikacyjnych.

Szczególnie na początku terapeuta pomaga klientowi w ustaleniu hierarchii sytuacji komunikacyjnych, w których czuje się on bardziej dyskomfortowo, poprzez identyfikację reakcji unikania i różnorodnych strategii, które stosuje on w celu radzenia sobie z takimi sytuacjami. Następnie klient ma możliwość skonfrontowania się z coraz bardziej złożonymi i wymagającymi sytuacjami komunikacyjnymi, np. poprzez odgrywanie ról w małej grupie. W tym celu wspomaga się go do rozwijania nowego sposobu myślenia oraz wdrażania w życiu codziennym nowych form zachowań poprzez wykorzystanie takich technik i strategii, jak: uczenia się, strategii rozwiązywania problemów, modelowanie (demonstracja i uczenie się przez naśladowanie modelu) i odgrywanie ról (Vygotskij, 1987; 2001; Gardner, 2010).

W programie MIDA-SP transfer nabywanych umiejętności jest wdrażany poprzez następujące formy aktywności:

- ćwiczenia z wykorzystaniem telefonu;
- trening wystąpień publicznych;
- odgrywanie ról odnoszących się do różnorodnych sytuacji z życia codziennego.

Początkowa wielowymiarowa diagnoza, która pozwala na zaklasyfikowanie klienta do odpowiedniego profilu terapeutycznego, jest wsparciem dla logopedy w wyborze najbardziej odpowiednich form oddziaływań terapeutycznych, umożliwia podejmowanie adekwatnych decyzji co do czasu i sposobu wdrażania poszczególnych działań.

## Trening z wykorzystaniem sztuki

W programie MIDA-SP przewiduje się wdrożenie jednego lub więcej komponentów treningowych związanych z wykorzystaniem sztuki. Dzieje się to z udziałem profesjonalnych artystów. Takie działania ułatwiają, podobnie jak w przypadku działań związanych z transferem nabywanych umiejętności logopedycznych, uogólnienie stosowania poznanych wcześniej technik upłynniania mowy lub modyfikacji jąkania, konfrontując klienta z realnymi wyzwaniami komunikacyjnymi. Dwie główne cechy tych działań odnoszących się do wykorzystania sztuki w tym programie to: 1) angażowanie klientów w różne interesujące formy aktywności pozwalające na nabywanie skutecznych kompetencji zarówno w zakresie komunikacji werbalnej, jak i niewerbalnej; 2) możliwość skonfrontowania się z prawdziwym audytorium – kontakt z publicznością teatralną.

Działania związane z wykorzystaniem sztuki są włączane do programu terapii w oparciu o analizę profilu klienta i zaprogramowane w taki sposób, aby uwzględniły zasadę stopniowania poziomu trudności. W ramach wdrażania tych form aktywności realizowane są następujące cele:

- stwarzanie klientom szansy sprawdzenia się w nietypowych sytuacjach, niemających bezpośredniego związku z tym, co dzieje się w ich codziennym życiu, także takich, które powodują niepokój, np. wywołany występowaniem przed publicznością lub związany z grą na scenie teatralnej;
- sprawianie, by proces terapii był dla klienta doświadczeniem jeszcze bardziej motywującym i stymulującym;
- stymulowanie procesów automatyzacji i uogólnienia związanych ze stosowaniem nabywanych technik upłynniania mowy i modyfikowania objawów zająknięć.

W szczególności program MIDA-SP wykorzystuje takie formy działań artystycznych, jak warsztaty teatralne z udziałem w końcowym przedstawieniu (Tomaiuoli, 2005) oraz trening związany z dubbingiem filmowym (Tomaiuoli i in., 2006). Takie różnorodne formy działań artystycznych mają na celu umożliwienie osobom jękającym się sprawdzenie się w roli spełnionego i kompetentnego mówcy, zachowując wraz z upływem czasu efekty uzyskane w terapii. Każda sesja aktywności związanej ze sztuką jest prowadzona przez profesjonalnego aktora teatralnego lub aktora głosu, tak aby utrzymać jak najwyższy poziom realności tego doświadczenia. Warsztaty teatralne w połączeniu z terapią mowy pozwalają klientowi przepracowywać wcześniej poznane techniki logopedyczne. Są też zarazem okazją do przekonania się, że dobra umiejętność komunikowania się to nie tylko poprawność werbalna, ale także wyrażanie siebie w zintegrowany i wzbogacony sposób, dzięki różnym niewerbalnym kanałom ekspresji.

Praca z ciałem, ćwiczenia emisji głosu, rozwijanie umiejętności improwizacji, studiowanie odgrywanej postaci, ćwiczenia w odczytywaniu scenariusza to tylko niektóre formy tego wyjątkowego doświadczenia. Punktem kulminacyjnym działań związanych z wykorzystaniem sztuki jest finalne przedstawienie na prawdziwej



scenie teatralnej. Dzięki pracy wykonywanej podczas warsztatów teatralnych klienci podnoszą świadomość i pewność siebie w związku ze swoimi umiejętnościami ekspresyjnymi – także w odniesieniu do odczuwania doznań płynących z własnego ciała. Teatr, poprzez personifikację różnych postaci i ról, jest w stanie stymulować kreatywność, elastyczność i rozwój osobisty. Korzyści płynące z wykorzystania sztuki w terapii mogą również pozytywnie wpływać na relacje międzyludzkie, które na ogół stają się bardziej autentyczne.

Z kolei w przypadku pracy z aktorem głosowym związanej z wdrażaniem ćwiczeń z zakresu dubbingu wykorzystuje się ćwiczenia reinterpretacji tekstu, recytując go zgodnie z bieżącym czasem i w odpowiednim, niejednokrotnie dość szybkim tempie. W dobrym dubbingu nie tylko bierze się pod uwagę treść tekstu, ale musi być także uwzględniony rytm zdań, ich długość i sprawność artykulacyjna aktorów, a jednocześnie forma wypowiedzi musi być zgodna z tym, co dzieje się w odgrywanej na ekranie scenie filmowej. W związku z tym dubbing jest doskonałym narzędziem do uczenia się, jak zarządzać mową pod presją czasu i jak wzmacniać automatyzację technik upłynniających mowę (Tomaiuoli i in., 2006; 2012).

Co więcej program MIDA-SP zgodnie z wytycznymi z literatury przedmiotu (Con-*ture*, Curlee, 2007) uwzględnia fazę utrzymania efektów terapii, której celem jest monitorowanie zdolności klienta do zachowania osiągniętych w terapii wyników. W tej fazie przewiduje się prezentacje w mediach (np. w radiu), tak by osoba jękająca się mogła skonfrontować się z trudnymi wymaganiami stawianymi jej mowie i by mogła doświadczać utrwalania się wyników uzyskanych dzięki udziałowi w terapii (Tomaiuoli, 2015).

## Podsumowanie

Mając na względzie wielowymiarowość jękania oraz różnorodne konsekwencje, jakie niesie ze sobą to zaburzenie na poziomie emocjonalnym, społecznym i relacyjnym dla osoby jękającej się, terapie wielodyscyplinarne oraz podejścia integrujące różne metody interwencji logopedycznej wydają się najbardziej odpowiednie, aby zaspokoić różnorodne potrzeby osób jękających się (Guitar, 2014). Tym niemniej twórcy MIDA-SP mają świadomość, że dane dotyczące wyników uzyskiwanych w tym programie, którymi obecnie dysponują, nie pozwalają zgodnie z wymogami praktyki opartej na dowodach w pełni wykazać, jaki konkretnie element decyduje o jego skuteczności. Dzieje się tak dlatego, że zastosowanie zintegrowanego podejścia utrudnia przypisanie efektów pojedynczemu elementowi programu. Co więcej, ważne jest, aby pamiętać, że diagnoza jękania, jego ciężkości, wiąże się z wykorzystaniem różnych narzędzi – nie zawsze obiektywnych, co sprawia, że wyniki trudno zmierzyć. Z tego powodu konieczne jest dalsze gromadzenie wyników badań pozwalających na rzetelne określenie skuteczności tego podejścia terapeutycznego. Zespół specjalistów pracujących w CRC-Balbusie zamierza dalej pozyskiwać dane

dotyczące poszczególnych aspektów tego wielowymiarowego zaburzenia (jawne i ukryte aspekty jąkania), koncentrując się w szczególności na zależnościach pomiędzy wynikami uzyskiwanymi w różnych grupach wiekowych i profilowych, w celu wytyczenia najlepszych form terapii pozwalających klientom na osiągnięcie możliwie najlepszych wyników w miarę ich stosowania.

## Bibliografia

- American Speech-Language-Hearing Association – ASHA, (1995). *Guidelines for practice in stuttering treatment*; www.asha.org [dostęp: 21.04.2019].
- Couture E.G. (2001). *Stuttering: its nature, diagnosis, and treatment*. Boston: Allyn & Bacon.
- Couture E.G., Curlee R.F. (2007). *Stuttering and Related Disorders of Fluency*. Third Edition. New York Stuttgart, Thieme.
- Cook F., Rustin L. (1997). Commentary on the Lidcombe Programme of early stuttering intervention. *European Journal of Disorders in Communication*, 32, 250–258.
- Gardner H. (2010). *Formae mentis*. Milano: Feltrinelli.
- Gregory H.H. (1980). Stuttering treatment for children. *Seminar in Speech, Language, and Hearing*, 1, 351–364.
- Gregory H.H. (2003). *Stuttering Therapy: Rationale and procedures*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Guitar B. (2014). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Smith A., Kelly E. (1997). Stuttering: a dynamic, multifactorial model. W: R.F. Curlee, G.M. Siegel, red., *Nature and Treatment of Stuttering* (s. 97–127). Boston Allyn & Bacon.
- Starke A. (1999). *Voluntary stuttering: When, how, and for what purpose*. Presentation during the International Stuttering Awareness Day Online Conference; <http://www.msnu.edu/comdis/isad2/papers/starke.html> [dostęp: 21.04.2019].
- Tomaiuoli D. (2005). A theatrical approach to treating stuttering. *The ASHA Leader*, 20–21. October.
- Tomaiuoli D. (2015). *Balbuzie. Fondamenti, valutazione e trattamento dall'infanzia all'età adulta*. Erickson. Trento, Italy.
- Tomaiuoli D., Del Gado F., Falcone P., Lucchini E., Spinetti M.G. (2012). A multidimensional, integrated, differentiated, art-mediated stuttering programme. W: S. Jelčić Jakšić, M. Onslow, red., *The Science and Practice of Stuttering Treatment – A symposium* (s. 147–157). New York: Wiley & Sons.
- Tomaiuoli D., Del Gado F., Porchetti G., Spinetti M.G., Falcone P. (2009, August). *Tales interpreted reading: A laboratory for children who stutter*. Poster presented during the VI World Congress on Fluency Disorders. Rio de Janeiro, Brasil.
- Tomaiuoli D., Castiglione R., Del Gado F., Falcone P., Lucchini E., Pasqua E., Spinetti M.G. (2006). *The use of movies and spot dubbing in stuttering treatment*. International Fluency Association V World Congress in Fluency Disorders. Dublin, Ireland.
- Van Riper Ch. (1973). *The treatment of stuttering*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Vygostkij L. (1987). *Studi sulla storia del comportamento*. Firenze: Giunti.
- Vygostkij L. (2001). *Pensiero e linguaggio*. Roma–Bari: Laterza.
- Yairi E. (2007). Subtyping Stuttering I: A review. *Journal of Fluency Disorders*, 32, 165–196.
- Yaruss J.S., Quesal R. (2004). Stuttering and the international classification of functioning, disability, and health (ICF): An update. *Journal of Communication Disorders*, 37 (1), 35–52.

### Streszczenie

W rozdziale tym przedstawiono metodę terapii jąkania – program noszący nazwę MIDA-SP (wielowymiarowej, zintegrowanej i zróżnicowanej terapii jąkania z wykorzystaniem sztuki), który jest oferowany osobom jąkającym się w różnym wieku. MIDA-SP zapewnia podejście do jąkania w sposób wielowymiarowy, integrujący różne metody terapii, zróżnicowany w zależności od klienta i oparty na wykorzystaniu sztuki. Program składa się z różnych elementów, którymi są: terapia logopedyczna jąkania, różne formy aktywności pozwalające na przenoszenie nabywanych umiejętności na sytuacje życia codziennego oraz działania terapeutyczne z wykorzystaniem elementów sztuki. Każdy komponent ma inne cele i może być modyfikowany przez logopedę lub specjalistę od zaburzeń płynności mowy, zwłaszcza w zakresie realizacji celów pośrednich. Jąkanie jest zaburzeniem wieloczynnikowym, a nieliniarna interakcja zachodząca pomiędzy poszczególnymi czynnikami generuje różne objawy – inne u każdej osoby. W związku z tym MIDA-SP zapewnia multidyscyplinarną diagnozę obejmującą zarówno jawne, jak i ukryte aspekty jąkania. Dzięki zastosowaniu tego typu diagnozowania możliwe jest ustalenie profilu osoby jąkającej się zgodnego z systemem profilowania opracowanego dla programu MIDA-SP. System profilowania MIDA-SP umożliwia przypisanie konkretnej osoby jąkającej się do jednego z 4 profili na podstawie oceny stopnia nasilenia zarówno ukrytych, jak i jawnych aspektów jąkania. Wykorzystanie tego systemu profilowania MIDA-SP pozwala na zindywidualizowanie programu terapii i dopasowanie go do konkretnej osoby jąkającej się pod względem czasu trwania i dawek zastosowania poszczególnych komponentów.

**Słowa kluczowe:** jąkanie, podejście wieloaspektowe, integracja, terapia z pośrednictwem sztuki

### Summary

The objective of the paper is to inform about a rehabilitative method for the treatment of stuttering: the rehabilitation program is called MIDA-SP (Multidimensional, Integrated, Differentiated, Art-mediated – Stuttering Program) and is offered to people who stutter of all ages groups. The MIDA-SP provides a multidimensional, integrated, differentiated and art-mediated treatment and is made up of various components which: speech and language therapy, transfer activity and art-mediated activity. Each component has different objectives and can be modulated by the speech therapist or by the fluency specialist especially in micro-objectives. Because stuttering is a multifactorial disorder and the non-linear iteration of the various factors generates different manifestations in each person, the MIDA-SP provides a multidisciplinary assessment including both overt and covert aspects of stuttering. This assessment allows the profiling of people who stutter through the MIDA-SP profiling system. The MIDA-SP Profiling System allows you to assign a profile to the person who stutters based on the severity level of both covert and overt aspects of stuttering. There are 4 profiles. According the MIDA-SP Profiling System the person who stutters can be addressed in an individualized rehabilitation program that varies in terms of duration and dose of the different components.

**Key words:** stuttering, multidimensional approach, integration, art-mediated treatment/therapy

Część 3

**PERSPEKTYWA TERAPEUTY –  
WIEDZA, KOMPETENCJE, UMIEJĘTNOŚCI  
I DOŚWIADCZENIE**



# Rozważania etyczne w badaniach i praktyce logopedycznej w zaburzeniach płynności mowy

Consideration of Ethics in Research and Practice for Speech-Language Therapists in Fluency Disorders

## Wprowadzenie

Zarówno badacze, jak i logopedzi muszą uwzględniać nieosobowe elementy swojej dziedziny, takie jak diagnoza, metody interwencji i zbierania danych. Muszą oni też jednak mieć na uwadze przede wszystkim dobrostan uczestników badania i klientów. Jak w każdej innej dziedzinie badania i praktyka wzajemnie na siebie wpływają, ważne jest zatem, by rozważyć, co jest etyczne w każdym z tych obszarów. O ile pojęcie etyki odmienia się przez wszystkie przypadki, zarówno w praktyce, jak i w badaniach, wciąż nie wszędzie mamy do czynienia z bezproblemowym wdrażaniem działań etycznie umocowanych. Wielu logopedów funkcjonuje w ramach wyznaczanych przez etykę, jeśli weźmie się pod uwagę kwestie, takie jak formularze zgody i poufność (Brosnan, Cribb, Wainwright, Williams, 2013), choć tego rodzaju formalności przysługują wartości etyki badań i nie pozwalają, by rozwinął się wokół niej bardziej aktywny dialog (Cascio, Racine, 2018). Najprościej rzecz ujmując, rozumowanie etyczne wymaga czegoś więcej niż formalności, jaką jest złożenie podpisu pod formularzem ze zgodą.

Według Catherine Berglund (2007) rozumowanie etyczne obejmuje refleksję, dociekanie i analizowanie kwestii mających swe podłoże w moralności. Można to osiągnąć dzięki pewnym podejściom refleksyjnym istniejącym w obszarze ochrony zdrowia: podejściu narracyjnemu i kazuistycznemu. Podejście narracyjne zakłada skupienie się na osobistej narracji klienta w celu wypracowania decyzji o silnej podbudowie etycznej (Kenny, Lincoln, 2010). W związku z tym badacze i praktycy muszą przeanalizować tę narrację i dokonać interpretacji jej znaczenia. Dla przykładu terapeuta może zastosować podejście narracyjne w rozmowie z osobą jękającą się (OJS), by zrozumieć głęboko zakorzenione lęki związane z mową. Ważne, by odnotować, że narracje są subiektywne i płynne, a więc to, co znajdzie etyczne zastosowanie w jednej, może nie znaleźć go w drugiej (McCarthy, 2003). Alternatywne wobec narracyjnego

podejście kazuistyczne skupia się bardziej na badaczu i/lub terapeutcie niż kliencie. Podejście to opiera się na rozstrzygnięciu dylematów etycznych przez terapeutów dzięki czerpaniu z ich własnych doświadczeń (Kenny, Lincoln, 2010). W oparciu o przeszłe doświadczenia terapeuty analizuje, jakie czynniki miały wpływ na przeszłe decyzje oraz czy mają one zastosowanie do obecnego dylematu etycznego (Kenny, Lincoln, 2010). Ani podejście narracyjne, ani kazuistyczne, nie jest jednak wystarczająco holistyczne, by spojrzeć na dylemat etyczny z wielu stron. W najlepszym razie można powiedzieć, że któreś z tych podejść może nie owocować analizą wystarczającą, by interpretować ją jako prawdę (Kenny, Lincoln, 2010). Dlatego jednostkowe podejście do rozstrzygnięcia dylematów etycznych, skupione na konkretnym przypadku, może być metodą pełniejszą. Podejście jednostkowe umieszcza różne ujęcia teoretyczne uwzględniające etykę w kontekście konkretnego, indywidualnego przypadku (Kenny, Lincoln, 2010). Taka praktyka pozwala badaczom i terapeutom zastosować swoją wiedzę na temat etyki w celu spełnienia konkretnych potrzeb i realizacji konkretnych celów ich klienta i jego bliskich.

Celem niniejszego artykułu jest omówienie niektórych kwestii etycznych obecnych w Kodeksie etycznym Amerykańskiego Stowarzyszenia Logopedów i Audiologów (ASHA) przy zastosowaniu studium przypadku. Najpierw przedstawiony zostanie krótki przegląd wydarzeń historycznych, które doprowadziły do stworzenia wytycznych w zakresie etyki. Następnie Kodeks etyczny ASHA zostanie streszczony i omówiony w kontekście przykładowych dylematów etycznych. W końcu nastąpi omówienie rozwiązań i zasobów, które mogą być pomocne w stawieniu czoła i radzeniu sobie z dylematami etycznymi w badaniach i praktyce.

## **Etyka w kontekście historycznym**

Informowanie uczestników badań o każdym ryzyku wiążącym się z udziałem, czy też o celu badania, nie zawsze było obowiązującym standardem. Jakkolwiek, istotne wydarzenia historyczne zwiastowały potrzebę spisania wytycznych odnoszących się do zagadnień etycznych w badaniach i praktyce. Jednym z takich wydarzeń był proces norymberski, w którym nazistowskich lekarzy sądzono z powodu nieetycznych eksperymentów na więźniach obozów koncentracyjnych. W roku 1948 powstał kodeks norymberski wymagający dobrowolnej zgody uczestników na udział w badaniach naukowych (Mandal, Acharya, Parija, 2011). Kodeks ten był bezprecedensowym aktem prawa międzynarodowego wspierającym ideę dobrowolnego udziału i świadomej zgody (Mandal, Acharya, Parija, 2011). Ponad 10 lat później, w roku 1964, powstała deklaracja helsińska zawierająca wytyczne dla przedstawicieli zawodów medycznych dotyczące badań na ludziach (Mandal, Acharya, Parija, 2011).

W Stanach Zjednoczonych miał miejsce szereg zmian prawnych wynikających z konsekwencji niewłaściwego postępowania w serii badań nad syfilisem w miejsco-

wości Tuskegee. Badania te prowadzono w latach 1932–1972. Ich przedmiotem był rozwój nieleczzonego syfilisu u Afroamerykanów (“U.S. Public Health Service”, 2017). Uczestników nie informowano o celu badań ani też nie leczono, nawet gdy w międzyczasie udało się opracować lek (“U.S. Public Health Service”, 2017). Oburzenie opinii publicznej doprowadziło do opracowania Raportu Belmonta kładącego nacisk na świadomą zgodę, konieczność przedkładania korzyści dla uczestników nad korzyści dla nauki oraz uczciwego traktowania wszystkich uczestników (Mandal, Acharya, Parija, 2011). Od połowy XX wieku poszczególne kraje stale rozwijają własne wytyczne związane z etycznością badań, podobnie skupiające się na sprawiedliwości, korzyściach dla uczestników i zgodzie.

## **Kodeks etyczny Amerykańskiego Stowarzyszenia Logopedów i Audiologów (ASHA)**

Amerykańskie Stowarzyszenie Logopedów i Audiologów (ASHA) to organizacja zrzeszająca logopedów w Stanach Zjednoczonych. ASHA nadzoruje akredytację, zapewnia zasoby niezbędne do prowadzenia nowatorskich badań w swojej dziedzinie oraz tworzy wytyczne w zakresie oceny, diagnozy i terapii. Pełniąc wspomniane funkcje, ASHA posiada Kodeks etyki, którego zadaniem jest umożliwienie osobom pracującym w tej dziedzinie zrozumienia ciężącej na nich odpowiedzialności i celów ich zawodu. Według Ann W. Kummer i Jana Turnera (2011: 331) Kodeks etyki to „oficjalne przedstawienie przekonań i wytycznych obowiązujących w grupie zawodowej, odzwierciedlające odpowiedzialność i zobowiązania ciężące na jej członkach, jak również ich cele”. Kodeks etyki ASHA powstał w roku 1930 i od tego czasu był wielokrotnie nowelizowany (Kummer, Turner, 2011). Kodeks opiera się na 4 następujących filarach: (I) odpowiedzialność wobec osób, z którymi pracujemy, oraz za uczestników badań, zarówno ludzi, jak i zwierzęta, (II) odpowiedzialność za naszą własną kompetencję zawodową, (III) odpowiedzialność wobec społeczeństwa oraz (IV) odpowiedzialność za relacje na gruncie zawodowym (ASHA, 2016). Z tymi 4 filarami powiązane są 4 zasady etyczne, które zostaną omówione w kolejnej części artykułu bardziej szczegółowo w szerszym kontekście.

## **Zasady etyczne: przykładowe scenariusze**

Jak wspomniano wcześniej, Kodeks etyki ASHA składa się z 4 zasad etycznych (tabela 1). W tej części przedstawione zostaną scenariusze związane z badaniami oraz terapią w zakresie płynności mowy, zaś Zasady i Reguły Etyczne z tabeli 1 zostaną wykorzystane, by odnieść się do przypadków zachowań nieetycznych. Dodatkowo zawarte zostaną tu inne źródła, które stanowić będą logiczne podstawy oraz propozycje rodzajów działań, jakie można podjąć w potencjalnie nieetycznych sytuacjach.



**Tabela 1.** Kodeks etyki ASHA. Zasady i przykład powiązanych z nimi reguł

| Zasady etyczne   | Przykład reguł  |
|--|---|
| I. Osoba związana Kodeksem jest odpowiedzialna za postawienie na pierwszym miejscu dobra osób, którym służy swoim zawodem, bądź osób będących uczestnikami badań i działalności naukowej oraz jest zobowiązana do traktowania zwierząt zaangażowanych do badań w sposób humanitarny.                       | Osoba związana Kodeksem świadczy wszelkie usługi kliniczne i prowadzi badania naukowe w sposób kompetentny (Reguła A).  |
| II. Osoby związane Kodeksem są odpowiedzialne za osiągnięcie i utrzymywanie najwyższego poziomu kompetencji i praktyki zawodowej.  | Osoby prowadzące badania przestrzegają wszelkich regulacji instytucjonalnych, stanowych i federalnych dotyczących któregokolwiek z aspektów badań, w tym regulacji dotyczących innych osób uczestniczących w badaniach i zwierząt (Reguła C).               |
| III. Osoby związane Kodeksem przyjmują na siebie odpowiedzialność wobec społeczeństwa, publicznie reprezentując jego niezaspokojone potrzeby w zakresie komunikacji i polityk, jak również dostarczają zgodnych ze stanem faktycznym informacji dotyczących jakiegokolwiek aspektu przedmiotowych zawodów. | Osoby związane Kodeksem nie wprowadzają w błąd co do badań i działań naukowych, informacji diagnostycznej, świadczonych usług, rezultatów świadczonych usług, dystrybuowanych produktów ani rezultatów stosowania dystrybuowanych produktów (Reguła C).     |
| IV. Osoby związane Kodeksem dbają o godność i autonomię przedmiotowych zawodów, utrzymują oparte na współpracy i harmonii relacje z przedstawicielami zarówno zawodu własnego, jak i innych, oraz przyjmują standardy wypracowane przez środowisko przedstawicieli tychże zawodów.                         | Osoby dysponujące dowodami świadczącymi o prawdopodobnym naruszeniu Kodeksu etyki zobowiązane są do współpracy w celu zaradzenia powstałej sytuacji, jeśli to możliwe, lub do poinformowania Rady Etyki na drodze ustalonych przez nią procedur (Reguła M). |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: ASHA, 2016.

Pierwszy scenariusz może się często zdarzyć w przypadku terapeutów pracujących w grupach wielokulturowych: *Jesteś terapeutą pracującym z 6-letnim dzieckiem z zaburzeniem płynności mowy. W domu dziecko rozmawia z rodzicami po hiszpańsku. Rodzice nie posługują się innym językiem. Dziecko rozumie trochę angielskiego, ale czuje się bardziej komfortowo, rozmawiając po hiszpańsku. Nie posługujesz się hiszpańskim. Czy możesz kontynuować terapię tego klienta?*

W tym scenariuszu terapeuta zmagają się z pewnym utrudnieniem. Potrafi diagnozować i poddawać terapii zaburzenia płynności, nie posługuje się jednak językiem hiszpańskim. Taka rozbieżność może prowadzić do załamania się komunikacji, niewłaściwego odczytania zdolności dziecka oraz potencjalnie do niewłaściwej diagnozy (Bedore, Peña, 2008). Kiedy spojrzymy na I zasadę etyki, terapeuta musi przede wszystkim dbać o dobro klienta. W tej sytuacji, ukończenie terapii bez udziału

tłumacza nie wydaje się stanowić najlepszej praktyki. Według Ann W. Kummer i Jana Turnera (2011) tłumacz może pomóc ograniczyć ryzyko nieporozumień. Reguła A potwierdza to, podkreślając wagę kompetencji w działaniach terapeutycznych. Pomimo że terapeuta jest kompetentny w zakresie oceny i diagnozy płynności oraz terapii, nie jest w pełni kompetentny w zakresie języka hiszpańskiego, dlatego też najlepszą praktyką, jaką może zastosować, będzie prośba o wsparcie.

Tematem drugiego scenariusza jest zgoda uczestnika na udział w badaniach. *Badaczka zajmuje się relacjami między lękiem i jękaniem. Podczas prowadzonych przez nią sesji terapeutycznych filmuje klientów, którzy w ramach terapii ćwiczą prowadzenie rozmów telefonicznych, nie informuje jednak klientów, że są częścią badania.*

W tej sytuacji problematyczny jest fakt, że terapeutka nie poinformowała klienta o jej/jego udziale w badaniu. W II zasadzie etyki kluczowym konceptem jest to, że terapeuci i badacze odpowiedzialni są za swoją kompetencję i sposób jej wykorzystywania. Reguła C kładzie nacisk na konieczność stosowania się terapeutów prowadzących badania do obowiązujących wytycznych i przepisów. Brak świadomej zgody stanowi tu naruszenie zasad etyki. Konsekwencje nieinformowania uczestnika o badaniu mogą być poważne, jak we wspomnianym wyżej badaniu nad syfilisem w Tuskegee. W rozważaniach etycznych podkreśla się rolę „nieszkodzenia”, a więc zakazu wyrządzania przez terapeutę jakiegokolwiek krzywdy klientowi (Horner, Monday, Roche Chapman, Dinh, 2016). W tym scenariuszu, klient nie jest świadomy swojego udziału w badaniu, co zagraża jego poczuciu tożsamości i niezależności (Kummer, Turner, 2011). Ponadto jeżeli klient dowie się, że brał udział w badaniu bez wyrażania na to zgody, może wystąpić szereg innych negatywnych konsekwencji. Może on stracić zaufanie do terapeuty, doświadczać lęku, jak i pozwać terapeutę do sądu.

W trzecim scenariuszu mamy do czynienia z wprowadzaniem w błąd i przedstawianiem fałszywych stwierdzeń: *Badaczka opracowała własny protokół terapii logopedycznej, nie przeprowadzono jednak wystarczających badań, które uzasadniałyby jego wykorzystanie. Odkrywasz, że koleżanka/kolega wykorzystuje ten protokół w pracy z klientami i reklamuje go w miejscowej społeczności jako „skuteczną” i „opartą na badaniach” strategię „leczenia” jękania.* O ile taką akurat sytuację można postrzeżać jako ekstremalną, nierzadko spotyka się terapeutów i badaczy polecających protokoły oceny i terapii, które nie są podparte badaniami. III zasada etyki kładzie nacisk na rolę terapeutów w popularyzacji i dostarczaniu opinii publicznej rzetelnych informacji. Reguła C wskazuje, że nieetyczne jest, gdy logopeda wprowadza w błąd co do jakiegokolwiek aspektu pracy badawczej czy terapeutycznej. W omawianym scenariuszu terapeuta wprowadza w błąd, bezpodstawnie twierdząc, że protokół jest skuteczny, podczas gdy nie jest on podparty badaniami. Obiecywanie wyleczenia bez jakichkolwiek podstaw jest ponadto nieetyczne i krzywdzi pacjenta (Kummer, Turner, 2011).

Ostatni ze scenariuszy omawia sytuację, w której jeden terapeuta obserwuje nieetyczne zachowanie drugiego: *Jesteś świadkiem tego, jak koleżanka/kolega po*

*fachu pobiera opłatę za terapię, której nie prowadził/a. Nie jesteś pewien, czy zgłosić naruszenie zasad etyki.* Opisana sytuacja jest złożona, a logopeda będący jej świadkiem może nie podjąć żadnych działań, w najprostszy sposób unikając zaangażowania, choć w IV zasadzie etyki ASHA (2016) podkreśla rolę godności zawodu. Reguła M (ASHA, 2016) jasno mówi, że logopeda będący świadkiem naruszenia zasad etyki zawodowej przez innego logopedę musi podjąć działania, by pomóc w likwidacji sytuacji naruszenia etycznego. W ankiecie, którą wypełniło dziesięć logopedów, Belinda Kenny i in. (2010) ustaliły, że istotne w zarządzaniu takimi sytuacjami jest budowanie relacji zawodowych opartych na zaufaniu i współpracy. Takie relacje mogą przyczynić się do budowania szacunku i przejrzystości pośród koleżanek i kolegów po fachu, co z kolei może pomóc uniknąć sytuacji podobnych do opisanej w powyższym scenariuszu.

## Etyka w praktyce

W większości przypadków badacze i logopedzi stawiają sobie za cel dochowanie wierności najwyższym standardom etycznym i nie podejmują działań mających na celu wyrządzenie szkody swoim klientom. Czasem jednak logopeda może nie mieć pewności, jakie postępowanie będzie etyczne w danej sytuacji, szczególnie gdy nie jest ona jasna. To właśnie w takich chwilach znajduje swoje zastosowanie Kodeks etyki, ponieważ dostarcza on wytycznych, do których każdy logopeda może się odnieść, chociaż istnieją również okoliczności zewnętrzne mogące modyfikować proces podejmowania decyzji etycznych przez badaczy i terapeutów. Na przykład w badaniu przeprowadzonym przez ASHA (2007) wielu logopedów wskazało, że brak im było zasobów, nie czuli się dostatecznie przygotowani bądź dotyczyły ich inne obowiązki i ograniczenia wobec czy to kolegów po fachu, czy też rodzin klientów. Logopedzi informowali, iż sytuacje te czasem sprawiały, że musieli pójść na kompromis ze swoimi standardami etycznymi. Kenny i in. (2010) przeprowadziły ponadto wywiady dotyczące podejścia do rozumowania etycznego z dziesięciorgiem doświadczonych logopedów. Z wywiadów wyłoniło się następujących 5 obszarów zainteresowań: dobrostan klienta, wykonywanie zobowiązań zawodowych, relacje zawodowe, wykorzystanie dostępnych zasobów, jak również zgodność wartości osobistych z zawodowymi. Wszyscy logopedzi zaznaczyli, że aby poradzić sobie z dylematami etycznymi wynikającymi z tych 5 obszarów, wzięliby pod uwagę historię i obecną sytuację klienta, poszukali informacji w jego sieci wsparcia, wypełniali swoje obowiązki, zachowywali się odpowiedzialnie, dokonali krytycznej oceny wszystkich dostępnych zasobów oraz skorzystali z konsultacji kolegów po fachu (Kenny i in. 2010).

Na podejmowanie decyzji etycznych przez badaczy i logopedów wpływają liczne czynniki. Kay Payne (2011) odnotowuje, że na podejmowanie decyzji etycznych wpływają zarówno aspekty naukowe, jak i kulturowe, religijne, prawne, gospodarcze oraz polityczne. Wpływ każdego z tych czynników może być różny w zależności od

terapeuty i klienta oraz środowiska, w którym funkcjonują. Tak więc wypracowanie procesu decyzyjnego w kwestiach etycznych może rzucić nowe światło na mglisty obszar, o którym traktuje ten artykuł, i stanowić wsparcie dla terapeutów. Jedną z pierwszych metod, które się pojawiły, była *uogólniona metoda empiryczna* [*generalized empirical method, GEM*] stworzona przez filozofa i etyka Bernarda Lonergana (Payne, 2011). Celem GEM jest wyeliminowanie nieobiektywnych przemyśleń dzięki analizowaniu faktów w oparciu o doświadczenie, osąd i zrozumienie (Payne, 2011). Poniżej opisano bardziej szczegółowo działanie tej i innych metod. Korzystający z niej zapisuje swoje doświadczenia (np. osobiste, zawodowe itd.), interpretacje (np. interpretacje osobiste, opinie interesariuszy, sprzeczności itd.) oraz sądy (np. priorytety, odnoszenie się do właściwych źródeł itd.) (Payne, 2011). Kolejna metoda, autorstwa współczesnego etyka Daniela Maguire'a, przedstawia 8 pytań, które należy w sposób systematyczny rozważyć przed podjęciem decyzji. W pierwszej kolejności osoba korzystająca z tej metody musi rozważyć, jaki jest cel danej decyzji bądź też jakie zachowanie ma wynikać z jej podjęcia. Następnie w połączeniu z głównym celem rozważa się 8 czynników – motywy, środki, podmiot(y), miejsce, czas, konsekwencje, alternatywy i fakty (Payne, 2011). Taka praktyka naświetla sposób, w jaki 8 powyższych czynników wpływa na wynik rozważań i pozwala łatwiej dostrzec potencjalny brak obiektywizmu. Zarówno metoda Lonergana, jak i metoda Maguire'a, dostarczają ram dla procesów decyzyjnych w kwestiach etycznych poprzez podjęcie próby zredukowania subiektywności i luk w logicznym rozumowaniu.

Ann W. Kummer i Jan Turner (2011: 366) również przedstawiają pytania, które badacz czy logopeda mogą sobie zadać, kiedy stają przed dylematami etycznymi, np. *Jakie są fakty z medycznego punktu widzenia? Co o takich przypadkach mówi prawo? i Na ile pacjent i rodzina rozumieją diagnozę i wynikające z niej wybory?* Mamy także do dyspozycji inne źródła informacji etycznej, m.in. Kodeks etyki ASHA. Liczne kraje, takie jak Kanada, Zjednoczone Królestwo czy Australia, mają własne Kodeksy etyki. Ponadto na dyskusje z zakresu etyki często można się natknąć podczas konferencji związanych z logopedią, co umożliwia wymianę doświadczeń między specjalistami z całego świata. Od badaczy często wymaga się, by ukończyli kurs szkoleniowy z zakresu odpowiedzialnych praktyk badawczych. Na przykład *Collaborative Institutional Initiative Program* (CITI) oferuje kursy, dzięki którym badacze mogą poznać historię etyki, najlepsze praktyki i sposoby rozwiązywania konkretnych problemów etycznych. Badacze i terapeuci mogą zgłębiać problematykę etyki w logopedii z wykorzystaniem różnorodnych zasobów. Rozmowy, współpraca i wymiana doświadczeń mogą sprawić, że nieetyczne postępowanie będzie pojawiać się coraz rzadziej, a w jego miejsce rozkwitać będzie lepsze zrozumienie i wdrażanie najlepszych dostępnych praktyk.

## Bibliografia

- Kodeks etyczny Amerykańskiego Stowarzyszenia Logopedów i Audiologów (ASHA) (2007). *Ethics and IDEA: A Guide for Speech-Language Pathologists and Audiologists*. Available from: [www.asha.org/policy](http://www.asha.org/policy).
- ASHA, 2016 – American Speech-Language-Hearing Association. (2016). *Code of Ethics* [Ethics]; [www.asha.org/policy](http://www.asha.org/policy) [dostęp: 15.03.2019].
- Bedore L.M., Peña E.D. (2008). Assessment of bilingual children for identification of language impairment: Current findings and implications for practice. *International Journal of Bilingual Education and Bilingualism*, 11(1), 1–29.
- Berglund C. (2007). *Ethics for health care*. 3rd ed. South Melbourne, Australia: Oxford University Press.
- Brosnan C., Cribb A., Wainwright S.P., Williams C. (2013). Neuroscientists' everyday experiences of ethics: The interplay of regulatory, professional, personal and tangible ethical spheres. *Sociology of Health & Illness*, 35(8):1133–48.
- Cascio M.A., Racine E. (2018). Person-oriented research ethics: integrating relational and everyday ethics in research. *Accountability in Research*, 25(3), 170–197.
- Horner J., Modayil M., Chapman L.R., Dinh A. (2016). Consent, refusal, and waivers in patient-centered dysphagia care: Using law, ethics, and evidence to guide clinical practice. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 25, 453–469.
- Jonsen A.R., Siegler M., Winslade W.J. (2006). *Clinical ethics: A practical approach to ethical decisions in clinical medicine* (6th ed.). New York, NY: McGraw-Hill.
- Kenny B., Lincoln M., Baladin S. (2010). Experienced speech-language pathologists' responses to ethical dilemmas: An integrated approach to ethical reasoning. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 19, 121–134.
- Kummer A.W., Turner J.E. (2011). Ethics in the Practice of Speech-Language Pathology in Health Care Settings. *Seminars in Speech and Language*, 32(4), 330–337. DOI: 10.1055/s-0031-1292758.
- McCarthy J. (2003). Principlism or narrative ethics: Must we choose between them? *Journal of Medical Ethics*, 29(2), 65–71.
- Mandal J., Acharya S., Parija S.C. (2011). Ethics in human research. *Tropical Parasitology*, 1(1), 2–3.
- Payne K.T. (2011). Ethics of disability: Foundation of the profession of speech-language pathology. *Seminars in Speech and Language*, 4, 279–288.
- “Responsible Conduct of Research” (2018). *Collaborative Institutional Training Initiative Program*; <https://about.citiprogram.org/en/series/responsible-conduct-of-research-rcr> [dostęp: 15.03.2019].
- “U.S. Public Health Service Syphilis Study at Tuskegee” (2017). *Centers for Disease Control and Prevention*; <https://www.cdc.gov/tuskegee/timeline.htm> [dostęp: 15.03.2019].

## Streszczenie

Dylematy etyczne w badaniach i praktyce mogą stanowić utrudnienie dla badaczy, logopedów i ich klientów. Sytuacje takie można jednak lepiej zrozumieć, przyglądając się zdarzeniom historycznym, które poprzedzały wiele dziś istniejących zasad etycznych obowiązujących logope-

dów. Kiedy zrozumiemy kontekst historyczny, bardziej oczywiste staje się, jak ważne jest stworzenie kodeksu etycznego i wytycznych do podejmowania decyzji, szczególnie w bardziej złożonych sytuacjach. W niniejszym artykule zostaje opisane zastosowanie pewnych aspektów Kodeksu etycznego Amerykańskiego Stowarzyszenia Logopedów i Audiologów (ASHA) do radzenia sobie z dylematami etycznymi. Omówione zostanie ponadto tło historyczne istotnych wydarzeń, które zwiastowały opracowanie zasad etycznych, jak również scenariusze i sugerowane podejścia do podejmowania decyzji etycznych.

**Słowa kluczowe:** kodeks etyczny, badania naukowe, praktyka kliniczna, Amerykańskie Stowarzyszenie Logopedów i Audiologów (ASHA)

### Summary

Ethical dilemmas in research and practice can pose a difficult situation for researchers, speech-language therapists, and their clients. Such situations, however, can be better understood by looking at historical events which preceded many of the laws of ethics in the field today. By understanding the historical context, the necessity for an ethical code and guidelines for ethical decision-making become more evident, especially when situations become more complex. This article will implement aspects of the American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) Code of Ethics to manage ethical dilemmas. In addition, a historical background on important events that heralded the development of ethical guidelines, as well as scenarios and suggested approaches for making ethical decisions, will be discussed.

**Key words:** Code of Ethics, research, clinical practice, the American Speech-Language-Hearing Association (ASHA)



## Diagnoza funkcjonalna dziecka jękającego się w wieku szkolnym

Functional diagnosis of a school-age child who stutters

### Diagnoza – drogowskaz terapeutyczny

Współcześnie coraz wyraźniej podkreśla się, że diagnoza dziecka powinna być holistyczna, należy zbadać i opisać wszystkie obszary jego rozwoju w celu rozpoznania jego indywidualnych potrzeb i tworzenia adekwatnych programów wsparcia. Diagnoza jest bowiem pierwszym etapem wielofazowego procesu, u jej podstaw leży odnalezienie i ustalenie genetyki oraz przyczyny badanego stanu, a także wyjaśnienie właściwości zachodzących procesów i ich mechanizmów. Jak podkreślają Agnieszka Włoch i Stanisława Włoch (2009: 112):

Diagnoza holistyczna zawsze jest ujmowana w kontekście środowiskowym i rozwojowym, uwzględnia bowiem społeczne uwarunkowania sytuacji dziecka w rodzinie, w przedszkolu, szkole i dostrzega nie tylko charakterystyczne cechy rozwoju, ale również przyczyny określonego stanu zachowań oraz wzajemne powiązania i oddziaływania. Dostarcza danych o roli i udziale różnych czynników biologicznych, genetycznych i środowiskowych w rozwoju dziecka.

Diagnoza jest drogowskazem terapeutycznym, umożliwia rozpoznanie tego, jak funkcjonuje jednostka w aktualnej sytuacji życiowej. Diagnoza jest procesem, „stanowi część szerszego postępowania diagnostycznego, które pozwala ustalić związki przyczynowo-skutkowe i określić w sposób kompleksowy takie formy oddziaływania na ucznia, które sprzyjałyby optymalizacji jego osiągnięć” (Kaleta-Wistusiak i in., 2013: 41).

Dlatego też w diagnozie odchodzi się stopniowo od modelu medycznego, podmiotowego ujmowania choroby, określenia jej etiologii i zakresu (Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych klasyfikacja ICD-10; WHO 1992) na rzecz modelu biopsychospołecznego, tj. odniesienia do stanu zdrowia podmiotu (bio-), zasobów osobowych podmiotu (psycho-), podejścia relacyjne-



go (społecznego) dotyczącego bliższego i dalszego otoczenia, w jakim dana osoba funkcjonuje (klasyfikacja ICF). Jest to przejście, które pokazuje dużą zmianę, jaka zaszła, od postrzegania choroby jako stałej cechy danej osoby, do postrzegania choroby jako trudności mogącej znacząco wpływać na obniżenie jakości życia. Jednocześnie odchodzi się od schematycznego myślenia o pacjencie i jego przedmiotowego traktowania (głównym celem w modelu medycznym jest określenie objawów i postawienie diagnozy) na rzecz poznania jednostki ujętej w sposób dynamiczny, gdzie uwaga skupiona jest nie tylko na jej słabych stronach, ale uwzględnia się również bardzo mocne strony osoby i sytuacji. Zaleca się, by obie klasyfikacje – ICD-10 i ICF – w praktyce były stosowane łącznie.

W takie myślenie o diagnozie oraz ideę modelu biopsychospołecznego wpisuje się termin **diagnozy funkcjonalnej** ujmowany jako „złożony proces rozpoznawania poziomu umiejętności funkcjonalnych, ale także poznania: potrzeb, zakresu, możliwości i ograniczeń” (Marcinkowska, 2005: 12). Tomasz Knopik (2018: 8) opisuje diagnozę funkcjonalną jako „dynamiczny i kompleksowy proces rozpoznawania potencjału człowieka i barier w jego rozwoju, służący opracowaniu i realizacji optymalnego procesu wsparcia podlegającego stałej ocenie i modyfikacji”. Proponuje również wzbogacanie jej o praktyczne możliwości Międzynarodowej klasyfikacji funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia ICF (ang. *International Classification of Functioning, Disability and Health*) opracowanej i przyjętej przez Światową Organizację Zdrowia – WHO w 2001 roku. Polskie Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w 2009 roku przygotowało polską wersję ICF, która została zatwierdzona przez WHO<sup>1</sup>.

W klasyfikacji ICF, jeśli odnieść ją do jąkania, podkreśla się następujące kwestie:

- to nie tylko sam stan zdrowia, w tym przypadku jąkania, implikuje funkcjonowanie osoby;
- ważnym elementem są również czynniki osobowe, takie jak np. wartości, zainteresowania, kompetencje społeczne i emocjonalne, usposobienie, wiedza na temat jąkania, reakcje na jąkanie;
- jąkanie jest zjawiskiem, które ma miejsce w środowisku, przestrzeni relacji społecznych budowanych przez osobę jąkającą się (jej sprawność komunikacyjną, aktywność czy też wycofanie) oraz inne osoby z jej środowiska (poziom wymagań i oczekiwań społecznych, postawa otoczenia, wiedza na temat jąkania itd.);
- jąkanie nie jest stanem chronicznym, dynamika i nasilenie zaburzenia zależą od wielu czynników, zarówno stanu zdrowia, własnych zasobów, możliwości i barier stawianych przez otoczenie (aktywność społeczna, pasje, udział w grupach wsparcia itd.) (zob. Knopik, 2018; Faściszewska, Tuchowska, 2018; Węsierska, 2014; Yaruss, Quesal, 2004).

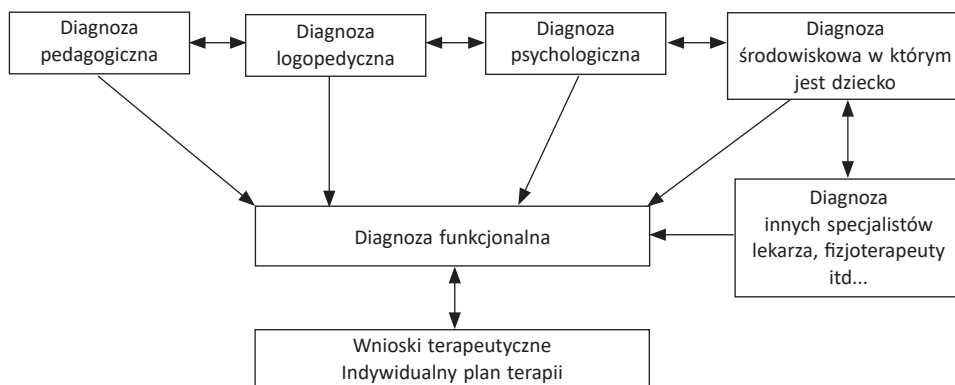
---

<sup>1</sup> 16 kwietnia 2010 roku Centrum powołało radę ICF, której przewodniczącą została mianowana prof. Anna Wilmowska-Pietruszyńska. Obecnie w Polsce trwają prace nad wdrożeniem w klasyfikacji ICF do polskiego systemu opieki zdrowotnej (Wilmowska-Pietruszyńska, Bilski, 2013).

Diagnoza jękania poszerzona o szeroką analizę czynników zawartych w klasyfikacji ICF pozwala często na obalenie mitów, np. uogólnionego negatywnego pojmowania sytuacji, myślenia, iż wszystkie osoby jękające się z silnym natężeniem jękania mają trudności z komunikowaniem się, natomiast osoby z lekkim nasileniem jękania nie mają tych trudności. Często holistyczna diagnoza wskazuje, że choć natężenie nasilenia jękania jest lekkiego stopnia, widoczne są bezpośrednio jego skutki w postaci znacznie obniżonego funkcjonowania w sytuacjach społecznych, np. unikania mówienia na forum klasy, wyręczania się w mówieniu innymi osobami itd.

Jednocześnie klasyfikacja ICF pozwala na używanie wspólnego języka i trafnego opisu funkcjonowania danej osoby zarówno przez lekarza, pedagoga, psychologa, logopedę czy innego specjalistę. Jest to niezwykle ważne, gdyż pozwala na ujednoczenie kodów językowych używanych w edukacji, w systemie poradnictwa psychologiczno-pedagogicznego, w systemie opieki medycznej itd.

Diagnoza funkcjonalna zakłada podejście interdyscyplinarne, odnoszące się do postępowania opartego na zintegrowanej wiedzy, zaczerpniętej z wielospecjalistycznych dziedzin oraz współpracy wielu specjalistów zaangażowanych w proces diagnozy, która powinna być wieloaspektowa i wielopłaszczyznowa. Diagnoza, co należy podkreślić, jest efektem pracy zespołu diagnozującego, a nie poszczególnych diagnostów. Diagnoza funkcjonalna, opis całej osobowości dziecka oraz jego funkcjonowania w różnych przestrzeniach życia, powinna być ujmowana w kontekście środowiskowym i rozwojowym. Pomoc w obszarze diagnozowania środowiska, mikrosystemu, w jakim funkcjonuje dziecko, udzielana jest również przez rodziców oraz wychowawcę dziecka, którzy dokonują obserwacji dziecka w naturalnych sytuacjach domowych i szkolnych. Obrazuje to poniższy schemat.



**Schemat 1.** Schemat diagnozy funkcjonalnej

Źródło: Opracowanie własne.

Diagnoza funkcjonalna różni się od podejścia wielospecjalistycznego, w którym działania prowadzone są równolegle, ale nie uwzględniają jednego i spójnego postępowania, a diagnoza jest efektem poszczególnych diagnostów. Tu podkreśla się, iż

diagnoza jest wynikiem współpracy osób zaangażowanych w ten proces. Jednocześnie, co należy podkreślić, diagnoza dokonywana jest na starcie oraz w trakcie dalszego podejmowania działań terapeutycznych. Podczas terapii również terapeuta weryfikuje dokonaną diagnozę, przeprowadzając diagnozę kontrolną. Jest to istotne, gdyż program terapii nie jest oparty na jednorazowej diagnozie, ale stanowi wieloetapową procedurę w procesie diagnostyczno-terapeutycznym (Iwata i in., 1994).

W przypadku dziecka jękającego się w wieku szkolnym wykorzystanie diagnozy funkcjonalnej przeprowadzonej przez kilku specjalistów pozwala na wieloaspektową ocenę rozwoju dziecka, ujmuje badaną jednostkę polimodalnie, a jej podstawowym celem jest wskazanie tych niezakłóconych obszarów rozwoju, na których można oprzeć dalsze programowanie działań nastawionych na całościowy rozwój jednostki (Skibska, 2014). Wielospecjalistyczna diagnoza pozwala na określenia poziomu funkcjonowania dziecka, jego możliwości rozwojowych i osiągnięć, ale również wskazania wpływu jękania na różne przestrzenie jego życia (funkcjonowanie społeczne i emocjonalne). Ujęte jest to w kontekście środowiskowym poprzez rozpoznanie czynników środowiska mających znaczenie dla utrzymania się i nasilenia natężenia jękania. Jak podkreślają Ewa Domagała-Zysk, Tomasz Knopik i Urszula Osza (2018), celem diagnozy jest ukazanie pełnego profilu ucznia z ukazaniem jego mocnych i słabszych stron, a nie etykietowanie i nadawanie jednej cechy przejawianym i widocznym u niego zaburzeniom. Jest to niezwykle istotne w przypadku wielowymiarowego zaburzenia, jakim jest jękanie. Na gruncie polskim podkreśla się jego aspekty, takie jak: lingwistyczny, paralingwistyczny, biologiczny, psychologiczny, społeczny (Tarkowski, 2017), w publikacjach anglojęzycznych m.in. aspekty: behawioralny, kognitywny, afektywny (Bernstein Ratner, 2005). Jękanie jest zaburzeniem zmiennym, potrafi pojawiać się i znikać, zmieniać swoje natężenie w zależności od wielu czynników, np. sytuacji społecznej, liczby odbiorców, reakcji emocjonalnej na stres itd.

## Cel i elementy składowe diagnozy funkcjonalnej

Diagnoza funkcjonalna stara się podejmować takie kwestie, jak np. jak radzi sobie dziecko i co mogłoby sprawić, by radziło sobie jeszcze lepiej. Jak podkreśla Knopik (2018), diagnoza funkcjonalna unika etykietowania, kim jest uczeń dyslektyk, cukrzyk, uczeń jękający się itd., na rzecz poznania, jak radzi sobie uczeń jękający się i jakie czynniki mogłyby spowodować, by radził sobie jeszcze lepiej. Głównym celem rozumianej w ten sposób diagnozy w przypadku dziecka jękającego się jest:

- rozpoznanie czynników i interakcji między nimi, które wpływają na utrwalenie i utrzymanie się jękania;
- zidentyfikowanie wpływu jękania na osobowość i postawy dziecka oraz jego funkcjonowanie społeczne;
- holistyczne poznanie i rozumienia zachowań kierujących dzieckiem;

- określenie symptomów opóźnień i zaburzeń funkcji podstawowych (Skibska, 2014);
- identyfikacja ewentualnych deficytów rozwojowych i trudności edukacyjno-wychowawczych (Skibska, 2014);
- rozpoznanie indywidualnych potrzeb dziecka, wskazanie jego mocnych i słabych stron;
- rozpoznanie środowiska (domowego, szkolnego, rówieśniczego), w których przebywa dziecko, stawianych przez niego wymagań oraz zauważenia określonych zachowań oddziałujących na jednostkę;
- odnalezienie zasobów dziecka oraz środowiska, które mogą wspomóc prawidłowy rozwój dziecka, przyczynić się do pozytywnej stymulacji oraz zbudowania pozytywnego obrazu siebie.

U podstaw diagnozy funkcjonalnej, czyli całościowego i interdyscyplinarnego poznania dziecka jākającego się w wieku szkolnym, powinno leżeć uwzględnienie następujących elementów:

- oceny zaburzenia – jākania: wywiad z rodzicami, uwarunkowania genetyczne, analiza jakościowa i ilościowa objawów niepełności, czas trwania i przebieg niepełności, obecność objawów towarzyszących, diagnoza różnicowa, ocena uczuć i postaw wobec jākania, ocena problemu jākania z perspektywy dziecka/rodzica/nauczyciela, analiza dodatkowych wyników badań itd. (Fańciszevska, Tuchowska, 2017);
- oceny funkcji poznawczych: spostrzeganie wzrokowe, słuchowe, pamięć, uczenie się, uwaga, myślenie itd.;
- oceny sprawności i kompetencji komunikacyjnych: ocena rozwoju mowy i języka, ocena społecznych zdolności komunikacyjnych itd.;
- oceny sfery fizycznej i motorycznej: ewentualne choroby, biologiczne dojrzewanie (układ hormonalny, kostny, mięśniowy; rozwój motoryki dużej i małej itd.);
- oceny funkcjonowania społeczno-emocjonalnego: samodzielność, umiejętność nawiązywania i podtrzymywania kontaktu w grupie rówieśniczej itd.;
- oceny czynników środowiskowych, kulturowych (Stemplewska-Żakowicz, 2011).

Diagnoza funkcjonalna pozwala na holistyczne i spersonalizowane ujęcie funkcjonowania dziecka jākającego się, a nie skupia się jedynie na pojedynczej analizie określonego obszaru, np. poziomu rozwoju kompetencji i sprawności językowych, obliczeniu natężenia niepełności czy też określeniu postaw w stosunku do jākania. Takie niepełne postrzeganie nie pozwala na uchwycenie i opisanie wpływu jākania na inne obszary czy też nie wskazuje, jak inne obszary (poznawczy, motoryczny, funkcjonowanie społeczne) mogą nasilać bądź osłabiać wpływ jākania na funkcjonowanie dziecka jākającego się. W postępowaniu diagnostycznym nie każda z tych sfer musi być w równej mierze uwzględniona, gdyż znacznie wydłużyłoby to czas identyfikacji deficytów i zasobów. Istotne jest jednak zaobserwowanie trudności i odniesienie ich do innych obszarów np. trudności w sferze biologicznej – niezwykła wrażliwość (nadwrażliwość) na konkretne formy wrażeń, czy to dźwiękowych, czy smakowych, dotykowych, zapachowych w środowisku może wpływać na odcinanie

się od swojego środowiska, duży niepokój, dużą ruchliwość w celu zminimalizowania nieprzyjemnych odczuć. Nie da się oddzielić obszaru biologicznego i rozpatrywać jąkania bez diagnozy tej sfery, gdyż brak mówienia może wynikać wyłącznie z czynnika biologicznego, a nie logofobii.

Interdyscyplinarny opis funkcjonowania dziecka jąkającego się w wieku szkolnym daje również możliwość opisanie i określenia poziomu zachowań szkolnych dziecka, które wyznaczają postępowanie edukacyjne (Skibska, 2014).

## **Badania funkcjonowania dziecka jąkającego się w wieku szkolnym**

Jąkanie jest zaburzeniem, które wywiera ogromny wpływ na jakość życia doświadczającej go osoby. W przypadku dziecka w wieku szkolnym szanse na wycofanie się tego zaburzenia z każdym rokiem maleją. Jak podkreśla Alison Wintgens (2002, za: Węsierska i Krawczyk, 2017) dzieci z zaburzeniami mowy znajdują się w grupie ryzyka w zakresie wystąpienia u nich w przyszłości niepowodzeń szkolnych lub niedostosowania społecznego. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że czynniki, które podtrzymują jąkanie i mogą wpływać na jego nasienie się, mają głównie charakter lingwistyczny, psychologiczny i środowiskowy. Wiążą się one z osobowością człowieka (np. skłonnością do perfekcjonizmu) i jego temperamentem (np. duża wrażliwość, emocjonalność), ale również z czynnikami stresującymi w otoczeniu (np. *bullying*, *mobbing* w szkole) (Woźniak, 2018). Jednocześnie nadal w Polsce, ale również na świecie brakuje wielu rzetelnych badań obejmujących dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym (Tarkowski, 1997; 2017; Yaruss, Coleman, Quesal, 2011).

Ważnym aspektem podejmowanym w badaniach dzieci jąkających się w wieku szkolnym jest ich funkcjonowanie językowe. Wyniki uzyskane w licznych badaniach wskazują, że dzieci jąkające się w wieku około 46–47 miesięcy w porównaniu z dziećmi, które się nie jąkają, uzyskują niższe wyniki w pomiarach ekspresywnej i/lub receptywnej ocenie języka (Anderson, Conture, 2000; 2004), co mogłoby sugerować, że podobne trudności utrzymują się w dalszych okresach życia. Dzieci jąkające się w wieku szkolnym używają prostszych zdań podczas tworzenia wypowiedzi (Howel, Au-Yeung, 1995), wykazują słabsze zdolności semantyczne niż ich płynnie mówiący rówieśnicy (Salihovic i in., 2010). U dzieci jąkających się rozwijają się trudności pragmatyczne i umiejętności socjalne (Reardon-Reeves, Yaruss, 2017). Wskazywano również na wpływ lateralizacji lewousznej, która przy dominującej lewej półkuli mózgu w zakresie funkcji mowy może powodować zaburzenia mowy i trudności w czytaniu. Zbigniew Kurkowski (2013) przebadał grupę 102 dzieci i wskazał, że u dzieci z lateralizacją lewouszną pojawiają się zaburzenia na starcie mowy, zaś z lateralizacją nieustaloną zaburzenia płynności występowały w toku mowy.

Równie istotną kwestią, którą podejmowano w badaniach, jest postawa dzieci jąkających się wobec własnego mówienia. Badania metaanalizy (n=229) wykazały,

że dzieci jękające się już w wieku przedszkolnym przejawiają negatywne uczucia w stosunku do swojego mówienia w porównaniu do dzieci niejękających się. Wraz z wiekiem wzrasta również natężenie negatywnych uczuć przejawianych w stosunku do swojej mowy przez dzieci jękające się (Stokke Guttormsen i in., 2015).

Kolejnym aspektem, nad którym podejmowano badania, było doświadczanie przez dzieci jękające się przejawów agresji w szkole, mobbingu szkolnego (*bullyingu*). Badania objęły dwie grupy dzieci jękających się i nauczycieli. Dzieci jękające się w wieku od 7. do 14. roku życia przyznawały, że dokuczano im z powodu mowy (59% na próbie 28 dzieci) (Langevin i in., 1998). W Polsce wyniki badań przeprowadzonych wśród 75 jękających się dzieci w wieku od 8 do 12 lat wykazały, że aż 73% uczniów doświadczyło dokuczania z powodu jękania (Węsierska, Pakura, 2015). Nauczyciele (N=254) zaznaczyli natomiast, że zauważają, iż rówieśnicy najczęściej reagują na jękającego się ucznia: objawami zniecierpliwienia, przedrzeźniania, złośliwości, dokuczania i wyręczania w mówieniu (Węsierska, Pakura, 2015). Formą wsparcia najczęściej podawaną przez nauczycieli było skierowanie dziecka jękającego się do specjalisty (Moćko, Węsierska, 2015).

Odwołanie się do wyników badań naukowych w podejmowaniu decyzji diagnostycznych i terapeutycznych jest zgodne z założeniami EBP (ang. *evidence-based practice*), praktyki opartej na dowodach, która zakłada, że działania podejmowane przez terapeutę powinny być jasne, opierać się na najlepszej dostępnej wiedzy (wynikach rzetelnie przeprowadzonych badań naukowych), własnym, zdobytym doświadczeniu zawodowym i osobistym oraz uwzględniać wartości i opinie klienta (Woźniak, 2017; Bernstein Ratner, 2005).

## Podsumowanie

Ramy niniejszego opracowania nie pozwalają na omówienie różnych aspektów diagnozy funkcjonalnej w przypadku dziecka jękającego się w wieku szkolnym. Zasygnalizowano najważniejszą kwestię potencjału, jaki oferuje diagnoza funkcjonalna w kontekście efektywnej pomocy dziecku jękającemu się. Warto podkreślić wagę interdyscyplinarnej oceny poszczególnych funkcji dziecka, holistycznego poznania i zrozumienia zachowań kierujących dzieckiem, uwzględnienia interakcji, jakie zachodzą między czynnikami poznawczymi, biologicznymi, osobowościowymi i środowiskowymi w szerokim kontekście jednostki, a nie tylko jękania. Należy podkreślić, że diagnozę funkcjonalną należy traktować jako modelową i elastyczną strategię, dopasowując ją do danego dziecka z jękaniem. Poszerzenie jej i wzbogacanie jej o praktyczne możliwości *Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia* ICF pozwala na ukazanie wpływu jękania na jakość życia dziecka jękającego się w wieku szkolnym oraz na dopasowanie działań terapeutycznych indywidualnie do dziecka.

## Bibliografia

- Anderson J.D., Conture E.G. (2000). Language abilities of children who stutter: A preliminary study, *Journal of Fluency Disorders*, 25, 283–304.
- Anderson J.D., Conture E.G. (2004). Sentence-Structure Priming in Young Children Who Do and Do Not Stutter, *Journal of Speech and Hearing Research*, 3(47), 552–571.
- Bernstein Ratner N. (2005). Evidence-Based Practice in Stuttering: Some Question to Consider, *Journal of Fluency Disorders*, 30, 163–188.
- Domagała-Zyśk E., Knopik T., Osza U. (2018). Znaczenie diagnozy funkcjonalnej w edukacji uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. *Roczniki Pedagogiczne*, 10(46), 3, 77–90.
- Faściszewska M., Tuchowska J. (2017). Narzędzia stosowane w diagnozie jąkania u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. W: J. Skibska, red., *Diagnoza interdyscyplinarna. Wybrane problemy* (s. 321–344). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Faściszewska M., Tuchowska J. (2018). Narzędzia diagnostyczne stosowane w ocenie postaw i zachowań dorosłych osób jąkających się – możliwości zastosowania w polskiej logopedii. W: K. Węsierska, red., współpr. K. Gawet, *Zaburzenia płynności mowy* (s. 158–174). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Howell P, Au-Yeung J. (1995). The association between stuttering, Brown's factors and phonological categories in child stutterers ranging in age between 2 and 12 years. *Journal of Fluency Disorders*, 20, 331–344.
- Iwata B., Dorsey M., Slifer K., Bauman K., Richman G. (1994). Toward a functional analysis of self-injury. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 27, 197–209.
- Kaleta-Witusiak M., Kopik A., Walasek-Jarosz B. (2013). *Techniki gromadzenia i analizy wiedzy o uczniu. Casebook ze wskazówkami dla praktykantów*. Kielce: Staropolska Szkoła Wyższa.
- Knopik T. (2018). *Diagnoza funkcjonalna. Planowanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Działania postdiagnostyczne*. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Kurkowski Z.M. (2013). *Audiogenne uwarunkowania zaburzeń komunikacji językowej*. Lublin: UMCS.
- Langevin, M., Prasad, N.G.N. (2012). A stuttering education and bullying awareness and prevention resource: a feasibility study. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 43(3), 344–358.
- Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych. Rewizja dziesiąta (2012). Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia; [https://www.csioz.gov.pl/file/admin/user\\_upload/Wytyczne/statystyka/icd10tomi\\_56a8f5a554a18.pdf](https://www.csioz.gov.pl/file/admin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icd10tomi_56a8f5a554a18.pdf) [dostęp: 9.08. 2018].
- Marcinkowska B. (2005). Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka z niepełnosprawnością sprzężoną. W: G. Walczak, red., *Wczesne wspomaganie rozwoju dzieci z uszkodzonym wzrokiem z dodatkowymi niepełnosprawnościami*. Warszawa: Wydawnictwo Ministerstwa Edukacji Narodowej i Sportu.
- Moćko N., Węsierska K. (2015). Sytuacja dziecka jąkającego się w przedszkolu i w szkole. W: A. Guzy, M. Wójcik-Dudek, B. Niesporek-Szamburska, red., *Szkoła bez barier. O trudnościach w nauczaniu i uczeniu się* (s. 79–98). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Podgórecki A. (1962). *Charakterystyka nauk praktycznych*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Reardon-Reeves N., Yaruss S.J. (2017). *School-Age Stuttering Therapy. A Practical Guide*. Stuttering Therapy Resources, McKinney, TX.
- Salihovic N., Junozovic-Zunic L., Duranovic M., Fatusic A., (2010). Characteristics of vocabulary in school-age stuttering children. *The Journal of International Social Research*, 3(12), 399–406.

- Skibska J. (2014). Obszary gotowości funkcjonalnej a indywidualne możliwości poznawcze dziecka w młodszym wieku szkolnym. *Kultura i Wychowanie*, 7 (1), 102–108.
- Stemplewska-Żakowicz K. (2011). *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Stokke Guttormsen L., Kefalianos E., Næss K.-A. B. (2015). Communication attitudes in children who stutter: A meta-analytic review. *Journal of Fluency Disorders*, 46, 1–14.
- Tarkowski Z. (1997). *Jękanie wczesnodziecięce*. Wyd. 2. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Tarkowski Z. (2017). Polskie badania nad jękaniami. Analiza systemowa. W: G. Jastrzębowska, J. Góral-Półrola, A. Kozołub, red., *Neuropsychologia, neurologopedia i neurolingwistyka. In honorem Maria Pęchalska* (s. 611–628). Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Yaruss J.S., Quesal R.W. (2004). Stuttering and the international classification of functioning, disability, and health (ICF): An update. *Journal of Communication Disorders*, 37 (1), 35–52.
- Yaruss J.S., Coleman C.E., Quesal R.W. (2011). Stuttering in School-Age Children: A Comprehensive Approach to Treatment. *Language, Speech and Hearing Services in School*, 43, 536–548.
- Wilmowska-Pietruszyńska A., Bilski D. (2013). Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia. *Niepełnosprawność – Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania*, 2 (7), 5–20.
- Węsierska K. (2014, wrzesień). *Zastosowanie modelu ICF w diagnozowaniu jękania*. Poster zaprezentowany podczas Międzynarodowej Konferencji Logopedycznej „Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka”. Katowice; www.konferencja-zpm.edu.pl.
- Węsierska K., Pakura M. (2015). Wsparcie dziecka z problemami w komunikowaniu się w środowisku szkolnym. *Wielkopolski Przegląd Logopedyczny*, 1(13), 29–40.
- Węsierska K., Krawczyk O. (2017). Wsparcie dziecka jękającego się w środowisku edukacyjnym W: K.I. Bieńkowska, A. Marczykowska, A. Mysza, red., *Głos – język – komunikacja 4. Funkcjonowanie społeczne dzieci z problemami komunikacyjnymi* (s. 13–30). Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- WHO (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD 10)*. Geneva.
- Włoch S., Włoch A. (2009). *Diagnoza całościowa w edukacji przedszkolnej i wczesnoszkolnej*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Woźniak T. (2017). Między dowodami a mitami. Zasady Evidence Based Practice w diagnozie i terapii osób jękających się (s. 629–640). W: G. Jastrzębowska, J. Góral-Półrola, A. Kozołub, red., *Neuropsychologia, neurologopedia i neurolingwistyka. In honorem Maria Pęchalska*. Opole.
- Woźniak T. (2018). Jękanie – pytania i odpowiedzi. W: L. Jankowska-Szafarska, B. Suligowska, R. Kara, K. Kupiec, red., *Życie z zacięciem. Integralny przewodnik po jękanii* (s. 15–29). Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.

## Streszczenie

W artykule podkreślono wagę przejścia od modelu medycznego, w którym chorobę ujmuje się przedmiotowo, do modelu biopsychospołecznego, tzn. podejścia bardziej relacyjnego, dotyczącego funkcjonowania danej osoby w społeczeństwie. Celem artykułu jest zdefiniowanie diagnozy funkcjonalnej oraz wskazanie na potrzebę dokonywania diagnozy funkcjonalnej dziecka jękającego się w wieku szkolnym przez zespół specjalistów (pedagoga, psychologa, logopedę itd.)



w celu rozpoznania jego indywidualnych potrzeb i zainteresowań, holistycznego poznania i zrozumienia różnych zakresów i przestrzeni jego funkcjonowania oraz wpływu środowiska. Głównym walorem takiego postępowania jest również kompleksowość wsparcia udzielanego uczniowi jęka-jącemu się. Wzbogacanie diagnozy funkcjonalnej o praktyczne możliwości Międzynarodowej klasyfikacji funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia ICF pozwala na ukazanie wpływu jękania na jakość życia dziecka jękającego się w wieku szkolnym oraz indywidualne dopasowanie działań terapeutycznych.

**Słowa kluczowe:** diagnoza funkcjonalna, jękanie, ICF, uczeń jękający się w wieku szkolnym

### Summary

The article emphasizes the importance of the shifting from the medical model of health, which views an illness in objective terms, to the biopsychosocial model, i.e. a relational approach concentrating on how people function in their communities. The aim of the article is to define functional diagnosis and support the idea that functional diagnosis of the school-age child who stutters should be made by teams of professionals (educators, psychologists, speech therapists, etc.) in order to determine the individual needs and interests of the children, as well as holistically recognising and understanding the different scopes and spaces in which they function, and to investigate relevant environmental factors. The key benefit of the approach is the comprehensive support received by the child who stutter. Enriching of Functional diagnosis with practical possibilities of International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) allows to describe the consequences of stuttering on the quality of life of a school-age child who stutters as well as his or her individual and individual adjustment during therapeutic activities.

**Key words:** functional diagnosis, stuttering, ICF, school-age child who stutters

## Wzmacnianie poczucia sprawstwa i samoakceptacji w terapii modyfikacji utrwalonego jąkania

Self-efficacy and acceptance in modification therapy for confirmed stutterers

Słowa są tylko wielkim zaproszeniem, by za nimi podążać, wypowiedzanym w horyzoncie tego, co niewypowiedziane i niewypowiadalne.

Małgorzata Opoczyńska (2018: 244)

W przestrzeni publicznej można spotkać refleksję Carla Rogersa, twórcy humanistycznego podejścia do psychoterapii, że zmieniać możemy tylko to, co najpierw zostanie przez nas zaakceptowane. Z miłym zaskoczeniem odnalazłam dokładny cytat w artykule odnoszącym się do tematyki jąkania: „osobliwym paradoksem jest, że mogę się zmieniać, kiedy zaakceptuję siebie takim, jakim jestem” (Rogers, 1961, cyt. za: Cheasman i in., 2015)<sup>1</sup>. Stanowić on będzie inspirację do niniejszych rozważań na temat sprawczości i akceptacji w terapii osób z tym zaburzeniem płynności mowy.

Chociaż jąkanie wymyka się jednoznaczny opisom i wyjaśnieniom, nie można się obejść bez prób przybliżania się do nich. Rozpocznę od spotkanego w literaturze przedmiotu ciekawego określenia dwóch wartości, które odpowiadają oczekiwanym celom jego terapii (Venkatagiri, 2009). Pierwszą z nich jest *płynność*, a drugą *wolność od potrzeby bycia płynnym*<sup>2</sup>. Stanowią one oryginalne określenie celów dwóch najbardziej znanych podejść terapeutycznych: podejścia nastawionego na *mówienie bardziej płynne (kształtowania płynności mowy)* oraz podejścia nastawionego na *jąkanie bardziej płynne (modyfikacji sposobu jąkania)*. Trzecim jest podejście zintegrowane, w którym dąży się do wydobywania z wymienionych wcześniej tego, co najlepsze, z przekonaniem, że w ten sposób osiągnie się najlepsze rezultaty w terapii osób jąkających się (Guitar, Peters, 2014). Chociaż będę koncentrowała się na sprawczości i akceptacji w odniesieniu do nurtu modyfikacji, wierzę, że praca nad samoakceptacją jest składnikiem współczesnych wersji wszystkich trzech podejść.

---

<sup>1</sup> W oryginale ang. *the curious paradox is that when I accept myself as I am then I change* [tłum. własne].

<sup>2</sup> Ang. *freedom from the need to be fluent* [tłum. własne].

Terapia w nurcie modyfikacji zmierza w kierunku zmniejszenia nasilenia jąkania i napięcia z nim związanego, dzięki czemu można wypowiadać się w sposób bardziej swobodny, chociaż nie całkiem płynny. Towarzyszy temu praca nad zmniejszaniem lęku przed mówieniem oraz zmianą negatywnego nastawienia do mówienia (Guitar, Peters, 2014). Cel modyfikacji dotyczy głównie jąkania wtórnego, czyli wymiaru, w jakim zaburzenie to wynika z wyuczonego niekorzystnego wzorca zachowania i przeżywania; jąkanie pierwotne pozostawia się natomiast procesom akceptacji. Zgodnie z teorią leżącą u podstaw tej koncepcji (Van Riper, 1990) jąkanie pierwotne wynika z zakłóceń koordynacji czasowej ruchów artykulacyjnych i polega na – niezależnym od woli mówiącego – chwilowym przeciąganiu głosek lub powtarzaniu sylab. Ze względu na swoje biologiczne uwarunkowania pozostaje ono niezmiennie w utrwalonym jąkanii. Toteż obszarem pracy terapeutycznej ma być jąkanie wtórne, które wytworzyło się w wyniku reakcji unikania lub walki z pierwotną niepełnością, na bazie negatywnych uczuć i postaw obecnych w środowisku osoby z jąkanii i/lub jej własnym wnętrzu. W terapii rozwijamy umiejętność konstruktywnego przewycięzania zająknięć, w opozycji do prób całkowitego wyeliminowania niepełności mowy.

Modyfikacja jąkania określana jest także jako „zarządzanie jąkaniiem” (*stuttering management*) (Prins i in., 2009). Inne słowa, które – w moim przekonaniu – także oddają jej istotę, to *modulowanie, regulowanie, przekształcanie czy przepracowanie*. Wszystkie odnoszą się do możliwości wpływu na jąkanie w tym jego wymiarze, który podlega zmianie. Dotyczy to zarówno strony behawioralnej, do której zaliczyć należy zachowania w trakcie zająknięcia, jak i strony poznawczo-emocjonalnej związanej z przekonaniem i stylem przeżywania. Kluczowa dla osiągnięcia tak rozumianego sukcesu w terapii wydaje się postawa akceptacji własnych doświadczeń także swoich niedoskonałości. Postawa akceptacji – w swej istocie – niweluje sens siłowego przewycięzania zająknięć.

Terapia oznacza aktywną **zmianę znaczenia** nadawanemu niepełności mowy, przywracając czy dopiero budując możliwie neutralny oddźwięk emocjonalny, który staje się podstawą łagodnego przechodzenia przez moment zająknięcia. Następuje tym samym zbliżenie postawy do tej, którą przyjmują osoby płynnie mówiące wobec przerw i zawahań płynności obecnych także w ich mowie. Rozwijanie odmiennych postaw i podważanie dotychczasowego, nawykowego nastawienia do mowy pomaga wyhamować odruchowe czy wyuczone zachowania związane z reakcjami walki lub ucieczki, które tworzyły spiralę narastania problemu. W trakcie modyfikacji trzeba działać świadomie, plastycznie dostosowując się do chwilowego ograniczenia płynności mowy, dostrzegając uprzednio możliwości wyboru stylu przechodzenia przez blok i korzystając z odkrytej w terapii zdolności jego modulowania.

Te dwa procesy – zmiana znaczenia nadawanego jąkaniiem oraz zmiana jego formy – wydają się wzajemnie wzmacniać, a kolejność ich wprowadzania w terapii oraz proporcje mogą być odpowiednio dostosowywane do indywidualnych potrzeb osoby jąkającej się. Skuteczność terapii w nurcie modyfikacji jąkania upatruje się

w redukcji napięcia i zmniejszaniu lęku (Prins i in., 2009). Klasyczny program terapii w nurcie modyfikacji jest aktualnie obudowywany szeregiem zadań terapeutycznych ułatwiających osiągnięcie głównego celu. Jednym z warunków jest praca poznawcza nad przerwaniem połączenia (ang. *break the link*) w świadomości klienta pomiędzy doświadczeniem jąkania a poczuciem utraty kontroli (Manning, 2001). Kolejnym uzupełnieniem staje się praca nad zmniejszeniem presji na płynność mowy jako ogólną postawą wobec komunikowania się. Istotnym warunkiem powodzenia w terapii wydaje się bowiem przerwanie innego połączenia, tym razem pomiędzy zaistnieniem jąkania, szczególnie w jego złagodzonej formie, a poczuciem utraty komunikatywności. Nawet okresowe jego nasilenie się, do którego może dochodzić w trakcie terapii i po jej zakończeniu, nie musi oznaczać nawrotu i porażki procesu terapeutycznego. O utrzymywaniu się poprawy decyduje, moim zdaniem, stabilne wewnętrzne przekonanie, że **komunikatywność nie znika w obecności jąkania** i osiągnięcie pewnej równowagi pomiędzy zmianą sposobu jąkania a tolerancją tego, co z niego pozostaje pomimo efektywnej pracy nad nim. Nadmiarowe znaczenie, jakie bywa przypisywane bezbłędnym technicznie wypowiedziom, wydają się niepotrzebnym ciężarem. Doświadczenia osób zrzeszonych w ruchu samopomocy wskazują, że trzymanie jąkania cały czas „pod kontrolą” wymaga ciągłej i niewygodnej na nim koncentracji. Wynika z tego potrzeba złożonego procesu terapii obejmującego zarówno rozwijanie stabilnego poczucia sprawstwa, jak i pracę nad samoakceptacją. Znaczenie tej ostatniej jako podstawy stabilności poprawy podkreślały osoby z doświadczeniem sukcesu w terapii jąkania (Cheasman i in., 2015).

## Sprawczość

Plan zarządzania jąkaniami nie jest jednak intuicyjnym podejściem; wręcz przeciwnie: rdzeniem i dominującym problemem w jąkanii jest przecież poczucie utraty kontroli nad mową w momencie jąkania. Osoby czują się tak, jakby działa się to w całości z przyczyn niezależnych od nich, jakby coś nagle *odbierało im mowę*, a potem ją odzyskiwały, by znów utracić w niedających się przewidzieć okolicznościach. Opisywane jest to w literaturze przedmiotu jako *uczucie utraty kontroli (loss of control)* (Tichenor, Yaruss, 2018). Zarekomendowanie osobie zmagającej się z takimi doświadczeniami podejścia modyfikacji, której bazą jest odkrycie i wykorzystanie możliwości wpływu na sposób mówienia, wydaje się początkowo zaskakujące i niedostępne. Osoba z jąkaniami uznaje wszak własne przekonania i zachowanie w trakcie bloku za obiektywne fakty, których doświadcza jakby z zewnątrz, niezależnie od siebie. W trakcie terapii jakościowe postrzeganie i przeżywanie momentu zająknięcia się powinno ulec zmianie. Terapia polega na stopniowym wypracowywaniu poczucia sprawstwa, gdy odkrywa się własną zdolność dokonywania innych wyborów, tzn. bardziej otwartego i konstruktywnego działania wobec problemu, któremu dotychczas towarzyszyło poczucie bezradności. Dąży się także do stanu,

w którym jąkanie przestaje determinować decyzje dotyczące funkcjonowania społecznego, a szczególnie obszaru komunikowania się (Manning, 2015). W praktyce terapeutycznej spotkałam się z takim ujęciem tej ostatniej kwestii: „Nie patrzę już na swoje jąkanie tak, jakby było ono przyczyną i skutkiem wszystkiego”.

Nie mogę w tym miejscu powstrzymać się od przywołania założeń obecnych w wielu nurtach psychoterapeutycznych. W psychoterapii także buduje się poczucie sprawstwa wobec kwestii, które do tej pory wydawały się poza możliwością świadomej kontroli. Przyjmuje się tym samym pewną odpowiedzialność za podjęcie ryzyka i skonfrontowanie się z trudem, jakim jest wdrażanie zmiany. Podczas każdego zmagania się z wyzwaniem trzeba nauczyć się znosić lęk, jaki początkowo będzie temu towarzyszył, i stopniowo odczulić się na ten lęk poprzez wielokrotny trening nowego, bardziej adaptacyjnego podejścia do problemów. Mówiąc językiem psychoterapii: odszczepione treści mają zostać ponownie włączone w poczucie „ja” i uregulowane (Mitchell, Black, 2017). W mojej ocenie ta spójność z ideami psychoterapii dodatkowo wzmacnia siłę terapii jąkania w nurcie modyfikacji.

Warunkiem wstępnym jest zaciekawienie tym podejściem i chęć podjęcia ryzyka, cenne będzie wzbudzenie w sobie gotowości do podważenia dotychczasowego sposobu myślenia i przeżywania problemu jąkania oraz nadziei na wydobycie się z tych kolein. Motywację do działania i sprawczość buduje się dopiero w trakcie procesu terapeutycznego. W początkowych fazach terapii osoba z jąkanem rozwija w sobie umiejętność samoobserwacji, uczy się refleksji zastępującej automatyczną reakcję, najpierw odraczając, a potem wyhamowując to, jak działała dotychczas. Dzięki interwencji terapeuty daje sobie czas, aby określić czego racjonalnie, zgodnie z prawidłami fonetyki potrzebuje do wypowiedzenia danej głoski, i świadomie planuje konstruktywne działania w celu przezwyciężenia bloku. Ma szansę przekonać się, że dotychczasowe, nawykowe zachowania (walka lub unikanie) zapewniają krótkotrwałą ulgę przebrnięcia przez kryzys, ale za cenę długotrwałego podtrzymywania sytuacji wywołującej lęk. Daje to możliwość dostrzeżenia, że zachowania wyuczone po to, aby pokonać budzącą niepokój nie płynność mowy są przyczyną tych samych negatywnych uczuć i doświadczeń, a nawet trudniejszych, co z kolei uzasadnia zastosowane wcześniej metody walki lub ucieczki. W terapii przerywamy to błędne koło. Skutecznym, chociaż uznawanym często przez osoby jąkające się za niezwykle trudny sposób pracy nad przezwyciężeniem tego nawyku, jest włączanie dobrowolnego, łagodnego jąkania do spontanicznych wypowiedzi. W krótkiej perspektywie wymaga to dodatkowego wysiłku i przełamania się, zarazem jednak w dłuższej perspektywie zwiększa szansę na przezwyciężenie uporczywego, niekorzystnego stylu funkcjonowania. W kolejnych etapach terapii przepracowuje się reakcję behawioralną oraz negatywną odpowiedź emocjonalną wobec momentów zahamowania płynnej wypowiedzi. U osób z zaawansowanym jąkanem obawy z nim związane często bywają generalizowane na całość mowy i określane jako logofobia (lęk przed wypowiedzaniem się). Celem jest, aby zastąpić nawykową reakcję walki z nie płynnością lub unikania bardziej adaptacyjnym zachowaniem – spokojnym i wy-

ważnym. Nie dąży się jednocześnie do całkowitego wyeliminowania niepełności, uznając te próby za przeciwno skuteczne i wręcz blokujące pożądane efekty. Poczucie sprawczości przeplata się więc z akceptującą postawą wobec niedoskonałości w mowie, tworząc złożoną całość.

Ważne jest uznanie trudu tej pracy, zarówno przez osobę z jękaniami wraz z jej rodziną, jak i przez samego terapeutę: docenienie odwagi, jakiej wymaga, i determinacji. Niezbędne jest wycofanie nawyku wewnętrznego krytyka i tendencji do samoobwiniania się w przypadku porażek, jakie mogą się zdarzać. U źródeł takiej postawy leży m.in. poczucie społecznej stygmatyzacji powiązane z negatywnym stereotypem osoby jękanącej się, a także proces autostygmatyzacji (Boyle, 2013). To ostatnie polega na nadmiernie samokrytycznym stylu myślenia i przeżywania samego siebie. Doświadczając cierpienia w związku z jękaniami, osoby mogą dodatkowo negatywnie oceniać samych siebie, uznając posiadane trudności za wyraz swojej nieudolności czy słabości charakteru. Przepracowanie tej sfery może wymagać uzupełnienia terapii logopedycznej o elementy psychoterapii. Szczególnie ważne wydaje się to w początkowym okresie terapii, ale także i podczas późniejszych etapów terapii, kiedy pomimo ewidentnych sukcesów w nabywaniu kontroli nad jękaniami osoby mogą wciąż konfrontować się z epizodami nasilania niepełności. Owe nawroty nie oznaczają niepowodzenia całego procesu terapii, stanowią jedynie o jego specyfice polegającej na tym, że pewne silnie utrwalone objawy nie znikają całkowicie, zmieniają jedynie swoją formę i intensywność. W pierwszym odruchu może to frustrować podobnie jak samo jękanie. Dlatego tak ważne jest – postulowane w wielu współczesnych podejściach do terapii jękania – uzupełnianie strategii pracy nad mową o pracę nad akceptacją. Dopiero równoległe oddziaływanie w obu tych obszarach stanowi o stabilności poprawy (Yaruss, 2012). Skuteczne, chociaż nie stuprocentowe zarządzanie jękaniami i akceptacja niedoskonałości mogą się wzajemnie przeplatać i wzmacniać efekty procesu interwencji terapeutycznej. W terapii należy starać się odkryć właściwą ich proporcję dla każdej osoby, tak aby całość była zgodna z jej osobowością, aby pozwalała jej posługiwać się własnym sposobem komunikacji, spójnym ze stylem życia. Można opisać to słowami modyfikacja „szyta na miarę”.

## Akceptacja

Akceptację skłonności do jękania, zintegrowanie jej jako cechy swojego stylu mówienia postrzegam jako zadanie na dalsze etapy terapii. Moje własne doświadczenie terapeutyczne przekonuje mnie do tezy, że jękanie musi zostać najpierw w jakiejś mierze przetworzone w terapii (indywidualnie w sposób dopasowany do konkretnej osoby), zanim ma szansę poddawać się procesowi samoakceptacji i być uznanym za cechę sposobu mówienia danej osoby. Często potrzebna jest najpierw bezpośrednia praca nad symptomami fizycznymi, aby udało się wytworzyć chociaż

częstkę poczucia sprawstwa w miejsce dotkliwie przeżywanego do tej pory poczucia bezsilności. Zbyt szybkie wprowadzenie w terapii idei akceptacji jąkania mogłoby być odebrane jako dysonans polegający na podważeniu przez terapeutę prawdziwości doświadczeń, z którymi klient zwraca się do terapeuty, wszak szuka on pomocy w związku z cierpieniem związanym z jąkaniem. Okazałoby się wówczas przeciwieństwem empatii albo zachętą do zaprzeczenia problemowi, który to mechanizm mógłby zostać łatwo zdemaskowany w trudnych sytuacjach społecznych. Gdy jednak przyjdzie odpowiedni moment w terapii, kwestia akceptacji staje się kluczowa dla stabilności poprawy. Jej znaczenie określił jeden z moich pacjentów jako: „taki naprawdę podstawowy element, pierwszy krok” prowadzący do doświadczenia ulgi. Po kilku miesiącach terapii doszedł do przekonania, że dopiero właśnie ten czynnik umożliwia pracę nad szczególnie trudnymi aspektami zachowania i emocji w trakcie silnego zająknięcia. Postanowił obniżyć swoją nadmiernie rozbudowaną potrzebę kontroli, uznając ją za niepotrzebny hamulec. Dopiero, gdy zaakceptował sam fakt, że najprawdopodobniej nie osiągnie nigdy pełnej płynności mowy, odczuł siłę i spokój, które pozwoliły mu na kontynuację efektywnej pracy nad problemem jąkania. Okazało się, że ta zgoda na niedoskonałość dała mu energię, pobudzając proces twórczy; wyzwoliła z ciągnącego uczucia frustracji.

Scott Yaruss (2012) opisuje tak pojmovaną akceptację jąkania jako swoisty *rozejm z jąkaniem*, stan, w którym zaburzenie po prostu nie przeszkadza tak bardzo jak kiedyś. Akceptacja może także oznaczać szerszą postawę np. w *mindfulness* (terapii opartej na uważności) jako bycie świadomym tego, co się aktualnie dzieje, oraz ogólne podążanie za tym, co jest, dobrowolnie przyjmując postawę otwartą, elastyczną i pozbawioną osądzania w stosunku do każdego doświadczenia chwili obecnej. Takie techniki obecne są w terapii *akceptacji i zaangażowania* (ACT), opracowanej przez Hayesa, którą od pewnego czasu z powodzeniem wykorzystuje się w terapii osób z jąkaniem (Palasik, Hannan, 2013). Warto podkreślić, że ta nowa fala psychoterapii poznawczo-behawioralnej została uznana za metodę terapii opartą na dowodach w odniesieniu do wielu zaburzeń związanych ze zdrowiem psychicznym, a jej skuteczność została przebadana w ponad 100 randomizowanych badaniach (Cierpiałkowska, Sęk, 2018).

W terapii ACT akceptacja nie jest jedynie celem samym w sobie, współistnieje z działaniem, jeżeli okaże się dostępne. Nie oznacza rezygnacji z wysiłku, poddania się czy braku ambicji. **Akceptacja w terapii nie oznacza nigdy niezmienniania tych sytuacji, które dają się zmienić** (Hayes i in., 2013). Zakłada także możliwość, że zmiana może też doprowadzić do takiej postaci problemu, którego dalej zmienić się nie da, pozostawiając tę jego strefę procesom akceptacji. Dopuszcza też wahania poziomu akceptacji, uznając, że nigdy nie będzie bezbłędna. W moim przekonaniu terapia ACT szczególnie odpowiada idei pracy nad jąkaniem w nurcie modyfikacji, chociaż jest rekomendowana jako propozycja pasująca również do technik kształtowania płynności mowy (Cheasman i in., 2015). Takie podejście to nadzieja na odnalezienie wspólnych elementów w tych dotychczas często wykluczających się nurtach terapii.

Pomimo odruchowego sprzeciwu, jaki wiąże się z tematem akceptacji problemów, doświadczenie w terapii oraz doświadczenia kilkudziesięciu lat działania ruchu samopomocy osób jękających się wskazują, że człowiek wzmacnia się przez przyzwolenie sobie na niedoskonałość; zgoda na nią bardziej pobudza do działania niż oczekiwanie od siebie doskonałości czy usilne dążenie do niej. Akceptacja jękania rozumiana zgodnie z opisaną wyżej koncepcją terapeutyczną nie stanowi oznaki bezradności terapeuty ani ideologii, szczególnie tej w negatywnym sensie tego słowa, chociaż można spotkać w literaturze także inne podejście (por. Tarkowski, Okrasińska, 2018). Nie oznacza bierności czy rezygnacji z wysiłku pracy nad sobą, ale działanie w ramach możliwości poddanych pewnym ograniczeniom. Oznacza ideę terapii opartą na rzeczywistości takiej, jaka jest w utrwalonym jękaniu. Jeżeli trwa ono wiele lat i zostało wplecione w styl funkcjonowania osobowości, raczej nikłe są szanse, aby zanikło w całości. Zamiast więc dążyć do uzyskania pełnej płynności mowy, która bywa w nieuprawniony sposób rozumiana jako synonim sukcesu w życiu, można poświęcić energię – uwolnioną dzięki procesom akceptacji na zdobywanie bardziej konstruktywnych celów. Idea akceptacji w jękaniu przypomina tym samym słynny tekst przypisywany Markowi Aureliuszowi. Tekst nazywany *Modlitwą o pogodę ducha* wskazuje wartość tego, aby umieć godzić się z tym, czego zmienić nie można, mieć odwagę, aby zmieniać to, co zmienić można; i poszukiwać mądrości pozwalającej odróżnić jedno od drugiego.

Ta perspektywa wydaje się także użyteczna w terapii dzieci jękających się oraz wspieraniu ich rodziców, chociaż w nieco innym wymiarze. Tutaj polega raczej na tym, aby pomagać dzieciom budować pozytywną samoocenę oraz poczucie kompetencji komunikacyjnych, które będą stabilne także w obliczu pewnych rozczarowań (Schneider, 2017).

## Postawa terapeuty

Bliski mi nurt humanistyczno-egzystencjalny w psychoterapii podkreśla, że relacja terapeuty z pacjentem w powinna opierać się na autentycznej współpracy. Chociaż terapeuta, dysponując specjalistyczną wiedzą i umiejętnościami, w szczególności niesie w sobie nadzieję na poprawę czy rozwiązanie problemu, to proces terapii wymaga aktywnego udziału klienta, pozostawienia miejsca dla jego samodzielnej pracy i realizacji własnych pomysłów. Powinien dopuszczać, a często nawet promować poszukiwanie przez niego indywidualnych rozwiązań, przecierając niezbadane dotychczas ścieżki. Pięknie zostało to ujęte w zdaniu: „Pacjent i terapeuta są towarzyszami podróży. I nieraz bywa, że ten pierwszy dostrzega w tej podróży ożywczy dla siebie widok, który zupełnie umknął oczom tego drugiego” (Yalom, 2018: 361).

Warunki wstępne wszelkiej skutecznej pracy terapeutycznej ze strony terapeuty to empatia, spójność i akceptacja. Stanowią podstawę, na której według Carla



Rogersa można dopiero zbudować skuteczne interwencje terapeutyczne (Thorne, 2006). Empatia oznacza według Rogersa gotowość i zdolność terapeuty do wkroczenia bez lęku w świat swojego klienta, gruntowne poznanie go i wczuwanie się w przeżywane przez klienta uczucia. Kluczowe jest to, aby nie powielał tych uczuć. Innymi słowy, aby potrafił patrzeć bez uczucia paniki na to, co dla klienta jest przerażające, dostrzegając możliwe drogi radzenia sobie. Empatia jest sama w sobie potężnym czynnikiem uzdrawiającym, ponieważ według Rogersa utwierdza i przywraca osobę do ludzkiej społeczności – jeżeli osoba może być zrozumiana, to znaczy, że jest dla niej miejsce. Spójność natomiast to harmonia między sposobem ekspresji samego siebie i wewnętrznym obrazem Ja niezbędnym, aby przekaz miał szansę być właściwie odebrany.

Terapeuta przekazuje wartości poprzez ich realizację. Dlatego tak ważne jest odczucie się na jąkanie jako ważna umiejętność terapeutyczna nabywana w procesie kształcenia logopedów, tak aby mogli z przekonaniem prezentować spokojną i neutralną emocjonalnie postawę wobec tego zaburzenia, uważnie słuchać i swobodnie operować celowym jąkaniem (tzw. pseudojąkaniem). W fazie desensytyzacji terapeuta może służyć jako lustro, w którym osoba z jąkaniem widziałaby swoje własne myślenie i zachowanie ze wszystkimi jego nieforemnościami, po czym z jego pomocą pracowałaby nad jego uporządkowaniem. W kolejnych fazach terapeuta wzmacnia korektywne doświadczenia świadczące o rosnącej możliwości wpływu na jąkanie. Zauważa i podkreśla każdy jej przejaw, aktywnie wspierając zbiór doświadczeń, aby w końcu przeważał dotychczasowy ciężar wspomnień o bezsilności wobec jąkania.

Chciałabym zwrócić w związku z tym uwagę na jeden z ważnych aspektów procesu terapii, mianowicie na akceptację inności. Określana bywa także jako *dialog z Innym*, oznaczając umiejętność uznania odrębnej podmiotowości drugiej osoby (Opoczyńska, 2018). Spojrzenie terapeuty na pacjenta nie powinno zamykać go w zamkniętym obrazie, pozostając uważnym na jego unikalną opowieść. Najbardziej pojemne spojrzenie na terapię, które można odnieść także do problemu jąkania, odnalazłam w podejściu integrującym różne szkoły, także z elementami filozofii (Opoczyńska, 2018). Zostało określone jako ruch – najpierw od stanu niemożliwego do objęcia (gdy pacjent przychodzi z poczuciem bezradności wobec problemu), poprzez osiągnięcie stanu możliwego do objęcia (gdy osoba zaczyna głębiej rozumieć problem, poszerza swoje spojrzenie, dostrzegając nowe możliwości zachowania i myślenia o problemie, i zaczyna je wprowadzać w swoje życie). Końcowym etapem zaś jest ponowne dotarcie do pewnej niewiadomej, kiedy oprócz możliwości zmian dostrzega ich ograniczoność, pewne niedomknięcia, których nie da się rozwiązać do końca i które – jako niedoskonałe – należy pozostawić procesom integracji, akceptacji. Najgłębszy cel psychoterapii określony został w sposób poetycki jako: „I siebie, niezrozumiałego do końca, do siebie przygarnąć” (Opoczyńska, 2018: 247).

W trakcie procesu terapii osoba z jąkaniem i terapeuta muszą także doświadczyć granic wzajemnego porozumienia. Paradoksalnie, do takiego etapu dochodzi się do-

piero po długiej drodze dzielenia się doświadczeniem, opowiedzeniu wielu historii i cierpliwym odczytaniu znaczenia każdej z nich. Terapeuta najpierw powinien towarzyszyć przy uwalnianiu z negatywnych wspomnień i pomagać je integrować jako część indywidualnej drogi życia z jękaniem oraz konfrontować z aktualnym doświadczeniem, w którym dostępna jest szersza perspektywa jego rozumienia i radzenia sobie z nim. Ponieważ jednak nigdy nie uda się zamknąć jękania w obrazie obejmującym jego wszystkie aspekty, dochodzi się na koniec do konkluzji, że „nawet jeżeli opowiadanie wydaje się książką, pełno w niej białych, niezadrukowanych stron” (Opoczyńska, 2018: 228). W takim prawdziwym spotkaniu dwóch osób obecna jest akceptacja inności jako konieczny punkt wyjścia.

## **Sprawczość i akceptacja – podsumowanie**

W terapii osoba uczy się traktować swoje problemy i ograniczenia z mniejszym samokrytycyzmem. Zamiast atakować siebie, stara się zmienić to, co zmienić można, oraz rozwija umiejętność samoakceptacji, pocieszania siebie w sytuacji, gdy czegoś zmienić się nie da. Początkowo pracujemy nad przezwyciężeniem poczucia bezradności i utraty kontroli, stopniowo docierając do posiadanych przez osobę możliwości wpływu na sposób zachowania i myślenia o jękaniu, do których wcześniej nie miała ona dostępu. Praktyka modyfikacji okazuje się jednak niedoskonała w obliczu oczekiwań, z jakimi początkowo pacjent do nas przychodzi, bo chociaż sukces w terapii modyfikacji umożliwia skuteczną i swobodną komunikację, pozostaje tendencja do jękania. Modyfikowane bloki, chociaż znacznie łagodniejsze, także są zauważalne, a w niektórych, szczególnie trudnych emocjonalnie sytuacjach dostęp do ich regulacji okazuje się dość ograniczony. Nie oznacza to jednak porażki procesu terapii, a jedynie jej ograniczoną naturę. Dochodzimy na koniec do etapu akceptacji niedoskonałości jako wymiaru kondycji ludzkiej. Prawdziwą sztuką jest umiejętność zadowalania się przybliżeniami do idealnego efektu i chęć kontynuowania tej konstruktywnej pracy pomimo braku ostatecznych czy zawsze tak samo dobrych osiągnięć. Dzięki temu można zachować wcześniejsze wartości i oczekiwania, ale stać się mniej rygorystycznym i bardziej wyrozumiałym dla ludzkich słabości zarówno w sobie, jak i w innych.

Ten wymiar terapii może stanowić o jej największym trudzie, ale jednocześnie o tym, że nigdy nie będzie to czas stracony. Terapia jękania w nurcie modyfikacji, rozumiana jako osiągnięcie równowagi pomiędzy sprawczością a samoakceptacją, stanowi jednocześnie pracę nad rozwojem osobistym.

## Bibliografia

- Boyle M.P. (2013). Assessment of stigma associated with stuttering: Development and evaluation of the self-stigma of stuttering scale (4S). *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 56, 1517–1529.
- Cierpiąłkowska L., Sęk H. (2018). *Psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN.
- Cheasman C., Simpson S., Everard R. (2015). Acceptance and speech work: the challenge. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 193, 72–81.
- Hayes S.C., Smith S. (2014). *W pułapce myśli. Jak skutecznie poradzić sobie z depresją, stresem i lękiem*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Hayes S.C., Strosahl K.D., Wilson K.G. (2013). *Terapia Akceptacji i Zaangażowania. Proces i praktyka ważnej zmiany*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Guitar B., Peters T.J. (2014). *Dobór metod terapii jękania. Przewodnik dla logopedów*. Katowice: Centrum Logopedyczne.
- Manning W. (2001). *Clinical Decision Making in Fluency Disorders*. San Diego CA: Singular Thomson Learning.
- Manning W. (2015). Odnaleźć własną drogę bez pomocy profesjonalistów. W: S.B. Hood, red., *Jękanie – eksperci radzą. Z doświadczeń własnych i zawodowych 28 specjalistów* (s. 143–149). Katowice: Centrum Logopedyczne.
- Mitchell S.A., Black M.J. (2017). *Freud i inni. Historia współczesnej myśli psychoanalitycznej*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Opczyńska M. (2018). *Dialog Innych albo inne monologi*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Palasik S., Hannan J. (2013). The Clinical Applications of Acceptance and Commitment Therapy with Clients Who Stutter. *Perspectives on Fluency and Fluency Disorders*, 23, 54–69.
- Prins D., Ingham R. (2009). Evidence-based treatment and stuttering – historical perspective. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 52, 254–263.
- Rogers C. (1961). *On Becoming a Person. Therapist's View of Psychotherapy*. Boston, MA: Houghton Mifflin Company.
- Schneider P. (2017). *Moje dziecko się jąka – co mogę zrobić? Poradnik dla rodziców i opiekunów dzieci jękających się*. Katowice: Centrum Logopedyczne.
- Tarkowski Z., Okraśńska A. (2018). Terapia jękania w ujęciu systemowym. W: A. Domagała, U. Mirecka, red., *Metody terapii logopedycznej* (s. 597–626). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Thorne B. (2006). *Carl Rogers*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Tichenor S., Yaruss J.S. (2018). A phenomenological analysis of the experience of stuttering. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 27, 1180–1194.
- Van Riper Ch. (1990). Final Thoughts about Stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 15, 317–318.
- Venkatagiri H.S. (2009). What do people who stutter want – fluency or freedom? *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 52, 500–515.
- Yalom I. (2018). *Stając się sobą. Pamiętnik psychiatry*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Yaruss Y. (2012). What does it mean to say that a person „accepts” stuttering? W: P. Reitzes, D. Reitzes, red., *Stuttering: Inspiring stories and professional wisdom* (s. 179–188). Chapel Hill, NC: StutterTalk Publication.

## Streszczenie

W artykule podjęto próbę zgłębienia zagadnienia poczucia sprawstwa i pracy nad akceptacją w odniesieniu do nurtu modyfikacji jąkania. Te dwa procesy przedstawione zostały jako wzmacniające się nawzajem. Poczucie sprawstwa jest tu rozumiane jako budowanie poczucia wpływu na sposób jąkania oraz sposób myślenia i przeżywania emocji z tym związanych. Istotne jest, że poczucie wpływu na sposób jąkania dotyczy zmian, które są możliwe do uzyskania, czyli zmniejszenia nadmiernego napięcia, dodatkowych ruchów czy unikania trudnych słów. Odbywa się to w opozycji do prób osiągnięcia całkowicie płynnej mowy. Procesy akceptacji rozumiane są natomiast jako tolerancja niedoskonałości, docenienie wartości wysiłku i chęć kontynuacji wysiłku, nawet jeśli nie przynosi pełnej skuteczności. Autorka odwołuje się do stylu myślenia proponowanego m.in. w nurcie Terapii Akceptacji i Zaangażowania – ACT. W ostatniej części artykułu poruszona została tematyka znaczenia odpowiedniej relacji terapeutycznej, w której kładzie się nacisk na uznanie samodzielnej aktywności klienta oraz otwartość na jego indywidualną drogę radzenia sobie z jąkaniem. W artykule czytelnik znajdzie również odniesienia do procesu psychoterapii.

**Słowa kluczowe:** jąkanie, terapia w nurcie modyfikacji, poczucie sprawczości, akceptacja, komunikacja terapeutyczna, *Terapia akceptacji i zaangażowania* (ACT)

## Summary

This paper is an attempt to take in insight into the issues of the sense of agency and working on self-acceptance with relation to stuttering modification therapy. These two processes are presented as mutually strengthening each other. The sense of agency is understood here as building the sense of influence on the way of stuttering and on the way of thinking and feeling about this problem. It is essential that the sense of influence on the way of stuttering concerns changes that are attainable, that is reducing excessive tension, additional movements or avoiding difficult words. It occurs in opposition to attempts of achieving completely fluent speech. In turn, the processes of self-acceptance are understood as tolerance for imperfection, appreciation of the value of effort and willingness of continuing to make effort even if it is not completely efficient. This way of thinking matches for instance *the Acceptance and Commitment Therapy* (ACT). In the last part, we raise the issue of therapeutic relation, where emphasis is put on recognition of the client's autonomous activity and on openness to his or her own individual way of coping with stuttering. Some references to the process of psychotherapy are present as well.

**Key words:** stuttering, stuttering modification approach, self-efficacy, acceptance, therapeutic communication, *The Acceptance and Commitment Therapy* (ACT)



## **Budowanie relacji terapeutycznej w terapii jąkania – kompetencje i umiejętności balbutologopedy**

Developing the therapeutic relationship during treatment of stuttering – competences and skills of the Speech Language-Therapist – fluency specialist

### **Wprowadzenie**

Jąkanie się jest zespołem zjawisk, jest zaburzeniem płynności mówienia, w którym występują symptomy opisywane na różnych poziomach: komunikacyjnym, psychicznym i neurofizjologicznym. Na poziomie komunikacyjnym przejawia się ono w blokowaniu, przeciąganiu i powtarzaniu dźwięków. Na poziomie psychicznym obecna jest świadomość tych niepłynności oraz różnorakie reakcje będące ich konsekwencją: unikanie, lęk, przewidywanie. Na poziomie neurofizjologicznym podstawowym objawem jest zwiększone napięcie mięśniowe w obrębie narządów mowy (Woźniak, 2017). Z przytoczonej definicji wynika, że jąkanie jest zjawiskiem wieloaspektowym i obejmuje ciało, emocje, umysł i duszę osoby, u której występuje. Terapia tego zaburzenia komunikacji językowej wymaga więc od logopedy szerokiej wiedzy, szczególnych kompetencji i umiejętności wykraczających poza techniki upłynniania mowy czy ćwiczenia oddechowe.

Jest wiele postulatów, by proces terapii opierać na dowodach empirycznych zarówno w terapii jąkania, jak i psychoterapii. Analiza wyników badań naukowych pokazuje, że jedną ze zmiennych istotnych dla efektów leczenia jest relacja terapeutyczna (Sass-Stańczyk, Czabała, 2015). Cechy osobowe terapeuty czy jakość relacji terapeutycznej mogą determinować skuteczność terapii nawet do 22% (Wampold, 2001). Relacja terapeutyczna to „poczucie więzi – coraz częściej postrzegane nie tylko poprzez wzajemne, emocjonalne zaangażowanie, ale także wspólny, intelektualny wysiłek” (Sass-Stańczyk, Czabała, 2015: 6). Jerzy Aleksandrowicz tak opisuje aspekty relacji terapeutycznej: „dochodzi do realnego zaangażowania opartego – z jednej strony na zainteresowaniu terapeuty pacjentem [...], z drugiej strony pacjent angażuje swoje nadzieje i obdarza terapeutę szacunkiem” (Aleksandrowicz, 2000: 36). Badania relacji terapeutycznej (Plexico, Manning, DiLollo, 2010; Sass-Stańczyk, Czabała, 2015) pokazują, jakie cechy i kompetencje terapeuty wpływają na skuteczność terapii. Skuteczni terapeuci budują produktywną relację terapeutyczną ze swoimi

klientami (sojusz terapeutyczny) (Wampold, 2001) i posiadają wiedzę na temat natury jąkania i jego leczenia (kompetencje terapeuty) (Botterill, 2011). Na jakość sojuszu terapeutycznego wyraźnie wpływa styl dyskursu zachodzącego pomiędzy klientem a terapeutą, w tym kluczowe jest uważne i refleksyjne słuchanie tego, co mówi klient. 19 na 28 osób biorących udział w badaniu uznało uważne słuchanie za istotny czynnik wpływający na efektywność terapii osób jękających się (Plexico, Manning, Di Lolo, 2010). Ważne jest postrzeganie klienta jako osoby posiadającej mądrość do samodzielnego podejmowania decyzji. W nawiązaniu silnej relacji terapeutycznej pomocne są: okazywanie zrozumienia, akceptacji i współczucia, wrażliwość, otwartość, uważność i brak osądzania (Plexico, Manning, Di Lolo, 2010; Manning, 2012; Sass-Stańczyk, Czabała, 2015).

Terapeuta mowy to zawód stosunkowo nowy. Badania mówią, że logopedzi zarówno w Polsce, jak i na świecie, po ukończeniu edukacji przygotowującej ich do pracy w zawodzie logopedy nie czują się odpowiednio przygotowani i kompetentni do podjęcia terapii jąkania (Botterill, 2011; Jastrzębowska-Jasińska, 2018). Z programu podyplomowych studiów logopedycznych w Polsce wynika, że zajęcia dotyczące jąkania obejmują od 14 do 35 godzin. Brak jest danych, czy uczelnie prowadzą zajęcia dotyczące budowania relacji terapeutycznej, której jakość, jak wiemy z badań, ma kluczowe znaczenie w skuteczności podejmowanych działań terapeutycznych.

## Styl prowadzenia rozmowy terapeutycznej

Zmiana wzorców postrzegania relacji terapeutycznej w logopedii z podejścia hierarchicznego typu klient – specjalista na bardziej partnerskie może w znaczący sposób zmienić prowadzenie terapii (Botterill, 2011). Logopeda z osoby będącej „guru”, która wie wszystko najlepiej, przekształca się w partnera osoby poszukującej pomocy i uznaje, że to właśnie ona jest specjalistą od swojego życia.

Konsekwencją powyższej zmiany jest taki styl prowadzenia rozmowy, który służy wzmocnieniu u rozmówcy jego własnej motywacji do zmiany, znany pod nazwą *dialogu motywującego*. Autorzy tego pojęcia (Miller, Rollnick, 2014) podkreślają, że stosowanie dialogu motywującego polega nie tylko na używaniu pewnych technik, sformułowań czy pytań. Podkreślają oni, że podstawą stosowania tej metody jest głęboki szacunek do drugiego człowieka i postawa etyczna oparta na wartościach, które przedstawiono poniżej:

- Partnerstwo i świadomość terapeuty

Rozmowa z osobą szukającą pomocy przypomina „raczej taniec niż zapasy” (Miller, Rollnick, 2014: 36). Partnerski charakter relacji oznacza, że terapeuta winien być stale wyczulony na to, co sam wnosi do relacji, a co wnosi do niej klient. Spotykają się w tej relacji dwie zupełnie inne, odrębne osoby, które mogą różnić się emocjami, postawami i przekonaniami na temat życia, zmiany, celów terapii, wartości. Jako element niezbędny w terapii, także w terapii mowy, uznać należy

samoświadomość terapeuty. Warto, by miał świadomość swoich emocji i uczuć w procesie terapeutycznym, ale także swoich wartości i przekonań.

- Akceptacja

Terapeuta uznaje wartość i potencjał każdego człowieka. Przyjmuje, że nie on jest osobą, która ma dokonywać oceny, kto zasługuje na szacunek, a kto nie. Terapeuta przejawia aktywne zainteresowanie drugą osobą, jej światem, punktem widzenia. Naprawdę jest jej ciekawy. Szanuje jej autonomię i prawo do decydowania o sobie przez klienta, uznaje jej wolną wolę. Wymaga to porzucenia iluzji, że można nakłonić kogoś do zmiany. Jest więc rzeczeniem się władzy, której i tak nigdy jako terapeuci nie mieliśmy (Miller, Rollnick, 2014). Podczas drugiej edycji Międzynarodowej Konferencji Logopedycznej na Uniwersytecie Śląskim w Katowicach (Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka) w roku 2016 mówiła o tym Jane Harley z Centrum im. Michaela Palina w Londynie. Wyznała, że dla niej ideałem byłoby, aby rodzina, która przeszła terapię jąkania, po jej zakończeniu zapomniała nazwisko terapeuty i uznała, że zmiana, której dokonała, jest całkowitą jej zasługą. Aby rodzice uważali, że sami wymyślili rozwiązanie i przeprowadzili zmianę, dzięki czemu odzyskali swoją moc i pewność, że są najlepszymi rodzicami dla swojego dziecka.

Akceptacja terapeuty wyraża się także poprzez poszukiwanie i potwierdzanie mocnych stron i wysiłków osoby, z którą pracuje.

- Współczucie

Rozumiane jest tutaj nie jako cierpienie wraz z drugą osobą, ale raczej aktywne wspieranie dobra innej osoby. Oznacza to, że potrzeby klienta są na pierwszym miejscu – nie zaś potrzeby osoby niosącej pomoc. Czasem u terapeuty może się pojawiać potrzeba bycia kompetentnym i chęć, by zmiana i poprawa samopoczucia klienta została poczytana jako jego zasługa. Tylko samoświadomość pozwala terapeucie unikać takich pułapek.

- Wywoływanie

W terapii mowy logopedzi spotykają się także ze zjawiskiem oporu. Może on przejawiać się między innymi poprzez niewywiązywanie się z umów, unikanie kluczowych dla procesu terapii tematów lub zapominanie o umówionych spotkaniach lub zadaniach. Zwykle za takimi zachowaniami stoją niewyrażone emocje – wstyd, lęk, złość. W czasie terapii ma miejsce rozmowa na temat ambiwalentnych uczuć wobec zmiany, które zazwyczaj występują u osoby szukającej pomocy, i podążanie za jej oporem. Terapeuta stoi na stanowisku, że wszystko, czego ta osoba potrzebuje, ma już w sobie. Terapia wspomaga naturalny proces zmiany, a motywacja do zmiany nie jest dostarczana z zewnątrz, ale występuje u osoby, która przychodzi i wykazuje gotowość do wejścia w relację terapeutyczną. Rolą terapeuty jest pomoc w ujawnieniu motywacji i wydobyciu wszystkich wątpliwości związanych z wprowadzeniem zmiany. Sposób rozmowy może wzmacniać opór przed zmianą, ale może także pomagać zrozumieć własne emocje, motywy konkurencyjne i dylematy.



## Kluczowe umiejętności terapeuty

Wielu autorów (Jeziorczak, Węsierska, 2011; Tarkowski, 2005; Węsierska, 2015) wspomina o rosnących wyzwaniach, jakie stawiają przed logopedą nowe metody terapii jąkania. Jeśli logopeda chce być skuteczny, nawiązanie partnerskiej relacji terapeutycznej wydaje się nieodzowne. Logopeda powinien znać samego siebie – mieć świadomość swoich uczuć, myśli, przekonań, wartości, posiadać duże kompetencje interpersonalne i komunikacyjne, podchodzić kreatywnie do rozwiązywania problemów, a ponadto cechować się empatią, wrażliwością oraz gotowością do pomagania innym ludziom. Te wymagania często są dla logopedów źródłem frustracji, ponieważ programy studiów logopedycznych nie przewidują przygotowania ich do pracy w tym zakresie. Często brak im wiedzy na temat własnego funkcjonowania psychoemocjonalnego i interpersonalnego. Nie znają własnego stylu wchodzenia w kontakt z osobą zgłaszającą się po pomoc oraz swojego stylu komunikowania się w relacji terapeutycznej. Często przeżywają dużo lęku, niepokoju i boją się, że mogliby popełnić błąd lub nie sprostać pokładanym w nich nadziejom (Dell, 2008). Poczucie niekompetencji w tym zakresie, szczególnie u logopedów o krótkim stażu pracy, owocuje niepodejmowaniem się pracy z jękającymi się dziećmi i ich rodzicami, młodzieżą i dorosłymi. Skupiają się na tym, czego im brak, czego nie potrafią, rzadziej uświadamiając sobie i doceniając posiadane już umiejętności, zdolności i mocne strony w pracy z dzieckiem i rodziną.

Wiele umiejętności i technik terapeutycznych przeszczepionych z psychoterapii do terapii mowy może być pomocnych logopedom w prowadzonej przez nich terapii jąkania, zarówno w pracy z rodzicami i ich dziećmi, jak i w terapii nastolatków i osób dorosłych.

Aby nawiązać i utrzymać relację terapeutyczną, pomocne mogą się okazać poniższe umiejętności:

- uważna obserwacja,
- aktywne słuchanie,
- parafraza,
- klaryfikacja,
- odpowiednie stawianie pytań,
- umiejętność znajdowania i nazwania mocnych stron u siebie i osoby szukającej pomocy oraz udzielanie konstruktywnych informacji zwrotnych.

**Uważna obserwacja** wbrew pozorom nie jest sztuką łatwą. Obserwować to znaczy przyglądać się komuś lub czemuś przez dłuższy czas. Uważna obserwacja w wymiarze terapeutycznym polega jednak na przyglądaniu się czemuś bez elementu oceny. To po prostu rejestrowanie faktów. Obserwacja bez oceniania jest bardzo trudna, warto więc ją praktykować. Terapeuta poddaje obserwacji zarówno samego siebie, jak i klienta. Obserwacja samego siebie jest podstawą do nawiązania relacji terapeutycznej opartej na zaufaniu. Świadomość własnych emocji, obserwacja faktycznych zachowań dostarczają więcej danych niż głoszone przez terapeutę poglądy. Ta umiejętność procentuje w kontakcie terapeutycznym. Obserwacja osoby

szukającej pomocy dostarcza informacji na każdym etapie pracy terapeutycznej. Na etapie diagnozy (gdy zaufanie nie zostało jeszcze zbudowane) informuje ona terapeutę o przekonaniach osoby dotyczących tego, co powinno, a czego nie powinno się mówić, jak wyglądają relacje w rodzinie, jakie są style komunikowania się. Na kolejnych etapach mówi terapeutę o pojawiającym się oporze w procesie terapii.

**Aktywne słuchanie** to najważniejsza umiejętność terapeuty – skupia osobę słuchającą na mówcy w momencie teraźniejszym. Są razem tu i teraz – terapeuta słucha, starając się odczytać to, co mówi dana osoba, odebrać przesłanie i sens jej wypowiedzi. Daje swój czas oraz uwagę. Po wysłuchaniu terapeuta często używa **parafrazy**, formułując to, co usłyszał i rozumiał własnymi słowami. Ważnym elementem parafrazy jest wspieranie w radzeniu sobie z uczuciami (nazywanie uczuć, akceptowanie ich, nadawanie im ważności). Akceptacja uczuć bez osądzania sprawia, że tracą one swoją destrukcyjną moc. Zapobiega także powstawaniu oporu wobec negatywnych uczuć, który to opór manifestuje się w ciele, tworząc fizyczne napięcie, zmniejszające zdolność radzenia sobie z jąkaniem (Chmela, Reardon, 2014). Doświadczenie poczucia bezpieczeństwa pomaga zbudować relację opartą na zaufaniu. Terapeuta używa także **klaryfikacji**, gdy w rozmowie pojawia się wiele wątków, a on chce ustalić i wybrać ten, który w danym momencie ma być tematem rozmowy lub gdy czegoś nie rozumie. W zależności od metody stawia odpowiednie pytania, których celem może być skłanianie do refleksji (*Metoda Palin PCI – Terapia interakcyjna rodzic – dziecko*), wyobrażanie sobie sposobów rozwiązania danej sytuacji (*Terapia skoncentrowana na rozwiązywaniach*) lub po prostu chęć zrozumienia przeżyć pacjenta: „Zastanawiam się, co masz na myśli mówiąc, że...”.

**Umiejętność znajdowania i nazywania mocnych stron** u siebie i osoby szukającej pomocy oraz udzielanie konstruktywnych informacji zwrotnych wydają się pomocne w pracy wieloma metodami. Wszyscy wiemy, jak ważne jest chwalenie. Aby jednak pochwałę sformułować, trzeba najpierw zauważyć coś dobrego. Aby zauważyć coś dobrego, trzeba najpierw ukierunkować percepcję, czyli nakierować naszą uwagę na takie poszukiwania. O tym, że percepcja ludzka jest selektywna, informują nas eksperymenty naukowe (Zimbardo, 2017), praktyka terapeutyczna (Kaufman, 2016) i materiały dostępne w internecie (Trystero, 2013). Widzimy to, co chcemy odnaleźć. Nasza percepcja jest wybiórcza i łatwo pominąć kluczowe elementy, gdy nie uruchomimy naszej pełnej uwagi i nie otworzymy umysłu. Ponieważ terapia logopedyczna ma wyznaczone cele sformułowane na podstawie badań diagnostycznych, chcemy dążyć do nich wraz z dzieckiem czy osobą dorosłą. Nasz język zachęty powinien bezpośrednio odzwierciedlać te cele i założenia. Jeśli dążymy do zmiany postaw związanych z jąkaniem i chcemy, aby dziecko było otwarte, odpowiedzialne i zdolne do radzenia sobie z problemem jąkania, nasz język powinien to komunikować jak w poniższym przykładzie:

*Olek wchodzi do gabinetu i oświadcza, że był z kolegami w kinie i sam zamawiał sobie jedzenie.*

Olek: Byłem dziś z kolegami w kinie i potem poszliśmy coś zjeść, i sam sobie zamówiłem jedzenie.

Logopeda: Olek, mówisz, że sam kupiłeś sobie jedzenie tak jak inni twoi koledzy. Jestem dumna z ciebie, że zrobiłeś coś, czego do tej pory próbowałeś unikać. Z tygodnia na tydzień jesteś coraz odważniejszy.

Elementem niezbędnym w prowadzeniu terapii, w tym terapii mowy, jest superwizja – czyli rozmowa z inną, najczęściej bardziej doświadczoną osobą, o swojej pracy i sytuacjach trudnych w relacji terapeutycznej. Każdy terapeuta pracujący z ludźmi potrzebuje superwizji. Każdemu terapeutycie zdarzają się podczas terapii sytuacje „trudne”. Logopeda najczęściej korzysta z superwizji, rozmawiając z koleżanką lub kolegą, który czasem jest logopedą, psychologiem lub pedagogiem. Dziedzina superwizji w logopedii jest jednak ciągle pieśnią przyszłości. Jakie sytuacje w relacji terapeutycznej powinny nas skłonić do superwizji, do rozmowy o terapii? Szczególnie takie, w których uświadomimy sobie przeżywanie bardzo silnych emocji, związanych z procesem terapii lub pacjentami. Każdorazowo jest to sytuacja, w której warto uświadomić sobie i nazwać emocje oraz rozpoznać, jakie przekonania stoją za tymi emocjami, odpowiedzieć sobie na pytanie: dlaczego ta sytuacja tak bardzo mnie poruszyła? Każdy z nas w swojej praktyce ma pacjentów, wobec których nagiął ramy terapii i kontrakt. Są to także sytuacje, które warto uczynić przedmiotem superwizji. Gdy zauważymy, że zaczynamy rodzinę czy osobę postrzegać w kategoriach ocen, tzn. mówić, że „oni powinni...” lub „nie powinni tak postępować”. Gdy zauważymy, że postęпами pacjenta martwimy się bardziej niż on sam, wtedy także jest to czas na rozmowę z superwizorem.

## Podsumowanie

Wydaje się więc, że odpowiedzi na pytania, które zadają sobie terapeuci zajmujący się jękaniami, są kluczowe dla rozumienia roli i natury głębokiej relacji terapeutycznej: Co mogę zrobić, by skuteczniej pomagać osobom jękającym się? Co już potrafię? Co powinienem rozwijać? Czy lubię prowadzić terapię jękania? A jeśli tak, to dlaczego? (Manning, 2012).

Jak wspomniano wcześniej, te elementy pracy terapeutycznej nie są zawarte w programie studiów logopedycznych. Pierwsze kroki, by wprowadzić logopedów w temat relacji terapeutycznej, zostały podjęte wiele lat temu w roku 2001 na Specjalistycznym Studium Balbutologii organizowanym przez Fundację „Orator” w Kazimierzu Dolnym, na którym studenci mieli możliwość obserwować pracę terapeutyczną z pacjentami prowadzoną przez profesora Zbigniewa Tarkowskiego. Obecnie na Uniwersytecie Śląskim podjęto starania otwarcia nowych, unikatowych studiów podyplomowych – zaburzenia płynności mowy, w których programie ujęto nowe możliwości ćwiczenia umiejętności interpersonalnych i komunikacyjnych w relacji

terapeutycznej. To kolejny krok w rozwoju zawodowym logopedów – rozwijanie refleksyjności, troska o wysoki poziom etyczny swojej pracy oraz rozpoznanie mocnych stron i obszarów dalszego rozwoju zawodowego.

## Bibliografia

- Aleksandrowicz J. (2000). *Psychoterapia*. Warszawa: PZWL.
- Botterill W. (2011). Developing the therapeutic relationship: From 'expert' professional to 'expert' person who stutters. *Journal of Fluency Disorders*, 36, 158–173.
- Chmela K.E., Reardon N. (2014). *Jak skutecznie pracować nad postawami i emocjami w terapii jąkania*. Katowice: Wyd. Centrum Logopedyczne.
- Dell C.W. Jr. (2008). *Terapia jąkania u dzieci w młodszym wieku szkolnym. Podręcznik dla logopedów*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Enright J. (2010). Terapia i poradnictwo bez oporu. *Nowiny Psychologiczne*, 3, 14–33.
- Grzesiuk L. (2005). *Psychoterapia Teoria*. Warszawa: Wyd. Psychologii i Kultury ENETEIA.
- Jankowska-Szafarska L., Suligowska B., Kara R., Kupiec K., red. (2017). *Życie z zacięciem. Integralny przewodnik po jąkanii*. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.
- Jastrzębowska-Jasińska A. (2018). Balbutologia – dziedzina obca logopedom? W: K. Węsierska, współpr. K. Gawęł, red., *Zaburzenia płynności mowy* (s. 93–112). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Jeziorczak B. (2018). Dobra współpraca z rodzicami – jak to osiągnąć? *Forum Logopedy*, 26, 50–54.
- Jeziorczak B., Węsierska K. (2011). Jakość relacji logopeda – rodzic dziecka jąkającego się a skuteczność terapii jąkania wczesnodziecięcego. W: J. Gruba, red., *Wybrane problemy logopedyczne* (s. 51–66). Gliwice: Fonem.eu.
- Kaufman R.K. (2016). *Autyzm przełom w podejściu*. Białystok: Vivante.
- Kelman E., Nicholas A. (2013). *Praktyczna interwencja w jąkanii wczesnodziecięcej. Podejście interakcyjne rodzic – dziecko – Palin PCI*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Manning W.H. (2012). Discovering effective clinicians using evidence from common factor model. W: P. Reitzes, D. Reitzes, red., *Stuttering: Inspiring stories and professional wisdom* (s. 189–206). Chapel Hill: NC.
- Miller A. (2016). *Dramat udanego dziecka*. Poznań: Media Rodzina.
- Miller W.R., Rollnick S. (2014). *Dialog motywujący*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Plexico L.W., Manning W.H., DiLollo A. (2010). Client perceptions of effective and ineffective therapeutic alliances during treatment for stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 35, 333–353.
- Sass-Stańczyk K., Czabała J.C. (2015). Relacja terapeutyczna – co na nią wpływa i jak ona wpływa na proces psychoterapii. *Psychoterapia*, 1, 5–17.
- Skytner R., Cleese J. (1992). *żyć w rodzinie i przetrwać*. Warszawa: Jacek Santorski & CO Agencja Wydawnicza.
- Santorski J., red. (1993). *ABC pomocy psychologicznej*. Warszawa: Jacek Santorski & CO Agencja Wydawnicza.
- Tarkowski Z. (2005). Jąkanie. W: T. Gałkowski, E. Szelaż, G. Jastrzębowska, red., *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki* (s. 51–66). Opole: Uniwersytet Opolski.
- Trystero (pseud.) (2013). *Czy powinniśmy się bać niewidzialnych goryli?* <http://blogi.bossa.pl> [dostęp: 18.08.2018].

- Węsierska K. (2015). Logopeda jako specjalista w dziedzinie zaburzeń płynności mowy. W: K. Węsierska, red., *Zaburzenia płynności mowy*. T. 1 (s. 101–114). Katowice: Komlogo – Uniwersytet Śląski.
- Wampold B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Woźniak T. (2017). Jąkanie – pytania i odpowiedzi. W: L. Jankowska-Szafarska, B. Suligowska, R. Kara, K. Kupiec, red., *Życie z zacięciem. Integralny przewodnik po jąkaniu* (s. 15–29). Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.
- Zimbardo P.G., Gerring R.J. (2017). *Psychologia i życie*. Warszawa: PWN.

### Streszczenie

Artykuł jest próbą wyjścia naprzeciw nowym wyzwaniom stawianym przed logopedą zajmującym się terapią jąkania. Celem artykułu jest zapoznanie logopedów z problematyką relacji terapeutycznej. Autorka dokonuje przeglądu badań naukowych omawiających czynniki wpływające na skuteczność podejmowanych działań terapeutycznych. Szczegółowo omawia styl prowadzenia rozmowy terapeutycznej i komponenty, które gwarantują jej skuteczność. Przedstawione są narzędzia pozwalające na nawiązanie i utrzymanie głębokiej relacji terapeutycznej, tj. uważna obserwacja, aktywne słuchanie, parafraza, klaryfikacja, stawianie pytań, udzielanie konstruktywnych informacji zwrotnych, poszukiwanie mocnych stron. Wyjaśniona zostaje rola uważności i selektywności ludzkiej percepcji. Jest omówione znaczenie superwizji dla terapeutów mowy zajmujących się jąkaniem oraz sytuacje, w których warto z takiej superwizji skorzystać. Na koniec autorka postuluje rozszerzenie programu kształcenia logopedów zajmujących się terapią jąkania o zajęcia pozwalające rozwijać umiejętność budowania głębokiej relacji terapeutycznej.

**Słowa kluczowe:** jąkanie, terapia, relacja terapeutyczna, logopeda, umiejętności interpersonalne

### Summary

The article attempts to address the growing challenges faced by speech therapists specializing in stammering treatment. The aim of the article is to introduce speech therapists to the techniques required to sustain a therapeutic relationship. The author reviews scientific research discussing factors influencing the effectiveness of therapeutic measures. She discusses in detail the style of conducting a therapeutic conversation and the components that guarantee its effectiveness. The article includes the tools and methods required to initiate and maintain deep therapeutic relationship i.e. detailed observation, active listening, paraphrasing, clarifying, asking questions, providing constructive feedback and targeting strengths. It clarifies the role of mindfulness and selectivity of human perception. It discusses the importance of supervision for speech-language pathologists dealing with stuttering and situations in which it is beneficial to use such supervision. Finally, the author postulates the necessity of professional development for speech-language pathologists practicing stuttering therapy in the area of building a profound therapeutic relationship.

**Key words:** stuttering/stammering, treatment, therapeutic relationship, speech-language pathologist/therapist, interpersonal skills

## Coaching kluczem do motywacji w terapii jąkania u osób dorosłych

Coaching as a key to motivation in the stuttering therapy with adults

### Jąkanie u osób dorosłych

Jąkanie ma charakter dynamiczny – zmienia się wraz z wiekiem osoby jąkającej się. Objawy nie płynności u dziecka, nastolatka czy u dorosłego mogą być podobne, ale inne będą reakcje na własną mowę. Charles Van Riper (1982) opisuje 3 typy jąkania występujące u osób dorosłych. Pierwsze z nich to jąkanie będące kontynuacją zaburzenia mowy powstałego we wczesnym dzieciństwie. Ten typ jąkania występuje jako nawrót jąkania wyleczonego w wieku wcześniejszym, np. na skutek silnego stresu. Drugim rodzajem jest jąkanie neurologiczne, które pojawia się na skutek urazu mózgu, chorób zwyrodnieniowych centralnego układu nerwowego, udarów, nowotworów lub przyjmowania niektórych leków i narkotyków. Trzecim typem jąkania występującego u dorosłych osób jest typ psychogeny pojawiający się na skutek doświadczenia traumatycznego wydarzenia.

Dorośle jąkające się osoby najczęściej doświadczyły już w swoim życiu terapii mowy mniej lub bardziej skutecznych. Prawdopodobnie mają też doświadczenia związane z przykrymi sytuacjami spowodowanymi ich jąkaniem: z dzieciństwa, ze szkoły lub dorosłego życia. Dorośli jąkający się są już bardziej świadomi swoich trudności. Potrafią stosować w mowie uniki, które mają ułatwić im mówienie, np. skracać wypowiedź, omijać trudne głoski i wyrazy, dorzucać niepotrzebne słowa startery lub wspomagacze w trakcie wypowiedzi. Zamieniają również słowa na „łatwiejsze” i przekształcają całe swoje wypowiedzi tak, by łatwiej im było wypowiedzieć je płynnie. Oprócz tego, by ukryć nie płynność, mogą stosować dodatkowe strategie, takie jak: zasłanianie ust, odwracanie głowy, chrząknięcia itp. U dorosłych osób może występować też nasilony lęk przed mówieniem, występowaniem w roli nadawcy, występami publicznymi. Wiele badań leczenia jąkania wykazało, że zmienne, takie jak unikanie, zewnętrzne umiejscowienie kontroli, wytwarzanie wyuczonych zachowań kompensacyjnych, negatywne nastawienie do mowy i wysoki poziom lęku są związane z gorszymi długoterminowymi korzyściami z terapii, jak również z nawrotem (Blood, 1993; Craig, 1998; Guitar, 1998). W literaturze podkreśla się, że mo-

tywacja klienta i chęć zmiany mają decydujący wpływ na wyniki leczenia jąkania. W szczególności ważnym czynnikiem jest gotowość klienta do zmiany w momencie rozpoczęcia terapii, co daje wiarę w sukces. Rozpoczęcie terapii, gdy jest się najbardziej gotowym na zmianę, prowadzi do bardziej pozytywnego wyniku i utrzymania celów terapeutycznych długoterminowo (Blood, 1993; Manning, 2001, 2006; Shapiro, 1999). Dlatego tak ważne w prowadzeniu terapii jąkania u osób dorosłych jest wzbudzenie i utrzymanie motywacji do terapii, danie nadziei na sukces mimo poprzednich porażek oraz zajęcie się wieloma aspektami – nie tylko logopedycznymi, związanym z mową, ale także aspektami psychologicznymi, takimi jak szeroko pojęta poprawa jakości życia klienta, niwelowanie lęku czy budowanie poczucia własnej wartości.

## Coaching

Coaching jest jedną z form rozwoju osobistego. Opiera się na procesie, podczas którego klient wspierany przez coacha dąży do osiągnięcia zamierzonego celu. Technika coachingu polega na wydobywaniu mocnych stron ludzi, pomaganiu im w omijaniu osobistych barier i ograniczeń w celu osiągnięcia celu. Coaching koncentruje się na rozwiązaniu (a nie na poszukiwaniu przyczyn problemów), promując rozwój nowych strategii myślenia i działania (Dilts, 2003). Dzięki coachingowi klienci ustalają konkretniejsze cele, optymalizują swoje działania, podejmują trafniejsze decyzje i pełniej korzystają ze swoich naturalnych umiejętności. Posługując się metaforą, coaching jest wspieraniem klienta w przystawieniu drabiny do właściwej ściany, na którą może się wspinać szczebel po szczeblu, by w końcu dotrzeć na jej szczyt, osiągając swój ustalony cel. Według Macieja Bennewicza (2018) coaching związany jest ze zmianą o charakterze dynamicznym. Jest realizacją ustalonego planu w drodze do określonego celu. Proces coachingowy przyspiesza działanie. Określony w procesie na początku cel przybliża nas do mety. Dzięki określeniu celu wiemy, do czego dążymy i jaki jest plan na jego osiągnięcie, co usprawnia działania.

Nad możliwością zastosowania coachingu z klientami jąkającymi się zastanawiały się już w swoim artykule Agnieszka Tomaszewska i Kamila Pępiak-Kowalska (2017). Autorki te zwracają uwagę na wsparcie, jakie w coachingu może otrzymać klient, dzięki uwypukleniu jego zasobów, mocnych stron, których wcześniej mógł nie doceniać, i wskazaniu, jak można je wykorzystać w dążeniu do swoich celów. W coachingu klient rozpoznaje też swoje przekonania, które nie zawsze są realne, a mogą ograniczać jego funkcjonowanie, a także może się zmierzyć chociażby z lękiem, z którym się zmagają. Coaching będzie też pomocny w budowaniu wiary w siebie, samoakceptacji, zmianie negatywnego nastawienia oraz odnalezieniu prawdziwej motywacji do działania.

Coaching był już wcześniej opisywany w kontekście logopedycznym. Natalia Moćko i Katarzyna Węsierska (2012) opisywały techniki coachingowe i zastosowa-

nie procesu dążenia do celu z wykorzystaniem wideocoachingu. K. Węsierska (2011) opisała również wykorzystanie coachingu rodzicielskiego w pracy z rodzicami dzieci z opóźnionym rozwojem mowy.

## Motywacja zewnętrzna i wewnętrzna

Motywacja to gotowość do podjęcia określonego działania, wzbudzony potrzebą zespół procesów określający podłoże zachowań i ich zmian. Wyróżnia się dwa rodzaje motywacji: zewnętrzną i wewnętrzną. Motywacja zewnętrzna to motywacja zorientowana na korzyści materialne. Człowiek motywowany zewnętrznie wykonuje określoną czynność, ponieważ liczy na jakąś nagrodę: premię, dobry stopień w szkole itp. Motywacja zewnętrzna polega też na robieniu czegoś tylko po to, by uniknąć kary. Wzmacnia pragnienie nagrody, a nie działania. W tej sytuacji utrzymanie takiej samej reakcji na bodziec wymaga zwiększenia nagrody. Motywacja wewnętrzna ma natomiast miejsce, gdy człowiek robi coś z wewnętrznej potrzeby, a radość daje mu sam fakt wykonania określonej czynności lub skutek. Podejmuje działanie bez żadnych widocznych zewnętrznych nagród – ale dlatego, że sprawia mu to przyjemność czy też daje okazję do poznawania czegoś nowego, poszerzania wiedzy bądź rozwijania swojego potencjału. Działanie wynikające z motywacji wewnętrznej wyzwała pragnienie jeszcze lepszego działania (Pink, 2011). W procesie coachingowym coach pomaga klientowi wzbudzić i utrzymać motywację o charakterze wewnętrznym, która – jeśli jest wystarczająco silna – pomoże klientowi utrzymywać wysiłek pozwoli osiągnąć zamierzony cel.

## Coaching a motywacja

W coachingu wykorzystywana jest tzw. motywacja osiągnięć, czyli stan gotowości do podjęcia działań ukierunkowanych na realizację określonego celu. Jest to motywacja mająca charakter wewnętrzny – skłania do podjęcia działań, które pomogą osiągnąć wyznaczony cel. Cel, zgodnie z teorią celów (Locke, Latham, 1990) jest źródłem ludzkich działań, chęć osiągnięcia celu powoduje napięcie, które zredukować można, podejmując działania zbliżające człowieka do osiągnięcia celu. Elementem nagradzającym w tym procesie jest osiągnięcie celu. Motywację osiągnięć stymuluje dążenie do wzmocnienia lub utrzymania na możliwie wysokim poziomie umiejętności czy wiedzy, która pomaga w osiągnięciu założonego celu. Teoria Johna Atkinsona (1958) pokazuje, że ludzie wyznaczają sobie cele i dążą do ich urzeczywistnienia, ponieważ czują potrzebę osiągnięcia sukcesów. Człowiek ma też naturalną potrzebę unikania porażek. Jeśli potrzeba sukcesów jest silniejsza, człowiek przyjmuje orientację dążeniową. W odwrotnej sytuacji przeważa orientacja unikająca porażki. Ważne, by orientacje te nie były skrajnie słabe lub skrajnie silne, ponieważ wtedy nie sta-



nowią motywacji do działania. Gdy potrzeba sukcesu jest skrajnie silna i osoba jest pewna sukcesu, nie ma powodów, by podjąć pracę prowadzącą do osiągnięcia celu. Ponadto jeżeli osoba nie dopuszcza możliwości poniesienia porażki, nie podejmuje zadania, gdyż ewentualna porażka byłaby zbyt upokarzająca. Z drugiej strony silna orientacja unikająca powoduje, że osoba unika zadania, bo jest pewna porażki bez względu na podjęte działania. Dodatkowo jeśli osoba nie spodziewa się osiągnąć sukcesu, brak jest motywacji do wysiłku.

W procesie coachingowym wykorzystywane są różne narzędzia, które pomagają wzbudzić w kliencie wewnętrzną motywację osiągnięć.

## Istota budowania motywacji u dorosłych klientów z jękaniem

Na szczególne znaczenie wzbudzenia motywacji u klienta w terapii jękania osoby dorosłej zwracał już uwagę Charles Van Riper (Van Riper, Erickson, 1996, za: Jankowska-Szafarska, 2017). Etapy terapii według Charlesa Van Ripera układają się w akronim MIDVAS i obejmują 5 faz (Van Riper, Erickson, 1996, cyt. za: Jankowska-Szafarska, 2017): motywacyjną (*Motivation*), identyfikacyjną (*Identification*), odczulania (*Desensitization*), wdrażania zmiany (*Variation*), przybliżania się (*Approximation*) i stabilizacji (*Stabilization*). Faza motywacyjna polega na wzmocnieniu motywacji, która jest konieczna do podjęcia działania i kontynuowania go w drodze do celu. Ważną rolę w budowaniu motywacji odgrywa terapeuta, który pomaga klientowi zmierzyć się z oporem we wprowadzaniu zmian i będzie towarzyszył mu przy kreowaniu zmiany.

Prowadzenie terapii u dorosłych klientów wymaga wzbudzenia trwałej, silnej motywacji wewnętrznej, która pozwala na prowadzenie skutecznej terapii. Dorosły klient zmagający się z zaburzeniami płynności mówienia często przed wizytą u aktualnego terapeuty doświadczał wielu różnych metod terapeutycznych mniej lub bardziej skutecznych, które zbudowały jego przekonania i stosunek do terapii, również prowadzonej obecnie. Te przekonania czy dotychczasowe „porażki” w toku terapii mogą sprawiać, że motywacja do podejmowania po raz kolejny działań wspierających może być krótkotrwała lub zbyt słaba, by uczestniczyć w terapii od początku do końca. Wykorzystanie na początku terapii oraz w toku działań terapeutycznych narzędzi coachingowych pomagających wzbudzić w kliencie motywację wewnętrzną dążenia do osiągnięcia celu pomaga terapeutce utrzymać u klienta konieczną pracę w toku procesu terapeutycznego, która może przynieść oczekiwany efekt. Klient w procesie coachingu, inaczej niż w procesie terapeutycznym, przejmuje pełną odpowiedzialność za proces, swoje działania, zadania realizowane pomiędzy sesjami, które przybliżają go do osiągnięcia celu. Pozwala to wesprzeć klienta w poprawie jego funkcjonowania, komunikacji oraz budowaniu poczucia własnej wartości.

## Narzędzia coachingowe budujące motywację u klienta

W coachingu wykorzystywane jest wiele narzędzi, które pomagają zmotywować klienta do pracy nad osiągnięciem wyznaczonych celów. Dzięki dogłębnej analizie swoich potrzeb, przekonań i oczekiwań klient potrafi wyznaczyć realne i ważne dla siebie cele. Chcąc być spójnym sam ze sobą i rozumiejąc potrzeby związane z realizacją danego celu, jest w stanie utrzymać się na drodze dążenia do celu. Dodatkowo samodzielnie decydując, co jest dla niego ważne, i wybierając możliwe, realne, małe kroki polegające na działaniach zmierzających do uzyskania celu, trwale utrzymuje samodzielnie budowaną motywację, w której wspiera go terapeuta.

Poniżej opisane zostaną przykłady narzędzi coachingowych, które mogą zostać wykorzystane w terapii w celu wzmocnienia lub zbudowania motywacji u dorosłego klienta jękakującego się.

## Pytania coachingowe

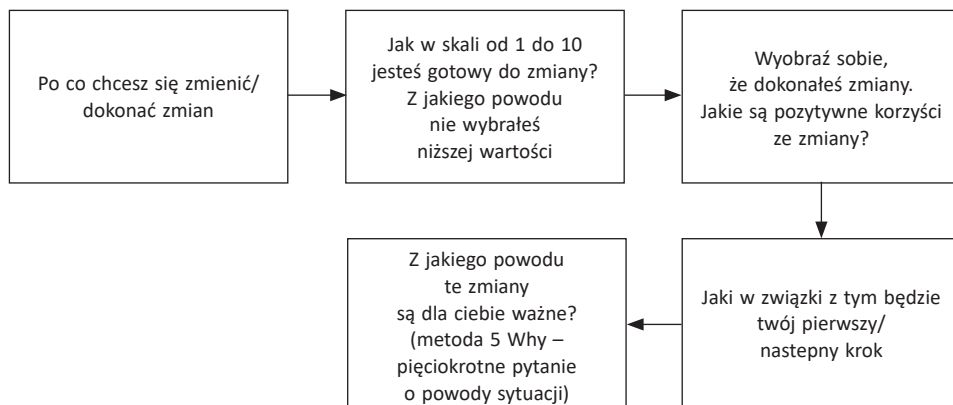
Podstawowym sposobem pracy z klientem w coachingu pomagającym również budować motywację u klienta jest zadawanie odpowiednich pytań. Przykładowe pytania, które pomogą budować, a także weryfikować motywację klienta, to:

- *Jaką (największą) zmianę chciałbyś wprowadzić w swoim życiu?*
- *Co najbardziej Cię powstrzymuje przed podjęciem działań w kierunku zmiany?*
- *Jaki jest Twój największy dotychczasowy sukces? Jakie swoje zalety, zasoby, umiejętności odnajdujesz, myśląc o tym sukcesie? Jak te pozytywy mogą się przydać w realizacji aktualnego celu?*
- *Jakie korzyści osiągniesz z realizacji celu?*
- *Na co masz wpływ?*
- *Jakie jest ryzyko związane z wcieleniem zmian w życie?*
- *W jakim stopniu zmiana wpłynie na Ciebie, na Twoje otoczenie, na postrzeganie?*
- *Co da Ci realizacja celu?*
- *Jakie są korzyści w obecnej sytuacji? Czy jesteś gotowy z nich zrezygnować?*

Budując motywację klienta, warto korzystać z tzw. pytań sięgających sedna. Są to pytania, które pozwalają głęboko poruszyć myślenie klienta. Zawierają one wyzwanie dla klienta, pobudzają do odkrywania, głębszego zrozumienia, podejmowania zobowiązania i działania. Prowokują do zmiany i zakładają, że pozytywne rozwiązanie jest możliwe. Pozwalają też uświadomić sobie własne zasoby i cele. Są pytaniami otwartymi, które pozwalają na wygenerowanie konstruktywnej odpowiedzi. Dzięki takim pytaniom coach tworzy poczucie możliwości rozwiązania sytuacji i pomaga klientowi zmierzać w kierunku odnalezienia rozwiązania.

Motywację stymulować można również, stosując sekwencję pytań Michaela Pantalona (2011). Pantaloni radzi, by wybierany cel był mierzalny, mały, a jego realizacja określona w czasie.

**Ryc. 1.** Sekwencja pytań stymulujących motywację Pantalona (2011)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Pantaloni (2011).

## Koło życia

Służy identyfikacji i weryfikacji celów do dalszej pracy z klientem. To narzędzie w kształcie koła, w którego 8 części klient wpisać ma sfery swojego życia, które są dla niego ważne.

Pozwala na spojrzenie na swoje życie całościowo poprzez wybranie kluczowych obszarów i ocenienie zadowolenia z nich. Każdy z wpisanych w koło obszarów klient ma ocenić w skali od 1 do 10, gdzie 1 oznacza „jestem zupełnie niezadowolony/a z realizacji tej sfery”, a 10 „jestem w zupełności zadowolony/a z tego obszaru”. Po wyskalowaniu każdej ze sfer klienta należy zapytać, co oznacza dla niego zaznaczona na skali liczba oraz dlaczego klient tak ją ocenia. Ważne, by zapytać też klienta, jakie uczucia towarzyszą mu, gdy patrzy na swoje koło życia, a także czy któreś obszary na niego wpływają. Pyta się też klienta o to, z którego obszaru jest najmniej/najbardziej zadowolony oraz który chciałby poprawić. Następnie przejść należy do programowania zmiany poprzez pytania o małe kroki, których może dokonać, by w danej sferze wejść na wyższy – lepszy dla siebie poziom na skali. Koło można zastosować również w toku terapii w celu sprawdzenia zasobów klienta, trudności czy innych potrzebnych aktualnie aspektów, które można podzielić na obszary i wpisać w koło (Bennewicz, 2011).

## Pytania kartezjańskie

To narzędzie skupiające się na zadawaniu pytań, które pomogą klientowi w ustaleniu celu, w zidentyfikowaniu ukrytych korzyści, blokad na drodze do realizacji celu

i weryfikowania jego ważności. Są to następujące pytania: *Co się stanie, jeśli nie osiągniesz celu? Co się stanie, jeśli osiągniesz cel? Co się nie stanie, jeśli nie osiągniesz celu? Co się nie stanie, jeśli osiągniesz cel?* (Cywińska, Majewska, Pępiak-Kowalska, Szwec, 2013).

Pytania te skłaniają klienta do głębokiej refleksji i pozwalają na dokładną, pełną analizę wybranego obszaru do pracy z 4 perspektyw: unikania, eliminowania, osiągania i utrzymania. Dzięki tej analizie sprawdzić można, czy klienta motywuje orientacja dążeniowa czy unikająca. Dzięki pytaniom kartezyjskim klient sprawdza, co chce utrzymać, czyli co już ma i co chce osiągnąć; co chce wyeliminować, czyli co już ma i czego mieć już nie chce; co chce osiągnąć, czyli czego jeszcze nie ma, a chce osiągnąć, oraz czego chce uniknąć, czyli czego jeszcze nie ma i nie chce mieć.

## Tabela wartości

Narzędzie to buduje u klienta świadomość, co jest dla niego ważne, i pozwala wyznaczać cele do przyszłej pracy. Wartości, które wpisane zostaną w tabelę, mogą dotyczyć całościowego życia, określonego aspektu życia klienta lub jakiegoś konkretnego, ważnego dla klienta problemu (Cywińska, Majewska, Pępiak-Kowalska, Szwec, 2013).

Z podanych w tabeli wartości klient wybiera 10 ważnych, a następnie z wybranych 10 tylko 3, które są dla niego najważniejsze. Następnie przechodzi się z klientem do analizy wybranych wartości, pytając, dlaczego wybrał właśnie te wartości i co one dla niego oznaczają, a także jak obecnie je realizuje i jak chciałby je realizować w przyszłości. Dzięki tej analizie można programować zmianę, pytając o małe kroki, które klient może wprowadzić w swoje działanie, aby lepiej realizować ważną dla niego wartość.

## Strategia Walta Disneya

To strategia, którą warto wykorzystywać w toku terapii, aby przeanalizować dokładnie założony, konkretny cel, który klient chce zrealizować. Stosując to narzędzie, klient musi wejść w 3 role: marzyciela, realisty i krytyka, dzięki czemu może scharakteryzować określony cel, zwracając uwagę na marzenia, możliwości i przeszkody. Z perspektywy marzyciela klient może puścić wodzę fantazji. Bez ograniczeń powinien generować swoje cele, wymienić to, co chce osiągnąć, do czego chce dążyć, zastanowić się nad korzyściami z realizacji celu. Spojrzenie na cel z punktu widzenia realisty pozwala na sprawdzenie, czy plany marzyciela mogą się urzeczywistnić. Pozwala stworzyć plan realizacji celu uwzględniający rzeczywistą sytuację i możliwości klienta. Uwydatnia zasoby, rzeczywiste potrzeby, możliwości – rzeczy konieczne do realizacji planu. Krytyk pozwala natomiast na zastanowienie się nad przeszkodami

i problemami, które mogą zatrzymać klienta w drodze do realizacji celu. Sprawdza, jakie są słabe strony planu, co może się nie udać i dlaczego, co jest trudne oraz jakie przeszkody mogą się pojawić w trakcie realizacji celu. Od krytyka klient wraca do realisty i znów do krytyka, zawsze kończąc analizę na realisście i stworzeniu realnego, potencjalnie skutecznego planu działania (Bennewicz, 2011). To strategia pozwalająca bardzo dokładnie zaplanować drogę do realizacji celu i przewidzieć przeszkody i trudności, które mogą się pojawić w trakcie realizacji, a dzięki temu zaplanować sposoby radzenia sobie z przyszłymi problemami.

## Podsumowanie

Wykorzystanie narzędzi coachingowych w toku terapii pozwala na budowanie trwałej, wewnętrznej motywacji do osiągnięcia sukcesu w terapii, co ułatwia klientowi utrzymanie chęci do pracy i podejmowania działań w toku terapii. Dodatkowo zastosowanie coachingu umożliwia terapeucie pracę nad aspektami związanymi z jakością życia i trudnościami, które wpływają na pacjenta i jego płynność oprócz pracy nad strategiami upłynniającymi mowę. Poprawa jakości życia i wspieranie rozwoju klienta wzmacnia jego poczucie własnej wartości i jakość funkcjonowania, co nie pozostaje bez wpływu na płynność. Takie działania pośrednio mogą poprawiać jakość mowy. Warto posilkować się narzędziami coachingowymi, które pozwalają na wszechstronną terapię, holistyczne spojrzenie na problemy i funkcjonowanie życiowe pacjenta oraz uatrakcyjnają prowadzoną terapię. Dorosły pacjent jękający się często potrzebuje wsparcia w budowaniu motywacji do terapii, w czym pomóc mogą strategie coachingowe.

## Bibliografia

- Atkinson J. (1958). Towards experimental analysis of human motivation in terms of motives, expectancies and incentives. W: J. Atkinson, red., *Motives in fantasy, action and society*, s. 634–648. Princeton, NJ: Van Nostrand.
- Bennewicz M. (2018). *Coaching. Złote zasady*. Gliwice: Wydawnictwo HELION.
- Bennewicz M. (2011). *Coaching i mentoring w praktyce*. Warszawa: G+J Gruner + Jahr Polska.
- Blood G.W. (1993). Treatment efficacy in adults who stutter: Review and recommendations. *Journal of Fluency Disorders*, 18, 303–318; <https://psycnet.apa.org/record/1994-15159-001>.
- Craig A. (1998). Relapse following treatment for stuttering: A critical review and correlative data. *Journal of Fluency Disorders*, 23, 1–30.
- Cywińska A., Majewska S., Pępiak-Kowalska K., Szwec E. (2013). *Coaching*. Fundacja VCC: Lublin.
- Dilts R. (2003). *From Coach to Awakener*. Capitola, CA: Meta Publications.
- Guitar B. (1998). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment*. 2nd ed. Baltimore: Williams & Williams.
- Jankowska-Szafarska L. (2017). *Idea modyfikacji jękania: mowa wystarczająco płynna. Fazy klasycznej terapii MIDVAS według Van Ripera w odniesieniu do psychoterapii i doświadczeń własnych*.

- nich. W: L. Jankowska-Szafarska, B. Suligowska, R. Kara, K. Kupiec, red., *Życie z zacięciem*, s. 238–245. Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.
- Locke E.A., Latham G.P. (1990). *A theory of goal setting & task performance*. Englewood Cliffs. NJ: Prentice-Hall, Inc.
- Manning W.H. (2001). *Clinical decision making in fluency disorders*. 2nd ed. Vancouver, Canada: Singular.
- Moćko N., Węsierska K. (2012). Wykorzystanie wideocoachingu w pracy nad emisją i ekspresją głosu. *Forum Logopedyczne*, 20, 168–178.
- Pantalon M. (2011). *Błyskawiczne wywieranie wpływu. Jak motywować siebie i innych do natychmiastowego działania*. Gdańsk: GWP.
- Pink D. (2011). *Drive. Kompletnie nowe spojrzenie na motywację*. Warszawa: Riverhead Books.
- Shapiro D.A. (1999). *Stuttering intervention: A collaborative journey to fluency freedom*. Austin: TX: Pro-Ed.
- Tomaszewska A., Pępiak-Kowalska K. (2017). *Coaching i jąkanie*. W: L. Jankowska-Szafarska, B. Suligowska, R. Kara, K. Kupiec, red., *Życie z zacięciem* (s. 238–245). Kraków: Wydawnictwo Edukacyjne.
- Van Riper Ch. (1982). *The nature of stuttering*. New Jersey: Englewood Cliffs.
- Węsierska K. (2011). Udział rodziców w terapii opóźnionego rozwoju mowy na przykładzie kanadyjskiego programu Do rozmowy potrzeba dwojga – It Takes Two to Talk The Hanen Program® for Parents. *Forum Logopedyczne*, 19, 94–101.

## Streszczenie

Coaching jest metodą pracy z klientem polegającą na wspieraniu klienta w uświadomieniu sobie i osiągnięciu wyznaczonych celów. Pozwala na odnalezienie swoich mocnych stron i wzmocnienie w działaniu. Klient w coachingu, inaczej niż w procesie terapeutycznym, przejmuje pełną odpowiedzialność za proces coachingowy, swoje działania, zadania realizowane pomiędzy sesjami, które przybliżają go do osiągnięcia celu. Coaching pozwala wesprzeć klienta w poprawie jego funkcjonowania, komunikacji i poczucia własnej wartości. W artykule zaprezentowane zostały zasady wprowadzania pracy coachingowej w terapii pacjenta dorosłego jękającego się oraz narzędzia możliwe do wykorzystania na spotkaniach indywidualnych i grupowych, które pozwolą klientowi poprawić jakość komunikacji oraz wesprzeć poczucie własnej wartości, pewność siebie oraz odnaleźć zasoby. Omówione zostały szczegółowo następujące narzędzia coachingowe: koło życia, tabela wartości, strategia Walta Disneya oraz pytania coachingowe i zastosowanie ich w kontekście pracy z pacjentem z jękaniem.

**Słowa kluczowe:** dorosła osoba z jękaniem/jękająca się, jękanie, coaching, motywacja, terapia

## Summary

Coaching is a method of working with a clients by supporting them in realizing and achieving set goals. It allows the client to find his or her strengths and working with those strengths. The client in coaching, unlike in the therapeutic process, takes full responsibility for the coaching process, his or her actions and tasks carried out between sessions, which bring him or her closer to achieving the goal. It allows to support the client in improving communication and self-esteem.

284 Część 3. Perspektywa terapeuty – wiedza, kompetencje, umiejętności i doświadczenie

The paper will present the principles of introducing coaching work in the stuttering patient's therapy and tools that can be used at individual and group meetings, which will improve the quality of communication and support self-esteem, self-confidence and finding resources for an adult who stutters. The following coaching tools will be discussed in detail: life cycle, value table, Walt Disney strategy and coaching questions and their application in the context of working with a patient who stutters.

**Key words:** stuttering, coaching, person who stutters, motivation, therapy





Redaktor Katarzyna Wyrwas  
Projektant okładki Agata Augustynik  
Redaktor techniczny Małgorzata Pleśniar  
Korektor Marzena Marczyk  
Łamanie Alicja Załęcka

Copyright © 2020 by  
Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego  
Wszelkie prawa zastrzeżone

**ISSN 0208-6336**

**ISBN 978-83-226-3819-4**

(wersja drukowana)

**ISBN 978-83-226-3820-0**

(wersja elektroniczna)

Wydawca

**Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego**

**ul. Bankowa 12B, 40-007 Katowice**

[www.wydawnictwo.us.edu.pl](http://www.wydawnictwo.us.edu.pl)

e-mail: [wydawus@us.edu.pl](mailto:wydawus@us.edu.pl)

---

Wydanie I. Ark. druk. 18,00. Ark. wyd. 22,0. Papier offset.  
kl. III 90 g Cena 49,90 zł (w tym VAT)

Druk i oprawa

Volumina.pl Daniel Krzanowski

ul. Księcia Witolda 7–9, 71-063 Szczecin



Rodzice muszą wiedzieć, że jąkanie nie zatrzyma rozwoju dziecka ani nie uczyni go gorszym w stosunku do innych dzieci. Może ono poradzić sobie z trudnościami, które jąkanie powoduje, musi jednak otrzymać odpowiednią pomoc terapeutyczną. To, że dziecko się jąka, jest w porządku. Bardzo ważne jest, aby rodzice przekazywali powyższe informacje dziecku.

Benny Ravid

Według mnie kluczowe jest przełamanie poczucia bezradności wobec jąkania. Także jako dorośli najczęściej potrzebujemy do tego pracy terapeutycznej czy grupy samopomocy. Jestem przekonana, że zajmując się tym wyłącznie samodzielnie, możemy zwodzić samych siebie, tkwiąc w utartych koleinach. W terapii konfrontujemy się z możliwością zmiany swojego podejścia do jąkania i samego sposobu mówienia i jąkania.

Lucyna Jankowska-Szafarska

(fragmenty artykułu-wywiadu:  
Paul Blancheti in.: *Sukces w terapii jąkania*  
– *czym jest i jak go osiągnąć – opinie*  
„podwójnych ekspertów”)

Na kartach tej książki autorzy z jednej strony akcentują znaczenie gromadzenia i upowszechniania wiedzy opartej na zweryfikowanych empirycznie dowodach. Wielowymiarowość i złożoność zaburzeń płynności mowy manifestuje się z kolei poprzez podkreślanie znaczenia czynników społecznych, emocjonalnych i kognitywnych. W tomie tym ukazano rolę środowiska, uwzględniając oddziaływania z zakresu wczesnej interwencji, edukacji włączającej, a także działań w tym zakresie podejmowanych z wykorzystaniem sztuki. Publikacja, którą polecamy Państwu uwadze, jest ważna także dlatego, że akcentuje to, o czym zapomnieć w logopedii nie wolno – że komunikacja jest narzędziem, a zarazem prawem każdego z nas. Każdy z nas ma prawo do korzystania z tego narzędzia w taki sposób, aby móc w pełni doświadczać radości komunikowania się i aby móc żyć pełnią życia. Bez dobrej komunikacji to niezwykle trudne, a wręcz niewykonalne zadanie.

Katarzyna Węsierska i Mikołaj Witkowski,  
redaktorzy tomu

Moja rada dla młodego logopedy to: „Nie bój się jąkania! O ile tylko nie jesteś jakimś paskudnym typem, to jest bardzo mało prawdopodobne, abyś zaszkodził osobie z jąkaniem. Dowiedz się jak najwięcej o tym zaburzeniu, ponieważ nie ma dróg na skróty, tak jak zresztą w każdym innym procesie terapeutycznym. Bądź odważny, bądź szczery, bądź sobą! Nie bój się popełniać błędów. Bądź dobrym coachem. Życzę Ci: ciesz się tą podróżą, nigdy się nie znudzisz!”

Kenneth O. St. Louis

(fragment artykułu-wywiadu: Paul Blancheti in.: *Sukces w terapii jąkania – czym jest i jak go osiągnąć – opinie „podwójnych ekspertów”*)

ISSN 0208-6336

Cena 49,90 zł (w tym VAT)

ISBN 978-83-226-3819-4



9

788322 638194

Więcej o książce

