

# ZABURZENIA PŁYNNNOŚCI MOWY

teoria i praktyka

Tom 1



Zawiera płytę DVD  
wywiad z prof. Marilyn Langevin  
*Porozmawiajmy o jękaniu...*



UNIwersytet śląski  
w Katowicach



# ZABURZENIA PŁYNNNOŚCI MOWY

teoria i praktyka

Tom 1

Pod redakcją naukową Katarzyny Węsierskiej



UNIwersYTET ŚLĄSKI  
W KATOWICACH

Recenzent:

prof. zw. dr hab. Jan Ożdżyński

Projekt okładki i szaty graficznej: Jarosław Telenga

Redakcja: zespół wydawniczy

Korekta: Patrycja Keller

Skład i łamanie: Jarosław Telenga

Publikacja dofinansowana przez Uniwersytet Śląski w Katowicach

Copyright © 2015 by KOMLOGO Piotr Gruba

ISBN 978-83-61339-15-1

Publikacja jest dostępna on-line na stronach:

Wydawnictwa Komlogo: [www.fonem.eu](http://www.fonem.eu)

Instytutu Języka Polskiego UŚ: [www.ijp.us.edu.pl](http://www.ijp.us.edu.pl)

Druk: K & K reklama poligraficzna

[www.kandk.com.pl](http://www.kandk.com.pl)

Wydanie I, Katowice 2015

KOMLOGO Piotr Gruba

ul. Wiejska 21

47-143 Niezdrowice

[www.komlogo.pl](http://www.komlogo.pl)



*Pamięci ks. dra Stanisława Wilczewskiego,  
którego prekursorska działalność  
jest nieustającą inspiracją dla śląskich logopedów.*



# SPIS TREŚCI

|   |     |
|---|-----|
| WSTĘP .....   | 7   |
| <b>CZĘŚĆ I. Wokół problematyki zaburzeń płynności mowy</b>  |     |
| 1. Roman Buchta:<br><i>Ks. Stanisław Wilczewski – prekursor śląskiej logopedii</i> .....  | 15  |
| 2. Maria Fańciszevska:<br><i>Swoiste zjawiska językowe występujące w tekstach dialogowych i narracyjnych tworzonych przez osoby jękaące się</i> .....   | 23  |
| 3. Danuta Pluta-Wojciechowska:<br><i>Płynność mówienia u dzieci z zaburzeniami efektoralnymi</i> .....  | 39  |
| 4. Jolanta Góral-Półrola:<br><i>Style komunikowania się osób jękaących się</i> .....  | 51  |
| 5. Hanna Szykowska, Danuta Rode:<br><i>Problematyka związku partnerskiego z osobą jękaącą się w świetle przeprowadzonych badań</i> .....  | 65  |
| 6. Agata Błachnio, Aneta Przepiórka, Kenneth O. St. Louis,<br>Katarzyna Węsierska, Marta Węsierska:<br><i>Postawy społeczne wobec jękania w Polsce – przegląd badań z użyciem POSHA-S</i> ..... | 89  |
| 7. Katarzyna Węsierska:<br><i>Logopeda jako specjalista w dziedzinie zaburzeń płynności mowy</i> .....  | 101 |
| 8. Iwona Gralewicz-Wolny, Agnieszka Stasiczek:<br><i>„Przychodzi baba do logopedy...”. Pięć aspektów relacji terapeutycznej</i> .....   | 115 |
| <b>CZĘŚĆ II. Diagnostyczne i terapeutyczne aspekty jękania</b>  |     |
| 1. Agnieszka Hamerlińska-Latecka:<br><i>Wykorzystanie metody Rysunku Rodziny w ustalaniu przyczyn jękania</i> .....   | 129 |
| 2. Marilyn Langevin, Jessica Harasym:<br><i>Terapia jękania dziecka w wieku szkolnym z zespołem Downa – studium przypadku</i> .....   | 147 |
| 3. Aleksandra Boroń:<br><i>Jękanie u dziecka z wadą wymowy – studium przypadku</i> .....  | 161 |
| 4. Rafał Majzner, Dagmara Tomiczek:<br><i>Zastosowanie techniki appoggio w pracy terapeutycznej z osobami jękaącymi się</i> .....   | 177 |
| 5. Grzegorz Chmielewski:<br><i>Jakość wybranych czynników psychospołecznych a skuteczność terapii osób jękaących się</i> .....  | 189 |
| 6. Agata Laszczyńska, Monika Pakura:<br><i>Jak sprostać wyzwaniom? Praca nad identyfikacją własnego jękania w grupie samopomocowej</i> .....  | 207 |
| 7. Katarzyna Węsierska, Ewa Gacka, Marilyn Langevin, Marta Węsierska:<br><i>Sytuacja szkolna dzieci jękaących się w Polsce – wstępne wyniki badań i strategie pomocy</i> .....                  | 221 |
| 8. Monika Dyl, Łucja Skrzypiec, Bogumiła Wilk:<br><i>Wsparcie ucznia jękaącego się w szkole</i> .....   | 237 |
| <b>CZĘŚĆ III. Działania logopedyczne podejmowane w przypadku gielkotu i zaburzeń płynności mowy w afazji</b>  |     |
| 1. Katarzyna Węsierska, Agnieszka Mysza, Agnieszka Płusajska-Otto,<br>Kenneth O. St. Louis:<br><i>Osoby z gielkotem w społeczeństwie – diagnostyka, świadomość społeczna, postulaty</i> ...     | 251 |
| 2. Yvonne van Zaalen, Isabella Reichel:<br><i>Nowoczesne podejścia do terapii gielkotu</i> .....  | 265 |
| 3. Bożena Duda, Ewelina Abramowicz-Pakuła, Anna Górka:<br><i>Zaburzenia płynności mowy w afazji</i> .....   | 289 |
| Noty o autorach .....   | 301 |





## WSTĘP

Śląskie środowisko logopedyczne ma w swym dorobku znaczące dokonania związane z problematyką zaburzeń płynności mowy. Na tym terenie działali w przeszłości i nadal aktywnie działają znani i zasłużeni balbutologopedzi, by przywołać tylko niektórych: ks. Stanisław Wilczewski, ks. Władysław Basista, Antoni Bochniarz czy Mieczysław Chęciek. Zagadnieniom zaburzeń płynności mówienia od lat wiele uwagi poświęca się na Uniwersytecie Śląskim. Z inicjatywy Olgi Przybyli – kierownik Podyplomowego Studium Logopedii i Medialnej Emisji Głosu Uniwersytetu Śląskiego – oraz Mieczysława Chęćka organizowane są coroczne konferencje *Świat, który rozumie jąkanie*. Konferencje towarzyszące obchodom Międzynarodowego Dnia Osób Jąkających się przyczyniają się do podnoszenia świadomości społeczeństwa na temat jąkania. Właśnie tym zagadnieniom Instytut Języka Polskiego Uniwersytetu Śląskiego poświęcił jedną z kolejnych z cyklu konferencji logopedycznych. Międzynarodowa konferencja logopedyczna *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka* (ang. *Fluency Disorders: Theory and Practice*), która odbyła się we wrześniu 2014 roku, skierowana była do szerokiego grona odbiorców – teoretyków i praktyków w dziedzinie logopedii.

Jej celem było nie tylko upowszechnianie osiągnięć oraz najnowszych wyników badań w zakresie balbutologopedii, ale również zaprezentowanie działalności naukowo-badawczej, szczególnie zagadnień związanych z wdrażaniem skutecznych strategii profilaktyczno-diagnostyczno-terapeutycznych.

W programie konferencji znalazły się wystąpienia praktyków i teoretyków specjalizujących się w zaburzeniach płynności mowy, którzy reprezentowali zarówno krajowe, jak i zagraniczne ośrodki naukowo-badawcze, a także sesja posterowa oraz część warsztatowa. Reprezentujący środowisko polskich naukowców Tomasz Woźniak, autor *Standardów postępowania logopedycznego w przypadku jąkania i gielkotu*, niezwykle interesująco zaprezentował zagadnienie terapii osób jękających się w świetle teorii pochodzenia jąkania. Z kolei Jolanta Góral-Półtola, od lat zajmująca się zagadnieniami organicznej niepłynności mówienia, przedstawiła możliwości zastosowania qigong w terapii osób jękających się. Przedstawicielka gospodarzy, Danuta Pluta-Wojciechowska, w swoim wystąpieniu zaprezentowała natomiast zjawisko płynności mowy u osób z zaburzeniami efektoralnymi. Wśród gości zagranicznych znalazły się Marilyn Langevin z Uniwersytetu Alberta w Kanadzie, Mies Bezemer z Holandii oraz Roisin Ni Maoilearca z Irlandii. Marilyn Langevin, która jest znanym światowym ekspertem z zakresu takich kwestii jak mobbing szkolny wobec jękających się dzieci, podzieliła się swoimi doświadczeniami praktycznymi związanymi z pracą w Instytucie Terapii Jąkania i Badań nad Jąkaniem – ISTAR. Z kolei reprezentantki Holandii i Irlandii zarysowały organizację opieki nad osobami z zaburzeniami płynności mowy w swoich krajach oraz zaprezentowały konkretne przykłady rozwiązań logopedycznych wobec jękających się osób. Niezwykłym atutem konferencji był fakt, że oprócz badaczy i specjalistów w wydarzeniu tym czynny udział wzięli także przedstawiciele środowiska osób zmagających się z zaburzeniami mowy – wygłaszając prezentacje (Bogusław Pietrus) czy prowadząc warsztaty (wolontariusze z Klubu ludzi mówiących płynnie – grupy samopomocowej dla osób jękających się działającej na Wydziale Filologicznym Uniwersytetu Śląskiego). Nie mniej istotnym elementem był cykl wywiadów *Eksperci mają głos...*, które z gośćmi i uczestnikami konferencji przeprowadziła Ewa Biłas-Pleszak z Instytutu Języka Polskiego Uniwersytetu Śląskiego, wspierana przez tłumaczkę Katarzynę Gawęł oraz wolontariuszy: Zofię Byszewską i Kamila Sajko. Multimedialny charakter tego wydarzenia dopełniały międzynarodowe prezentacje przygotowane w polskich wersjach językowych. Pierwsza z prezentacji dotyczyła *Praktyki logopedycznej w jękaniu opartej na dowodach* (ang. *Evidence-based practice in stuttering*) i została przygotowana przez badaczki z San José State University w USA: Henriette W. Langdon i Pei-Tzu Tsai oraz Katarzynę Węsierską z Uniwersytetu Śląskiego. Kolejnym multimedialnym materiałem była prezentacja Trudy Stewart z Leeds Stammering Support Centre w Wielkiej Brytanii pt. *Oczyma artysty – terapia po*

*drugiej stronie lustra* (ang. *The artist's eye: therapy through the looking glass*). Dokumentalny film animowany *Jąkanie* (ang. *Stuttering*), przekazany przez Belgijskie Stowarzyszenie Osób Jąkających się, został nie tylko odtworzony podczas konferencji, ale także udostępniony polskim odbiorcom w sieci<sup>1</sup>.

Pokłosiem tego wyjątkowego wydarzenia jest tom *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka*. Ta wieloautorska monografia zawiera wyniki badań i przemyślenia naukowców reprezentujących polskie i zagraniczne ośrodki akademickie. Na kartach tego tomu czytelnik znajdzie prace ilustrujące doświadczenia praktyczne logopedów zaangażowanych na co dzień w pracę z osobami z zaburzeniami płynności mowy. Współpraca z wybitnymi zagranicznymi specjalistami, takimi jak Marilyn Langevin, Kenneth O. St. Louis, Isabella Reichel czy Yvonne van Zaalen, którzy zaangażowali się w działania Komitetu Naukowego wspomnianej konferencji, umożliwiła również włączenie ich tekstów do tej monografii.

Część zatytułowana *Wokół problematyki zaburzeń płynności mowy* zawiera rozdziały, których autorzy w różnych aspektach podjęli rozważania związane z tą problematyką. Tekst otwierający tę część opisuje sylwetkę prekursora śląskiej logopedii – ks. dra Stanisława Wilczewskiego, człowieka wielce zasłużonego dla rozwoju balbutologopedii w Polsce. W tej części monografii opisano zjawiska językowe występujące u osób mówiących nie płynnie, a także płynność mówienia u osób z zaburzeniami efektoralnymi, oraz poddano analizie zagadnienia takie jak style komunikowania się czy związki partnerskie osób jąkających się. W jednym z rozdziałów zreferowano wyniki badań prowadzonych w Polsce, Anglii i Stanach Zjednoczonych nad postawami społecznymi wobec jąkania. Pierwszą część zamykają teksty podejmujące tak istotne kwestie związane z osobą logopedy, znaczeniem dbałości o dobrą relację z klientem (pacjentem), jego rodziną. Zarysowano również ideę specjalizowania się logopedów w zakresie zaburzeń płynności mowy.

Druga część tomu zatytułowanego *Diagnostyczne i terapeutyczne aspekty jąkania* zawiera rozdziały poświęcone wyłącznie temu zaburzeniu płynności mowy. W pierwszym z nich zreferowano możliwość zastosowania metody Rysunku Rodziny do celów diagnostycznych. Kolejne dwa teksty to studia przypadków szczegółowo opisujące proces diagnozy i terapii w jąkaniu u dzieci, u których współwystępują inne zaburzenia. Kolejny rozdział traktuje o możli-

---

<sup>1</sup> Film *Jąkanie* jest dostępny między innymi na stronie Instytutu Języka Polskiego UŚ: [www.ijp.us.edu.pl](http://www.ijp.us.edu.pl).

wości wykorzystania techniki *appoggio* w pracy terapeutycznej. Zagadnienia, którym poświęcone zostały następne, uwydatniają rolę czynników psychospołecznych w odniesieniu do skuteczności terapii oraz znaczenie działań zmierzających do identyfikacji własnego jąkania przy wsparciu uzyskiwanym w grupie samopomocowej. W tej części znalazły się również teksty podejmujące tematykę sytuacji szkolnej ucznia jąkającego się, nawiązujące do tak trudnych kwestii jak dokuczanie i znęcanie się nad dziećmi zmagającymi się z problemami w płynnym wypowiedzianiu się.

Ostatnia, ale nie mniej istotna, część tomu składa się z rozdziałów poświęconych zaburzeniom płynności mowy, takim jak gielkot czy objawy niepełności mowy towarzyszące afazji. Zagadnienia te zostały zaprezentowane zarówno w ujęciu społecznym – poprzez zarysowanie postaw społecznych wobec gielkotu w Polsce – jak i diagnostyczno-terapeutycznym. Zaprezentowane przez autorki przykłady praktycznych rozwiązań diagnostyczno-terapeutycznych będą zapewne niezwykle cennym materiałem dla logopedów zmagających się z niedostatkiem tego typu opracowań w języku polskim.

Teksty zebrane w tym tomie, podobnie jak wystąpienia prelegentów podczas międzynarodowej konferencji logopedycznej *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka*, cechuje ogromna różnorodność. Jedne z nich mają charakter doniesień z badań naukowych, inne z kolei są owocem refleksji wynikającej z wnikliwej analizy literatury przedmiotu czy też bogatych doświadczeń praktycznych autorów. W tym tkwi potencjał tej monografii i to w opinii uczestników było najważniejszą wartością wspomnianej konferencji – wielowymiarowość prezentowanych poglądów, szeroki wachlarz diagnostycznych i terapeutycznych podejść do zaburzeń płynności mowy, otwartość na kwestie związane z zaburzeniami płynności mowy i podmiotowe traktowanie osoby klienta, pacjenta oraz jego bliskich.

Sukces konferencji oraz powstanie tego tomu nie miałyby miejsca, gdyby nie wspierała współpraca wielu osób. Wśród nich wymienić należy zespół pracowników Instytutu Języka Polskiego i Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Śląskiego oraz Wydziału Katechetycznego Kurii Metropolitalnej w Katowicach, a także doktorantów i wolontariuszy stale współpracujących z działającym przy IJP UŚ Klubem ludzi mówiących płynnie. Niezmiernie ważną rolę, zarówno przy organizacji konferencji, jak i przygotowywaniu tomu, odegrał profesjonalizm prac tłumaczeniowych autorstwa mgr Katarzyny Gawęł z Instytutu Języka Angielskiego UŚ, wspieranej przez Martę Węsierską z Departamentu Psycho-

logii Uniwersytetu w York w Wielkiej Brytanii i Kamila Sajko z Uniwersytetu Śląskiego. Nie mniej istotne były ogromna pomoc logistyczna ze strony partnerów konferencji – Śląskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Logopedycznego i Wydawnictwa Komlogo – oraz honorowy patronat, który nad konferencją roztoczyli Prezydent Katowic mgr inż. Piotr Uszok oraz Jego Magnificencja Rektor Uniwersytetu Śląskiego prof. zw. dr hab. Wiesław Banyś. Ten ogromny wspólny wysiłek grupy entuzjastów logopedii i ich przyjaciół przyniósł pierwsze owoce. Jeden z uczestników Klubu ludzi mówiących płynnie podsumował to niezwykle emocjonalnie: „Ludzie są coraz bardziej świadomi tego problemu – dzięki Ci Boże!”.

Oddając do rąk czytelników tom *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka* dzielimy się pasją, zaangażowaniem i wytężoną pracą grupy wyjątkowych osób. Ludzi, dla których ważne są takie wartości jak bezinteresowne upowszechnianie wiedzy i doświadczeń praktycznych w dziedzinie logopedii. Wszystkim tym, którzy przyczynili się do powstania tej wieloautorskiej monografii, bliska jest idea działania na rzecz poprawy jakości życia ludzi zmagających się z zaburzeniami płynności mowy. W imieniu osób, które były zaangażowane w powstanie tej publikacji, wyrażam nadzieję, że spełni ona wymagania nawet najbardziej wymagających czytelników i będzie kolejnym ważnym wydarzeniem w historii polskiej logopedii.

Katarzyna Węsierska



## CZĘŚĆ PIERWSZA

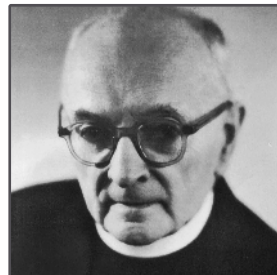
# ***Wokół problematyki zaburzeń płynności mowy***





## **Ksiądz Stanisław Wilczewski – prekursor śląskiej logopedii**

*Father Stanisław Wilczewski: The precursor of Silesian  
Speech Pathology*



*Effata* – to dobrze znane dzięki przekazowi Ewangelii wg św. Marka zawołanie Jezusa, skierowane do człowieka głuchoniemego (por. Mk 7, 32–35). W języku aramejskim oznacza ono nakaz: „otwórz się, bądź gotowy do mówienia, mów poprawnie”. W duchu ewangelicznej posługi troska o jakość słowa mówionego wpisuje się zatem w obszar misji Kościoła. To właśnie zawołanie *effata* przyświecało pracom i życiu ks. dra Stanisława Wilczewskiego (1886–1980). Taki też napis – życiowe motto wybitnego śląskiego kapłana – znajduje się na jego nagrobku. Konferencja poświęcona zaburzeniom płynności mowy jest stosowną okazją, aby przywołać pamięć o człowieku, który stał się prekursorem śląskiej logopedii, a patrząc szerzej, stoi obok prof. Leona Kaczmarka u podstaw sukcesów polskiej logopedii w XX wieku (Basista, 1998). Ks. dr Stanisław Wilczewski przeszedł do historii jako znakomity logopeda, teoretycznie i praktycznie działający na rzecz kultury żywego słowa. Niniejsze opracowanie ma na celu przypomnienie postaci ks. Wilczewskiego oraz ukazanie tych form jego działalności, które rekomendują go do tytułu prekursora śląskiej logopedii.

Ks. dr Stanisław Wilczewski urodził się 26 kwietnia 1886 roku we Wrocławiu. Był synem Leona von Wilczewskiego i Olgi z domu Weiner. Zamiłowanie do polskiej mowy zawdzięczał środowisku rodzinnemu. Świadczyła o tym doskonała znajomość języka polskiego, literatury polskiej oraz częste podkreślanie przynależności do polskiego narodu. W 1904 roku, po uzyskaniu świadectwa dojrzałości, rozpoczął studia teologiczne na Uniwersytecie Wrocławskim. Jednocześnie uczęszczał na wykłady z językoznawstwa polskiego i działał w „Kółku Polskim”, gdzie wygłaszał wykłady z zakresu polskiej historii, literatury oraz sztuki. W 1909 roku otrzymał święcenia kapłańskie w katedrze wrocławskiej z rąk kardynała Jerzego Koppa. Pierwszą jego placówką duszpasterską była parafia Jełowa koło Opola (1909–1911). Następnie, w latach 1911–1916

pracował jako wikariusz w parafii św. Mikołaja w Raciborzu. Z pracą duszpasterską wśród ludności polskiej umiejętnie łączył działalność kulturalno-oświatową w Kongregacji Młodzieży Męskiej i Żeńskiej, organizując wieczory polskiej poezji i pieśni oraz przedstawienia teatralne. W wyniku intensywnego, lecz niestety nieprawidłowego, używania głosu nabawił się fonastenii. W 1915 roku ks. Wilczewski przeprowadził ankietę wśród duchowieństwa całej archidiecezji, która wykazała, iż w czasie nauki religii, na ambonie oraz przy innych zajęciach duszpasterskich księża męczą się głosowo na skutek nieprawidłowego używania narządów głosu i mowy, co w znacznym stopniu ogranicza skuteczność ich pracy duszpasterskiej. Lekarze laryngolodzy potwierdzili hipotezę ks. Wilczewskiego, iż przyczyną wielu schorzeń głosowych jest nieprawidłowe używanie narządów głosu i mowy, a leczenie farmakologiczne nie przynosi tutaj oczekiwanego rezultatu. W 1916 roku ks. Wilczewski został przeniesiony do Wrocławia, gdzie do 1919 roku pełnił posługę wikariusza w kościele Świętego Krzyża oraz kaznodziei w tamtejszej katedrze (Szewczyk, 2013).

Ks. Wilczewski, chcąc pomóc sobie oraz innym osobom pracującym głosem, w 1916 roku podjął studia z fonetyki eksperymentalnej i filologii na Uniwersytecie w Hamburgu oraz w Państwowym Laboratorium Fonetycznym, zakończone w 1921 roku doktoratem. W ramach swoich naukowych poszukiwań prowadził badania, które wykonywał przy użyciu labiografu własnego projektu. Specjalizował się w zakresie fizjologii wytwarzania głosu i leczenia zaburzeń głosu i mowy (Basista, 1996). Efektem jego badań na polu fonetyki stosowanej było wypracowanie metody służącej zapobieganiu schorzeniom głosu. Polegała ona na zsynchronizowaniu funkcji narządów oddychania oraz głosu i używania ich zgodnie z naturalną fizjologiczną prawidłowością. Poprawne ustawienie głosu na podstawie podparcia oddechowego (*appoggio*), przy rozluźnionych mięśniach narządów głosu, oraz współpraca z lekarzem laryngologiem przynosiła w tej dziedzinie dobre wyniki. Pierwszy kurs fonetyczny ks. Wilczewski przeprowadził już w roku akademickim 1916/1917 w Seminarium Duchownym we Wrocławiu (Basista, 1975).

Pomimo atrakcyjnej propozycji pozostania na Uniwersytecie w Hamburgu oraz późniejszej propozycji objęcia stanowiska dyrektora Instytutu Głuchoniemych w Warszawie ks. Wilczewski po plebiscycie w 1922 roku przyjechał do Katowic. Pragnąc służyć odradzającej się ojczyźnie, podejmuje pracę w nowo powstałym Gimnazjum Klasycznym Męskim im. Adama Mickiewicza, ucząc języka polskiego, propedeutyki filozofii, religii i estetyki mowy. Ks. Wilczewski

zamieszkał w kamienicy przy ulicy Poniałowskiego 34, w której już w 1922 roku założył Instytut Fonetyczny – Poradnię Logopedyczną (Basista, 2012). Wyposażył go w odpowiedni sprzęt badawczy, taki jak: pneumograf, fonograf Edisona, laryngoskop, spirometr, kymograf, stroboskop i inne. Odtąd, w swoim mieszkaniu, które na zawsze pozostanie związane z historią śląskiej logopedii, prowadził badania z zakresu fonetyki eksperymentalnej, ogólnej i stosowanej, uwzględniając główne problemy logopedyczne (Basista, 1998).

W latach 1924–1927 ks. dr Stanisław Wilczewski podjął dalsze studia na Uniwersytecie Warszawskim z zakresu psychologii mowy, fonetyki polskiej i homiletyki. Okres studiów warszawskich traktował jako przygotowanie do pracy praktycznej z zakresu higieny mowy, fonetyki i logopedii. Zdobytą wiedzę, wzbogaconą badaniami i osobistym doświadczeniem, wykorzystywał w pracy zawodowej. Myślał o przygotowaniu specjalistów fonetyków-logopedów. Zaangażował się w zakładach kształcenia nauczycieli. Od 1927 roku był wykładowcą w Państwowym Seminarium Nauczycielskim w Mysłowicach, a w latach 1930–1938 również w Zakładach Kształcenia Nauczycieli w Pszczynie, w Rudzie Śląskiej, Tarnowskich Górach oraz w Państwowym Konserwatorium Muzycznym w Katowicach. Uczył metody zapobiegania schorzeniom narządów głosu. Ks. Wilczewski wykładał przyszłym nauczycielom elementy logopedii. Jego uczniowie byli zatem praktycznie przygotowani, aby w przedszkolach i szkołach pomagać dzieciom i młodzieży zwalczać wady wymowy i uwarżliwiać ich na kulturę żywego słowa. Jak podkreśla ks. prof. Władysław Basista, kontynuator i bezpośredni spadkobierca dzieła ks. Wilczewskiego, „[...] w trudnych wypadkach nauczyciele i młodzież mieli możliwość korzystania z pomocy ks. Wilczewskiego w poradni w Katowicach, którą usankcjonował i polecał ówczesny Wydział Oświaty rozporządzeniem w *Gazecie Urzędowej Województwa Śląskiego* w 1934 r.” (Basista, 1998: 12). Rok 1934 można zatem przyjąć jako oficjalną datę powstania Instytutu Fonetycznego.

Wypracowane założenia ks. dr Wilczewski opublikował w 1937 roku w książce pt. *Wyszkolenie fonetyczne, jako nowy przedmiot o zasadniczym znaczeniu dla kształcenia nauczycieli*. W tym też roku zwrócił się do Ministerstwa Oświaty z postulatem, aby higiena głosu i mowy była obowiązkowym przedmiotem we wszystkich ośrodkach kształcenia nauczycieli. Wniosek ten nie został jednak uwzględniony. W rezultacie do katowickiej poradni logopedycznej w dalszym ciągu zgłaszali się ludzie z całej Polski z chorobami narządu mowy, wadami wymowy, afazją, jękaniem, aby uzyskać skuteczną pomoc. Ks. Wilczewski dosko-

nale rozumiał, że poważne przypadki logopedyczne wymagają wieloaspektowego potraktowania. Współpracował zatem z lekarzami laryngologami, foniatrami i neurologami. Zasięgał też opinii psychologów. Można zatem stwierdzić, iż ks. Wilczewski już wówczas praktykował to, co we współczesnej logopedii nazywamy podejściem interdyscyplinarnym (Basista, 1998).

Działalność fonetyczna ks. Wilczewskiego spotykała się z uznaniem fonetyków na całym świecie. Zapraszano go do udziału w międzynarodowych sympozjach logopedycznych i fonetycznych. Przypomnieć należy choćby jego czynny udział w Kongresie Międzynarodowego Stowarzyszenia Fonetyków Eksperymentalnych w Bonn (1930) oraz w kongresie fonetycznym w Amsterdamie (1932). Wygłaszał także liczne referaty na posiedzeniach i zjazdach nauczycieli w całej Polsce. II wojna światowa poważnie ograniczyła działalność ks. Wilczewskiego na polu fonetyki i logopedii. Był to czas oficjalnej przerwy w działalności Instytutu Fonetycznego. Z notatek i listów pochodzących z czasu wojny można jednak wnioskować, iż również w tym okresie zajmował się on lecnictwem logopedycznym i badaniami fonetycznymi. Potwierdzili to także koledzy i znajomi ks. dra Wilczewskiego. W latach okupacji pełnił posługę proboszcza kościoła garnizonowego św. Kazimierza w Katowicach. Kościół ten chętnie odwiedzany był przez Polaków znających przekonania i darzących zaufaniem ks. Wilczewskiego. Jak wynika z relacji świadków, ze względu na swoją postawę, bywał wielokrotnie wzywany przez Gestapo (Szwed, b.r.).

Po zakończeniu wojny, w 1948 roku ks. Stanisław Wilczewski powraca do zajęć logopedycznych. W nowej rzeczywistości politycznej duchowny napotyka jednak na wiele trudności ze strony ówczesnych władz. Nie może uczyć w szkołach państwowych, które w programie kształcenia nauczycieli nie przewidywały zresztą kursów higienicznego mówienia. Pomimo tego nadal gorąco podkreślał potrzebę takich zajęć, a także ideę propagowania słowa mówionego, dając temu wyraz w artykułach publikowanych w „Dzienniku Zachodnim”, „Słowie Powszechnym”, „Tygodniku Katolików” czy nawet „Trybunie Robotniczej”. Ostatecznie ogranicza się do zajęć prowadzonych w seminariach duchownych: śląskim, częstochowskim i krakowskim, wykładając fonetykę pastoralną. Przez wiele lat przygotowuje wykładowców tego przedmiotu dla innych seminariów w Polsce. Nadal prowadzi działalność badawczą, służy też swoją wiedzą i doświadczeniem, prowadząc organizowane przez Wydział Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach kursy oraz wykłady dla nauczycieli, pracowników zdrowia psychicznego i lekarzy (Basista, 1996).

Powszechnie znane były sukcesy ks. Wilczewskiego w leczeniu wad wymowy, szczególnie jąkania. Po długich badaniach i eksperymentach opracował skuteczną metodę usuwania jąkania. Punktem wyjścia było stwierdzenie, iż w czasie śpiewu nikt się nie jąka, gdyż w czasie śpiewu następuje wydłużanie samogłosek. Okazało się, iż wydłużanie samogłosek również w czasie mowy także wpływa na płynność wymowy (Wilczewski, 1967). Połączenie rehabilitacji psychicznej z odpowiednimi indywidualnymi ćwiczeniami wymowy przynosiło dobre rezultaty. Do ks. Wilczewskiego przyjeżdżali pacjenci z całej Polski i po usunięciu wady uzyskiwali pełną sprawność mowy, wracając do normalnego życia społecznego i zawodowego (Szewczyk, 2013). Warto przytoczyć świadectwo dorosłego mężczyzny z Kasinki Wielkiej koło Limanowej, jednej z wielu osób, którym pomógł ks. Wilczewski: „Dwadzieścia lat męczyłem się strasznie z moją mową, po lekarzach chodziłem. Dowiedziałem się ze «Słowa Powszechnego», że w Katowicach jest zakład fonetyczny. Dziś po trzech miesiącach leczenia wydaje mi się, że jestem nowonarodzony” (Wilczewski, 1967: 110).

Instytut prowadzony przez ks. Wilczewskiego cieszył się wielkim uznaniem władz oświatowych, administracyjnych oraz w środowisku medycznym. Podkreślić należy, iż ks. Wilczewski, jako jedyny logopeda na Śląsku, ściśle współpracował ze służbą zdrowia. Prowadzone w Instytucie leczenie logopedyczne obejmowało następujące wady wymowy: seplenienie, rotacyzm, rynolalie. Przez poradnie ks. dra Wilczewskiego przeszły tysiące pacjentów, którzy dzięki jego fachowej pomocy odzyskali sprawność mowy. Na podstawie zachowanych notatek i kartotek można wyliczyć, iż co tydzień, w dniu przyjęć nowych pacjentów, do poradni trafiało 4–10 osób. W czasie leczenia pacjent uczestniczył regularnie, najczęściej dwa razy w tygodniu, w zajęciach i ćwiczeniach. W przypadku jąkania, leczenie trwało trzy miesiące. Skuteczność prowadzonej w Instytucie Fonetycznym terapii jąkania osiągała ok. 80% (Szwed, b.r.). Usuwanie jąkania jest najbardziej znanym kierunkiem działalności ks. Wilczewskiego. W pracy z pacjentami jękającymi się stosował autorski program łączyący elementy terapii fizjologicznej i psychologicznej. Rekomendował wyciszenie pacjenta, czasami sugerując czasowe zawieszenie aktywności szkolnej czy zawodowej. Zalecał systematyczność prowadzonych ćwiczeń i stopniową gradację stopnia ich trudności (Chęciek, 2007; Kostecka, 2004; Wilczewski 1967). Drugim obszarem jego pracy było kształcenie funkcji organów mowy oraz popularyzacja szkolenia higieniczno-estetycznego wśród nauczycieli. Należy wspomnieć także trzeci kierunek działalności Instytutu, jakim było prowadzenie praktyk logo-

pedycznych. Jest on związany z utworzeniem poddyplomowego studium logopedycznego na Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Logopedycznego, którego członkiem był ks. dr Wilczewski. Podsumowując działalność Instytutu Fonetycznego w Katowicach, należy podkreślić, że był on pierwszą i przez 30 lat jedyną na Śląsku placówką zajmującą się leczeniem logopedycznym. Z poradni prowadzonej przez ks. dr Wilczewskiego skorzystało w sumie ok. 30 tys. pacjentów głównie ze Śląska, z innych stron Polski, a nawet z zagranicy. Działalność Instytutu Fonetycznego przyczyniła się do rozwoju i upowszechnienia kultury żywego słowa i miała znaczący udział w kształceniu polskich logopedów. Ks. Wilczewski był pionierem nurtu fonetycznego w leczeniu mowy i twórcą nowatorskich metod kształtowania nawyków właściwego korzystania z narządów mowy. Jako pierwszy logopeda na Śląsku zajmował się szerzeniem kultury żywego słowa, usuwaniem wad wymowy i niedomagań głosowych. Z niezwykłym zaangażowaniem troszczył się o wykształcenie fonetyczne przyszłych nauczycieli i księży, stając się prekursorem tego kierunku nauczania. Ks. dr Stanisław Wilczewski zmarł w wieku 94 lat, 12 czerwca 1980 roku w Katowicach-Bogucicach. Jego grób znajduje się na cmentarzu przy ulicy Sienkiewicza w Katowicach (Szwed, b.r.).

W uznaniu zasług na polu pracy fonetycznej i logopedycznej 18 maja 1975 roku ks. drowi Wilczewskiemu przyznano „Śląską Nagrodę im. Tadeusza Ligonia”, zaś w południowej części Katowic jedną z ulic nazwano jego imieniem (Basista, 2012). 23 listopada 2011 roku, po dwóch latach starań Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 2 im. ks. dra Stanisława Wilczewskiego, miało miejsce odsłonięcie tablicy pamiątkowej przy siedzibie dawnego Instytutu Fonetycznego w Katowicach przy ulicy Poniatowskiego 34, gdzie żył i pracował ks. dr Wilczewski – prekursor śląskiej logopedii (Rawecka, Skrzypiec, 2012).

## Bibliografia

- Basista W., 1975: *Ks. Stanisław Wilczewski (w 60 rocznicę pracy fonetycznej i logopedycznej)*. „Tygodnik Powszechny”, nr 35, s. 6.
- Basista W., 1996: *Wilczewski Stanisław (1986-1980)*. W: Pater M., red.: *Słownik biograficzny katolickiego duchowieństwa śląskiego XIX i XX wieku*. Księgarnia św. Jacka, Katowice, s. 459–461.
- Basista W., 1998: *Logopedia w życiu księdza dra Stanisława Wilczewskiego*. W: Nowakowska-Kempna I., red.: *Effata – otwarcie. Logopedia jako nauka interdyscyplinarna – teoretyczna i stosowana*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, s. 11–14.

Basista W., 2012: *Katowiczanie z wyboru. Słowo wygłoszone podczas odsłonięcia tablicy pamiątkowej*. „Forum Logopedyczne”, t. 20, s. 245–246.

Chęciek M., 2007: *Jąkanie. Diagnoza – terapia – program*. Impuls, Kraków.

Kostecka W., 2004: *Zintegrowany program terapii osób jąkających się*. AWH Antoni Dudek, Lublin.

Rawecka B., Skrzypiec Ł., 2012: *Ocalmy od zapomnienia – odsłonięcie tablicy pamiątkowej poświęconej ks. drowi Stanisławowi Wilczewskiemu*. „Forum Logopedyczne”, t. 20, s. 243–244.

Szewczyk L., 2013: *Księdza Stanisława Wilczewskiego troska o jakość słowa (kaznodziejskiego)*. „Logopedia Silesiana”, t. 2, s. 101–109.

Szwed I.: *Biografia ks. dra Stanisława Wilczewskiego*, maszynopis.

Wilczewski S., 1937: *Wyszkolenie fonetyczne jako nowy przedmiot o zasadniczym znaczeniu dla kształcenia nauczycieli. Sprawozdanie z 15-lecia pracy w Państwowym Seminarium Nauczycielskim w Pszczynie*. Drukarnia Pawła Mitreği w Cieszynie, Katowice.

Wilczewski S., 1967: *Teoretyczne założenia i metoda usuwania jąkania*. „Logopedia”, t. 7, s. 105–111.

## Streszczenie

Ksiądz dr Stanisław Wilczewski przeszedł do historii jako znakomity logopeda, teoretycznie i praktycznie działający na rzecz kultury żywego słowa, oraz jako uznany kaznodzieja. W pracy zawodowej cechowała go pokora wobec wiedzy, nieustanne doskonalenie warsztatu logopedy, zarówno od strony teoretycznej, jak i praktycznej, twórcze uczestnictwo w życiu naukowym, pasja badawcza i oryginalność własnych propozycji naukowych. Opracowanie ma na celu ukazanie różnych form działalności ks. Wilczewskiego, które świadczą o jego ogromnej trosce o jakość głoszonego słowa, a zwłaszcza podkreśleniu zasług jako prekursora śląskiej logopedii.

## Summary

Father Stanisław Wilczewski, known as an excellent speech therapist, actively worked both theoretically and practically to improve the culture of the spoken word while also being a recognized preacher. In his professional career he was known for his humility towards knowledge, his continuous pursuit to improve his speech therapy skills and abilities in understanding its theoretical and practical aspects as well as his passion for creative participation in scientific research and originality of his scientific hypotheses. This chapter aims at showing the diversity of activities undertaken by Father Wilczewski, which testify to his great concern for the quality of the preached word and especially emphasize his merits as a precursor of the Silesian Speech Pathology.





## ***Swoiste zjawiska językowe występujące w tekstach dialogowych i narracyjnych tworzonych przez osoby jękające się***

*Specific language phenomena in dialogues and narratives created by people who stutter*

### **Wprowadzenie**

Dialog i narracja są podstawowymi sposobami komunikacji międzyludzkiej. Sprawne posługiwanie się mową jest jednym z warunków aktywnego, twórczego uczestniczenia człowieka w życiu społecznym. Edward Łuczyński podkreśla, że język odgrywa współcześnie bardzo ważną rolę w społeczności ludzkiej. Ludzie, którzy mniej sprawnie posługują się językiem lub nie posiadli tej umiejętności, są skazani na marginalizację społeczną. Możliwość porozumiewania się z innymi ludźmi czyni człowieka pełnoprawnym członkiem społeczności językowej (Łuczyński, 2005).

Przywołując kognitywną interpretację człowieka jako istoty poznającej poprzez język i w języku, należy podkreślić, że wszechstronne i pełne posługiwanie się językiem jest istotnym elementem bytu człowieka. Wobec tego nie da się sprowadzić opisu mowy osób jękających się wyłącznie do analizy zniekształceń substancji fonicznej wypowiedzi. Posługiwanie się językiem – jak podkreśla Danuta Pluta-Wojciechowska (2011) – to nie tylko warstwa dźwiękowa (segmentalna i suprasegmentalna), ale również kształt i struktura budowanych tekstów werbalnych.

### **Jąkanie a zniekształcenie wypowiedzi**

Jąkanie, zgodnie z typologią zakłóceń mowy autorstwa Stanisława Grabiasa, zaliczane jest do zaburzeń mowy związanych z brakiem lub niedowładem sprawności realizacyjnych (2001). W literaturze przedmiotu podkreśla się, że jąkanie jest zaburzeniem płynności realizacji ciągu fonicznego, wraz z którym zaburzona jest intonacja i akcent, co wpływa na zniekształcenia tworzonego tekstu i prowadzi do zaburzeń spójności wypowiedzi (Grabias, 1997). Grażyna Jastrzębowska (2003) podkreśla, że zaburzenia realizacji (nadawania) wypowiedzi słownej przy prawidłowo rozwiniętych kompetencjach mogą prowadzić

do zniekształceń tekstu. Zbigniew Tarkowski (1987) zwraca uwagę na to, że podczas rozwoju jąkania na płaszczyźnie lingwistycznej obserwuje się coraz wyraźniejsze zaburzenia treści i formy wypowiedzi. Jolanta Panasiuk i Tomasz Woźniak (2001) stwierdzają, że w przypadku wypowiedzi tworzonych przez osoby jękające się można mówić o tekstach patologicznych, w których naruszona jest substancjalna forma znaku. W przypadku jąkania występują bowiem utrudnienia realizacyjne, które przerywają płynność ciągu fonicznego wypowiedzi, co utrudnia rekonstrukcję semantycznego i gramatycznego kształtu wypowiedzi.

Z oparcia się na przytoczonych wyżej tezach oraz wyjścia z założenia o bardzo ważnej roli wypowiedzi dialogowych i narracyjnych w codziennym funkcjonowaniu człowieka wynika podstawowy cel podjętych badań. Założono, że fakt, iż jąkanie jest zaburzeniem charakteryzującym się brakiem lub niedowładem sprawności realizacyjnych rzutuje na sposób tworzenia wypowiedzi i może prowadzić do zniekształceń w obrębie budowanych tekstów oraz zubażać potencjał interakcyjny i społeczno-kulturowy osób jękających się. Jednocześnie starano się ustalić, jakie strategie osoby jękające się wykorzystują w celu radzenia sobie z niepełnością i zwiększenia efektywności komunikacji.

W niniejszym rozdziale skupiono się na omówieniu tylko jednego aspektu, a mianowicie na opisie najbardziej reprezentatywnych cech ramy inicjalnej i finalnej wypowiedzi dialogowych i narracyjnych, tworzonych przez osoby jękające się.

### **Organizacja badań i opis grupy badawczej**

Badania ustnych wypowiedzi dialogowych i narracyjnych osób jękających się przeprowadzono podczas turnusów terapeutycznych, organizowanych przez Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Jękających się „Ostoja” i Fundację „Frogos” w 2007 i 2008 roku. Grupa badawcza liczyła 40 osób jękających się w wieku od 12 do 28 lat. Badaniami objęto 11 dziewcząt i 29 chłopców, co stanowi odpowiednio 27% i 73% grupy badawczej. Czas pojawienia się niepełności przedstawia się następująco: do 6. roku życia u 80% badanych, od 7. do 14. roku życia u 12% badanych, powyżej 14. roku życia u 5% badanych. Dwie osoby (5%) nie były w stanie określić czasu pojawienia się niepełności. Uzyskane dane wskazują, że osoby badane zmagają się z jękaniem od wielu lat, co prawdopodobnie ma wpływ na wypracowanie strategii radzenia sobie z niepełnością oraz na sposób komunikacji z innymi ludźmi.

## Kompozycja wypowiedzi narracyjnej i dialogu tekstów tworzonych przez osoby jękające się

Odwołując się do lingwistyki kognitywnej, można mówić o kompozycji wypowiedzi narracyjnej i dialogu, w której tekst jest traktowany jako całość i dopasowywany do innej całości – wzorca tekstowego. Każda wypowiedź – jak podkreśla Krzysztof Kaszewski – jest strukturą, zorganizowaną wewnętrznie całością myślową. Struktura tekstu odzwierciedla organizację myślową wypowiedzi (2006). Za składniki obligatoryjne struktury tekstu uznawana jest rama inicjalna i finalna. Silne sygnały początku i końca tekstu wzmacniają spójność tekstu, wyodrębniają go jako całość i wpisują w konkretny gatunek mowy. Każda dłuższa wypowiedź, a szczególnie wypowiedź narracyjna, powinna posiadać swoją ramę, mieć wyodrębniony początek i koniec. Urszula Żydek-Bednarczuk (2005) i Ewa Wolańska (2003) za strategiczne pozycje tekstowe uznają informacje umieszczane na początku oraz na końcu kolejnych akapitów. Wynika to z funkcjonowania aparatu poznawczego człowieka, który najlepiej zapamiętuje i wyodrębnia elementy na krańcach ciągu.

Ramę inicjalną analizowanych wypowiedzi dialogowych i narracyjnych osób jękających się tworzą najczęściej wymienione i omówione niżej środki językowe.

### A. Powiadomienia słowne, które bezpośrednio informują o początku wypowiedzi

Rama inicjalna otwiera tekst, stanowi wprowadzenie do tematu wypowiedzi. W analizowanych tekstach rama inicjalna w wypowiedzi narracyjnej pojawiała się najczęściej w formie zapowiedzi treści mającej nastąpić wypowiedzi. Dane zjawisko zanotowano u 20 z 40 badanych osób, np.:

- K.2: Dobrze, to pooopowiadam coś o sobie. Mam na imię y Karol<sup>1</sup>.
- M.3: No cóż. No mmmogę mmmogę troszkę opowiedzieć nnno o sobie.
- A.4: Op[?]p\powie[?]em<sup>2</sup> o sobie, o mmmoich mmmiejscach, które zwiedziłam w Polsce.
- P.15: To może opowiem o swoim jękaniu.

<sup>1</sup> Ustalając zasady transkrypcji, korzystano głównie z symboli zaczerpniętych z Międzynarodowego Alfabetu Fonetycznego IPA dotyczącego niepełności mówienia [online, dostęp: 6.06.2007], dostępny w internecie: <<http://web.uvic.ca/ling/resources/ipa/charts/ExtIPAChart02.pdf>>, oraz na rozwiązaniach przyjętych przez Peggy Dalton i Williama J. Hardcastle'a (1977).

<sup>2</sup> Symbol [?] oznacza zware krtaniowe (ang. *glottal stop, blocks*), blokowanie.

Osoby badane, werbalizując swój zamiar komunikacyjny, często używały nazwy konkretnego gatunku wypowiedzi (np. opowiadania). Zastosowanie takiej ramy inicjalnej uspólnia wypowiedź, stwarza pewną ramę interpretacyjną, ułatwia zrozumienie i odniesienie się do komunikatu przez odbiorcę wypowiedzi.

## **B. Powtórzenie części lub całości wypowiedzi za partnerem w replice w formie pytania**

Przytoczone poniżej przykłady uwidaczniają, że swoiste dla wypowiedzi osób jąkających się jest tworzenie ramy inicjalnej poprzez dosłowne powtórzenie części lub całości pytania postawionego przez interlokutora również w formie pytania. Dane zjawisko zaobserwowano u 14 badanych osób. Wydaje się, że ten typ środka inicjującego wypowiedź jest rzadszy w mowie osób niejąkających się.

- B: A negatywy? K.2: Negatywy? Znaczy ja tak odbieram, że może jakbym się nie jękał, byłbym innym [...].
- B: Co sprawia ci największą radość? K.3: Yyy yyy tak największą radość? Yyy spotkanie się z y [?]rodziną, z bratem, zzz kimś jeszcze [...].
- B: Co sprawia, że inni ludzie się cieszą? K.3: Y y co sprawia? No myślę, że może są w pewnym sensie szszszczęśliwi [...].

Tekst odpowiedzi rozpoczynanej pytaniem – jak podkreśla Barbara Boniecka (2000) – jest przejawem paralelizmu składniowego między pytaniem i odpowiedzią w dialogu. Świadczy to o spójności formalnej tekstu zarówno w płaszczyźnie formalnej, jak i gramatycznej. Taki układ, w którym odpowiedź przechwytuje z pytania jego schemat strukturalny, jest jedną z bardziej produktywnych kompozycji w dialogu. W przypadku tekstów tworzonych przez osoby jąkające się należy jednak wziąć pod uwagę, iż powtórzenia w formie pytania części lub całości pytania postawionego przez interlokutora również może wynikać z kilku przyczyn: po pierwsze, ze względu na trudności w realizacji wypowiedzi tworzenie ramy inicjalnej poprzez powtórzenie słów przedmówcy może być sposobem na porządkowanie informacji, przetwarzanie tematu; po drugie, daje czas do namysłu, do przygotowania swojej wypowiedzi; po trzecie, często pełni również dodatkową funkcję, jest starterem, pomaga w rozpoczęciu wypowiedzi; po czwarte, maskuje trudności związane z rozpoczęciem wypowiedzi.

Należy tu podkreślić, iż zjawisko dokładnego powtórzenia pytania lub jego części za rozmówcą w formie pytania obserwowane w wypowiedziach osób badanych może być dość irytujące dla odbiorcy. U Ł.6 na 26 replik aż 8 rozpoczynano się od dokładnego powtórzenia w formie pytania części lub całości pytania postawionego przez interlokutora. Dopiero po powtórzeniu pytania następowała odpowiedź. Strategia zastosowana przez Ł.6, czyli powtórzenie pytania za interlokutorem, wyraźnie opóźniała rozpoczęcie wypowiedzi na określony temat.

### C. Powtórzenie części lub całości repliki za partnerem

Ten rodzaj tworzenia ramy inicjalnej, polegający na powtórzeniu wyrazu, wyrażenia, całej frazy z poprzedniej wypowiedzi, często pojawia się w analizowanych tekstach osób jaskających się (dane zjawisko wystąpiło w wypowiedziach 28 osób).

- B: Co sprawia ci największą radość? K.2: Największą radość sprawia mi bycie z osobami, które lubię.
- B: Pamiętasz początek swojego jaskania? A.4: P[?]początek jaskania był nagły.
- B: Co sprawia ci największą radość? A.9: Największą radość sprawia mi, no\no<sup>3</sup> trudno powiedzieć, no\no chyba przebywanie tutaj na tym turnusie.

Powtórzenia leksykalne są jednym ze sposobów na uzyskanie strukturalnej spójności. Analizowany materiał potwierdza obserwacje Urszuli Żydek-Bednarczuk (1994), że rozmówca często stosuje powtórzenie tych samych jednostek leksykalnych, by rozpocząć temat. Czasem powtórzenie, jak zaznacza badaczka, ma na celu opóźnienie wypowiedzi. W podanych wyżej przykładach widać, że wykorzystanie przez osoby jaskające się powtórzenia słów rozmówcy w dialogu i narracji pomaga w organizacji tekstu, zwłaszcza w rozpoczęciu rozmowy.

<sup>3</sup> Symbol \ oznacza powtórzenia (ang. *reiterated articulation, sound and syllable repetition, part-word repetition, phrase repetition*) jednokrotne lub wielokrotnie danej głoski (*p\p\pani*), sylaby (*pa\pa\pani*), wyrazu (*pani\pani*) lub frazy (*przyszła\przyszła pani*); zapis adekwatny do zaistniałych objawów niepełności.

## D. Sygnały inicjujące, które wprowadzają temat

Urszula Żydek-Bednarczuk, zajmująca się badaniem struktury tekstu rozmowy potocznej, wydzieliła początki replik poprzedzające i wprowadzające temat ze względu na budowę gramatyczną i pełnioną funkcję. Odnotowane zostały: 1) formuły pozdrowień, 2) zwroty adresatywne, 3) incipity emocjonalne, 4) quasi-czasownikowe sygnały kontaktu, 5) spójniki jako sygnały pełniące funkcję konatywną, 6) połączenia różnych incipitów (1994).

Obserwacje dokonane na zebranych materiale wskazują na wysoką frekwencję występowania trzech ostatnich incipitów. Trzy pierwsze wymienione przez Żydek-Bednarczuk incipity nie zostały odnotowane. Wiąże się to prawdopodobnie z faktem, że przeprowadzana rozmowa była nagrywana, a rozmówcy nie pełnili równorzędnych ról w komunikacji.

### D.a. Quasi-czasownikowe sygnały kontaktu

W badanych tekstach wysoką frekwencją odznaczył się quasi-czasownikowy sygnał kontaktu *znaczy*. Kazimierz Ożóg (1990) w *Leksykonie metatekstowym współczesnej polszczyzny mówionej* do formuł wprowadzających wyjaśnienie zaliczył leksemy: *po prostu, znaczy*.

W analizowanym materiale quasi-czasownikowy sygnał kontaktu *znaczy* wystąpił w incipicie 21 razy u 10 badanych osób. Najczęściej pojawił się u R.5 (8 razy) oraz u M.30 (4 razy). Pojawiły się też przykłady, w których formuła *znaczy* otwiera replikę i zapowiada wypowiedzi wyjaśniające, będące odpowiedzią na postawione pytanie partnera („Skoro pytasz – wyjaśniam”), np.:

- B: Opowiedz mi o jakiejś książce. M.30: **Znaczy** właśnie ja bardzo rza\rzadko czytam książki, czy\czyli właściwie wtedy, kiedy muszę, są to le\lektury.
- B: O tym, gdzie spędzałaś wakacje, gdzie chciałybyś pojechać? M.30: **Znaczy** w tym roku wakacje głównie spędzałam w domu i na spotkaniach z ludźmi.

W analizowanym materiale pojawiło się też kilka przykładów, w których quasi-czasownikowy sygnał kontaktu *znaczy*, mimo swojego stopnia skonwencjonalizowania w roli sygnału inicjującego, pełni inną funkcję, a mianowicie embolofrazji. Funkcja wprowadzająca wyjaśnienie jest tylko pozorna. Podane zjawisko jest najbardziej prototypowe dla wypowiedzi R.5:

- R.5: Znaczy no, gdzie lubię wyjeżdżać?
- R.5: Znaczy rady, rady, jakie rady mógłbym przekazać. Znaczy no jakie rady.
- B: Czy sama obecność twoja tutaj? R.5: Znaczy myślę, no na pewno w dużej mierze sama obecność, poznanie jakby innych ludzi z tym samym problemem.
- B: Pamiętasz początki swojego jąkania? Jak to się zaczęło? A.32: Znaczy, jak to się, dlaczego się właśnie zaczęłam jąkać?

W podanych wyżej przykładach wypowiedzi R.5 użycie quasi-czasownikowego sygnału kontaktu *znaczy* wynika z nawyków artykulacyjnych i pełni funkcję startera, czyli słowa pomagającego w rozpoczęciu wypowiedzi. Jest to swoista strategia radzenia sobie z niepełnością.

#### D.b. Sygnały w funkcji incipitów

Swoistymi sygnałami w funkcji incipitów charakterystycznymi dla polszczyzny mówionej są: *no*, *a*, *ee*, *że*, *to*, *bo* (Żydek-Bednarczuk, 1994), *ale*, *a*, *bo*, *więc*, *no więc*, *i*, *to* (Ożóg, 1990). Są one przedtaktem do wprowadzenia tematu, zapoczątkowują replikę bądź nową całość informacyjną wewnątrz repliki. W przypadku analizowanych wypowiedzi tworzonych przez osoby jękające się formuły rozpoczynające replikę różniły się od języka mówionego w normie. Za normatywny punkt odniesienia potraktowano *Leksykon metatekstowy współczesnej polszczyzny mówionej* autorstwa Kazimierza Ożoga (1990).

W zebranych tekstach osób jękających się można zaobserwować wysoką frekwencję incipitu w formie wydłużonego dźwięku *y* oraz incipitu w formie partykuły *no* (oraz połączenia, np. *no tak*, *no to*, *no coś*, *no więc*). Incipit w formie partykuły *no* wystąpił u 29 z 40 badanych osób, natomiast incipit w formie dźwięku *y* u 23 z 40 badanych osób. Jest to dość wysoki odsetek, jeśli uwzględniony zostanie fakt, że wypowiedzi niektórych osób były bardzo krótkie (składały się tylko z kilku replik). Część osób rozpoczynała swoje repliki od wybranego incipitu, np. A.21 na 13 replik 7 rozpoczyna się od incipitu *no*; A.22 na 24 repliki 11 rozpoczyna od incipitu *no*; A.9 na 17 replik 7 rozpoczyna od incipitu *no*. W przypadku incipitu *y* pojawił się on najczęściej u M.27 – na 38 replik 9 rozpoczynało się od niego. Poniżej przedstawiono przykłady.

- M.3: yyy yyy tak yyy chciałabym yyy dostać yyy szszszczura takiego yyy du...<sup>4</sup> dużego y z y [?]białym y futerkiem i grubym ogonem albo y albo y ssskoczyć na bungee.
- A.4: Yyy kontakt z przyjaciółmi, wyjazdy, yyy, różnego rodzaju w dalekie strony, mmm.
- Sz. 10: No i nie ukrywam, że że oddałbym wszystko, żeby się pozbyć mojej wady.
- A.4: No bo to jest raczej dolegliwość ciężka i upokarzająca iii raz a porządnie wziąć połknąć tableteczkę i by załatwiło wszystkie problemy.
- J.20: No chciałem się wyleczyć z mojego pro\pro\problemu, bo sprawia mi to dużą trudność w życiu.

Kazimierz Ożóg (1990) zwraca uwagę na to, że w spontanicznych tekstach mówionych quasi-spójniki obciążone są funkcją metatekstową, tzn. ich użyciem rządzi motyw konstrukcyjny, gdyż wspierają one tworzenie tekstu mówionego, jednak w przypadku analizowanych tekstów osób jękających się podane powyżej przykłady świadczą o występujących trudnościach realizacyjnych. Rozpoczęcie wypowiedzi jest trudne dla osób jękających się, z tego powodu też widoczna jest znacząca frekwencja quasi-spójników. Pojawiają się one jako startery w wypowiedziach, często są kilkukrotnie powtarzane. Najczęściej zjawisko powtarzania zostało zaobserwowane w wypowiedzi A.9, np.:

- A.9: No no to\no to chyba byłby\byłby o o Stone Martin numer 9.
- A.9: No\no\no\no gdyby istniało to tak.
- A.9: No\no\no\no ćwiczyć przede\przede wszystkim, bo to wszystko zależy od własnej pracy.

Kilkukrotne powtórzenia quasi-spójników w funkcji incypitów czy też wielo-elementowe sygnały w funkcji incypitów mogą być objawem patologicznym. Zamiast wprowadzać element spójnościowy, zaburzają spójność wypowiedzi. Świadczą one o trudnościach realizacyjnych nadawcy wypowiedzi, np.:

- A.9: No\no y o...yyy ogólnie\ogólnie zawsze miałem problemy z płynnością mowy.
- J.1: No tak, no to\no to wydarzyło się\się cz\cztery lata temu.
- M.3: Nnno myślę, że y na pewno yyy na pewno chyba warto.

---

<sup>4</sup> Symbol ... oznacza urwanie wypowiedzi, wyrazu, sylaby lub głoski, np. *po...* (ang. *broken words*).



W normie językowej – jak zaznaczył Ożóg – incipity służą do wprowadzenia nowej repliki bądź wewnątrz niej nowej całości językowej (1990). W przypadku jąkania wymienione incipity nie występują tylko na początku wypowiedzi czy nowej całości językowej, ale pojawiają się w dowolnym miejscu wypowiedzi i pełnią funkcję embolofrazji, przez co odbiorca może mieć trudności z odczytaniem komunikatu, np.:

- A.21 [...] No to pe\pewna dziewczyna ry\rysowała bardzo ładne rysunki no i tak po no i tak chciałem, no chciałem, no że ja też za\zacznę. No i pierwsze rysunki mi się nie podobały bardzo, no były takie jakieś takie dziwne, brzydkie no i za... no i postanowiłem już\już\już w roku szkolnym, że znajdę strony w Internecie, które po... które pomogą mi udoskonalić swoją kreskę [...].

#### D.c. Quasi-spójniki jako sygnały pełniące funkcję konatywną

Kazimierz Ożóg (1990) wśród operatorów metatekstowych wymienia quasi-spójniki: *ale, a, bo, więc, i, to*. Wśród nich największą frekwencją występowania w polszczyźnie mówionej odznaczają się *ale, bo, a*.

W analizowanych wypowiedziach osób jąkających się quasi-spójnik *a* wystąpił w incipicie u 5 osób. Najczęściej pojawił się u Ł.6 (na 28 replik rozpoczął 7 z nich), np.:

- B: Pomaga ci ten palec? Ł.6: A powiedzmy a nie ssskupiam się tak na tym wyrazie, a na którym mam blok, tylko bardziej nna tutaj a dłoni.

Nietrudno zauważyć, że wysoka frekwencja występowania quasi-spójnika *a* w wypowiedzi Ł.6 wynika z trudności realizacyjnych i jest spowodowana chęcią przełamywania tych ograniczeń. U Ł.6 *a* było prawdopodobnie „słowem-kluczem” pomagającym w utrzymaniu płynności, z czasem jednak zaczęło się ono pojawiać nagminnie, wnikać w konstrukcję tekstu. Tak wysoka frekwencja występowania zaburza konstrukcję wypowiedzi, rozbija jej spójność i utrudnia odbiór komunikatu. Nagromadzenie incipitu *a* jest szkodliwe dla komunikacyjnej strony wypowiedzi. Jan Mazur podkreśla, że „w ekstremalnych wypadkach każde zdanie lub wypowiedzenie może być wprowadzane sygnałem otwarcia, co prowadzi niejako do powstania karykatury tekstu oralnego” (1986: 36).

## E. Zakończenie wypowiedzi

Rama finalna wypowiedzi osób jaskających się daje się sprowadzić do kilku opisanych dalej elementów.

### E.a. Sytuacja wyczerpania tematu sygnalizowana przez elementy terminalne typu: *no to tyle, to już wszystko, koniec*

- K.2: No tyle.
- A.4: Yyy i to wszystko.
- Sz. 10: No i tyle, co mogę powiedzieć o tym turnusie.
- R.18: No i ten tam.
- P.25: Koniec.

Przytoczone wyżej operatory końca: *no tyle, i wszystko, koniec*, wprowadzające zakończenie, są najbardziej typowe dla wypowiedzi potocznych. Nadawca decyduje o zakończeniu wypowiedzi i finalizuje swoje opowiadanie sygnałem zamknięcia. Operatory końca w analizowanym materiale zostały zredukowane do minimum, czego najbardziej reprezentatywnym przykładem jest element *no i już*, który pojawił się w ramie finalnej wypowiedzi N.35, oraz element *i tak o*, który pojawił się dwukrotnie jako zakończenie wypowiedzi R.18. Świadczy to o zaplanowaniu wypowiedzi w jej części końcowej, ale zawiera również duży ładunek emocjonalny. Osoba badana wyraża radość z zakończenia swojej wypowiedzi. Podane wyżej operatory końca wystąpiły w wypowiedziach 15 spośród 40 badanych osób.

### E.b. Sytuacja wyczerpania tematu sygnalizowana przez element pytania skierowanego do odbiorcy wypowiedzi

W analizowanym materiale pojawiło się kilka przykładów zakończenia wypowiedzi poprzez „przekazanie głosu” osobie prowadzącej badanie. Nadawca komunikuje o zamknięciu swojej wypowiedzi, doprowadzeniu jej do zamierzonego punktu, zadając odbiorcy wypowiedzi pytanie, np.:

- K.2: Dalej ciągnąć moją opowieść?
- A.23: No to koniec. Co jeszcze mam powiedzieć?
- Ł.7: Co jeszcze można powiedzieć?

Jest to, jak podkreśla Małgorzata Kita (1998), eksplicytny wskaźnik zakończenia własnej wypowiedzi, głos przekazany partnerowi. Taka kompozycja w formie

pytania skierowanego do odbiorcy wypowiedzi uwzględnia odbiór komunikatu przez partnera interakcji. Jednocześnie należy podkreślić, że jest to przerwienie ciężaru rozmowy na odbiorcę. To on ma zdecydować, czy udzielone informacje były wystarczające.

### E.c. Sytuacja wyczerpania tematu sygnalizowana przez elementy niejęzykowe (śmiech) lub embolofrazje

W analizowanym materiale pojawił się kilkakrotnie u J.1 element niejęzykowy w formie śmiechu. jako sygnał wyczerpania tematu, np.:

- J.1: Musze przyznać, że korzystałem z tego czasami (śmiech).
- J.1: N[?]... na... n[?]... na.. nawet już mam zzz\zzz\za\za sobą jakieś wystąpienia publiczne, takie prezentacje (śmiech).

Urszula Żydek-Bednarczuk (1994) podkreśla, że śmiech występuje najczęściej w postaci sygnału zamknięcia wypowiedzi. Może wyrażać zadowolenie lub zakłopotanie. Przytoczone przykłady wskazują, że elementy niewerbalne pojawiające się w mowie osób jękających się często mają na celu rozładowanie napięcia emocjonalnego nadawcy. Pełnią jednocześnie funkcję retardacyjną, dają możliwość zastanowienia się nad dalszą konstrukcją wypowiedzi, są również przerywnikiem w mowie, który pozwala interlokutorowi przejąć inicjatywę w rozmowie.

Śmiech może jednocześnie służyć odwróceniu uwagi od jękania. Potwierdza ją to słowa M.3, która mówi, że śmiechu (uśmiechu) używa w sytuacjach, gdy trudniej jej się wypowiedzieć: *No yyy też yyy ostatnio yyy no zauważyłammm, że jak y troszke mmmi ciężej jest mi mówić, to po prostu dużo sieee no uśmiecham, i\i\i żeby tego roz\roz\rozmówce tak troszke tak [?]rozweselić. No to mmmoże przez to by aż tak nie\nie zzzwrócił uwagi, że tak\że tak mi jest akurat w tej chwili y ciężko, czy tam.*

Podobną funkcję pełnią wokalne embolofrazje, najczęściej w formie samogłoski y (zwykle przedłużonej).

- Ł.11: Y a o... oprócz tego lu... luubię słuchać muuzyki, grać na kom... na komputeerze w y w g... w gry samochodowe y.
- A.24: Negatywne no to na pewno rozmowa z rówieśnikami, przez telefon, czy\czy w sklepie żeby o coś poprosić, żeby coś kupić yyy.

Pojawiają się one jako wskaźniki mające poinformować odbiorcę wypowiedzi o jej zakończeniu. W przypadku wypowiedzi tworzonych przez osoby ją-

kające się rozmówca może mieć trudności z odczytaniem sygnału, iż jest to zamknięcie wypowiedzi, gdyż – jak to zostało zaznaczone wcześniej – embolofrazje są typowe dla ramy inicjalnej wypowiedzi osób jękających się. Używanie embolofrazji jako zakończenia wypowiedzi świadczy o trudnościach w formułowaniu dłuższej wypowiedzi, może też być ucieczką od dalszego wypowiedzienia się.

#### E.d. Sytuacja wyczerpania tematu sygnalizowana poprzez przerwanie wypowiedzi

Pojawiło się też kilka przykładów, gdy nastąpiło niespodziewane przerwanie wypowiedzi. Oznacza to, że właściwie nie została ona zakończona. Ilustrują to poniższe przykłady:

- M.30: Tutaj właśnie na\na\na obozie spędzam fajne dni z koleżankami z pokoju. No i...
- A. 32: Poza tym tam jest właśnie szwedzka szkoła, więc się trochę boję, że nie wiem, czy tam się właśnie odnajdę w tej szkole, bo w sumie, tak za bardzo szwe... właśnie szwedzkiego właśnie nie umiem, ale jak nie wyjdzie, to mam zamiar pójść do szkoły właśnie fotograficznej w Słupsku, do liceum. No i...

Krystyna Jałowiczor w artykule *Wypowiedzenia wykołajone jako typowa struktura dialogowej formy współczesnej polszczyzny* przyjmuje, że wypowiedzenia niedokończone to „wypowiedzenia nieświadomie przerwane z powodu ogólnego planu wypowiedzi, braku odpowiednich środków językowych dla wyrażenia myśli, interwencji innego rozmówcy, a także z powodów pozajęzykowych, jak np. zmiany w konsytuacji. Nie są to jednak zdania eliptyczne [...]. Nie są to też wypowiedzenia przerwane celowo (np. ze względów eufemistycznych). Mówiący najczęściej nie wraca już do rozpoczętego zdania” (1978: 191).

Zwracając uwagę na wnioski wysnute przez Jałowiczor, można uznać podane wyżej przykłady za oznakę niskich kompetencji komunikacyjnych nadawcy, niemożności doboru odpowiednich środków językowych, przewidzenia ram kompozycyjnych wypowiedzi, które pozwoliłyby na wyrażenie i skończenie myśli. W przypadku tekstów tworzonych przez osoby jękające się nie można pominąć znaczenia czynników psychicznych, mających wpływ na urwanie wypowiedzi, tzn. logofobii, chęci zakończenia kontaktu czy też trudności realizacyjnych, które mogą wywoływać trudności w formułowaniu wypowiedzi.

## Podsumowanie

W niniejszym artykule zostały wyodrębnione i opisane najczęstsze środki językowe i niejęzykowe pojawiające się w ramie inicjalnej i finalnej wypowiedzi osób jaskających się. Prototypowe dla wypowiedzi osób jaskających się są powtórzenia części lub całości repliki za partnerem, a także powtórzenia części lub całości wypowiedzi przedmówcy w formie pytania. Są to oznaki trudności w formułowaniu wypowiedzi, które w przypadku osób jaskających się mogą wynikać głównie z trudności realizacyjnych.

Powtórzenia części lub całości wypowiedzi przedmówcy w formie pytania wydają się strategią radzenia sobie z trudnościami osób jaskających się z wystartowaniem z mową. Zabiegi mające pomóc osobie jaskającej się w rozpoczęciu wypowiedzi w normalnej mowie pełnią funkcję retardacyjną (opóźniającą). Jednocześnie występując w nadmiarze, jak miało to miejsce w wypowiedzi Ł.6, może prowadzić do zaburzenia kontaktu między nadawcą i odbiorcą wypowiedzi. Wypowiedź osób jaskających się jest rozciągnięta w czasie, co może utrudniać jej odbiór przez słuchacza. Aby akt komunikacji był zadowalający dla obu stron, bardzo ważne jest nastawienie odbiorcy wypowiedzi i zrozumienie trudności osoby jaskającej się.

Prototypowe dla wypowiedzi osób jaskających się jest rozpoczynanie swojej kwestii od quasi-czasownikowego incipitu *znaczy*, quasi-spójnikowego incipitu *a* oraz sygnałów w funkcji incypitów: *no* i dźwięku *yyy*. Należy stwierdzić, że w przypadku analizowanych tekstów osób jaskających się wyżej wymienione incypity rzadko pełnią funkcję porządkowania i spajania tekstu. Częściej są one sygnałem trudności realizacyjnych osób jaskających się, a ich rola sprowadza się najczęściej do bycia „starterem” wypowiedzi.

U części badanych osób stwierdzono wysoką częstotliwość w rozpoczynaniu repliki od danego incipitu (np. R.5 – *znaczy*; Ł.6 – *a*; A.9 – *no*; A.21 – *no*; A.22 – *no*), co wiąże się ze zjawiskiem habituacji. Wysoka frekwencja użycia danego incipitu w budowanych wypowiedziach stanowi swoiste odbicie poziomu ich utrwalenia. Mówca posługuje się nimi automatycznie, gdyż przywołanie ich z pamięci i użycie nie wymaga wysiłku kognitywnego. Stają się one słowami-kluczami, które wypełniają lukę myślową, są sygnałem dla odbiorcy, że proces mówienia trwa nadal. Są one jednak pustymi słowami, niewnoszącymi do komunikacji istotnych treści, przez co wysoka częstotliwość ich użycia wpływa na zaburzenie spójności wypowiedzi i utrudnia słuchaczowi odbiór komunikatu.

Zakończenie wypowiedzi dialogowych i narracyjnych w tekstach osób jąkających się było zredukowane do minimum, często pomijane. Sytuacje wy-czerpania tematu sygnalizowane były przez elementy terminalne typu: *no to tyle, to już wszystko, koniec*, przez pytanie skierowane do odbiorcy wypowiedzi, urwanie wypowiedzi oraz elementy niewerbalne. Osoby jąkające się często starały się przerzucać ciężar rozmowy na odbiorcę wypowiedzi (pytanie skierowane do odbiorcy, elementy niejęzykowe). Jednocześnie w żadnej z analizowanych wypowiedzi narracyjnych nie pojawiły się w zakończeniu wnioski o charakterze interpretacyjnym czy też wartościującym.

Z przedstawionych danych wynika, że jąkanie rzutuje na sposób tworzenia wypowiedzi. Trudności na poziomie realizacyjnym wpływają na to, że rozpoczęcie i zakończenie wypowiedzi jest dla osób jąkających się szczególnie trudne. Mam nadzieję, że ustalenie zjawisk prototypowych dla mowy dialogowej i narracyjnej osób jąkających się pozwoli na udoskonalenie diagnozy i planu terapii logopedycznej oraz psychologicznej osób jąkających się, umożliwi skupienie się nie tylko na analizie częstości nie płynności mówienia, ale również na obserwacji poziomu umiejętności konwersacyjnych osób jąkających się. Do planu terapii młodzieży i dorosłych osób jąkających się należałoby dołączyć doskonalenie umiejętności wypowiadania się.

## Bibliografia

- Boniecka B., 2000: *Struktura i funkcje pytań w języku polskim*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Dalton P., Hardcastle W.J., 1977: *Disorders of fluency and their effects on communication*. Edward Arnold, London.
- Grabias S., 1997: *Mowa i jej zaburzenia*. „Audiofonologia”, nr X, s. 9–36.
- Grabias S., 2001: *Perspektywy opisu zaburzeń mowy*. W: Grabias S., red.: *Zaburzenia mowy*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin, s. 11–43.
- Jałowiczor K., 1978: *Wypowiedzenia wykolejone jako typowa struktura dialogowej formy współczesnej polszczyzny*. W: *Studia nad składnią polszczyzny mówionej. Księga referatów konferencji poświęconej składni i metodologii badań języka mówionego (Lublin 6-9 X 1975)*. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław, s. 189–194.
- Jastrzębowska G., 2003: *Wprowadzenie. Problemy terminologiczne i definicyjne*. W: Gałkowski T., Jastrzębowska G., red.: *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. T. 2. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole, s. 9–36.

Kaszewski K., 2006: *Język dyskusji radiowej. Analiza wypowiedzi słuchaczy w Programie III Polskiego Radia*. Wydawnictwo Naukowe Semper, Warszawa.

Kita M., 1998: *Wywiad prasowy. Język – gatunek – interakcja*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.

Łuczyński E., 2005: *Mowa a język. Podstawy językowe neurologopedii*. W: Gałkowski T., Szeląg E., Jastrzębowska G., red.: *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole, s. 13–42.

Mazur J., 1986: *Organizacja tekstu potocznego. Na przykładzie języka polskiego i rosyjskiego*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.

Międzynarodowy Alfabet Fonetyczny IPA, <http://web.uvic.ca/ling/-resources/ipa/charts/ExtIPAChart02.pdf> [dostęp: 6.06.2007].

Ożóg K., 1990: *Leksykon metatekstowy współczesnej polszczyzny mówionej. Wybrane zagadnienia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.

Panasiuk J., Woźniak T., 2001: *Pojęcie tekstu a zaburzenia mowy*. W: Grabias S., red.: *Zaburzenia mowy. Mowa. Teoria. Praktyka*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin, s. 108–132.

Pluta-Wojciechowska D., 2011: *Mowa dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków.

Tarkowski Z., 1987: *Jąkanie. Zagadnienia etiologii, diagnozy, terapii i prognozy*. Wydawnictwo ZSL, Warszawa.

Wolańska E., 2003: *Kompozycja i spójność wypowiedzi językowej. Strategiczne pozycje tekstowe*. W: Bańkowska E., Mikołajczuk A., red.: *Praktyczna stylistyka nie tylko dla polonistów*. Wydawnictwo Książka i Wiedza, Warszawa, s. 119–148.

Żydek-Bednarczuk U., 1994: *Struktura tekstu rozmowy potocznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.

Żydek-Bednarczuk U., 2005: *Wprowadzenie do lingwistycznej analizy tekstu*. Wydawnictwo Universitas, Kraków.

## Streszczenie

Rozdział poświęcony jest opisowi i analizie specyficznych zjawisk językowych występujących w tekstach dialogowych i narracyjnych, tworzonych przez osoby jękające się. Badaniom poddano grupę 40 osób. Główny akcent został położony na opisanie cech charakterystycznych dla ramy kompozycyjnej wypowiedzi. W pracy starano się naświetlić w nowy sposób ograniczenia wynikające z jękania, ale również strategie pomocne w ich przełamywaniu. Analiza wypowiedzi dialogowych i narracyjnych tworzonych przez osoby jękające się pozwala na lepszy wgląd w problemy i charakter trudności napotykaną przez nie w codziennej komunikacji, co może z kolei stać się bazą do tworzenia bardziej efektywnych i skutecznych metod terapii jękania.

## Summary

The chapter includes the description and analysis of specific linguistic phenomena occurring in the dialog and narrative texts produced by people who stutter. The study involved a group of forty people. The main goal was to describe the most representative characteristics of the compositional frame. The aim of the chapter was to highlight a new way of describing the constraints caused by stuttering and to present some supportive strategies to overcome these problems. An analysis of the dialog and the narratives by people who stutter provides a better insight into the nature of the problems and difficulties they encountered in daily communication. This may constitute a basis for creating more efficient and effective methods for treating stuttering.



## ***Płynność mówienia u dzieci z zaburzeniami efektoralnymi\****

*Speech fluency in children with effectoral disorders*

„Každy z nas mówi czasem niepłynnie...”

### **Wprowadzenie**

Wada w obrębie twarzoczaszki zmienia warunki rozwoju systemu foniczno-fonologicznego, co – mając na względzie miejsce występowania deformacji – tak naprawdę nie dziwi. Mimo że operacje chirurgicznego zamknięcia szczeliny rozszczepowej w niektórych ośrodkach są przeprowadzane dość wcześnie, bo w drugiej połowie 1. roku życia, to – jak pokazują badania – wiele dzieci z rozmaitymi zaburzeniami mowy potrzebuje pomocy logopedycznej w różnych okresach życia (Pluta-Wojciechowska, 2006, 2010, 2011).

Zaburzenia mowy u dzieci z wadą w obrębie środkowej części twarzoczaszki mają różnoraki charakter i intensywność. Można je generalnie określić jako dyslalię rozszczepową i alalię rozszczepową (Pluta-Wojciechowska, 2011). Dyslalia<sup>1</sup> rozszczepowa to proste zaburzenia rozwoju mowy, jakościowe zaburzenia tworzonych głosek – występują tu głoski nienormatywne – w kontekście

---

\* Zgodnie ze słownikiem efektor (łac. *effector* 'sprawca') to: „1. *biol.* narząd wykonawczy (np. mięsień, gruczoł) organizmu ludzkiego lub zwierzęcego, wykonujący daną czynność pod wpływem impulsów nerwowych, 2. *techn.* organ sterowniczy, za pomocą którego urządzenie (układ) oddziałuje na otoczenie, np. urządzenie do neutralizacji spalin” (*Uniwersalny słownik...*, 2004). Można zatem przyjąć, biorąc pod uwagę pierwsze znaczenie terminu *efektor*, że zaburzenia mowy o charakterze efektoralnym wiążą się z defektami narządów wykonawczych, a zatem także z podniebieniem. Narządy te są potrzebne do wykonywania ruchów związanych z tworzeniem głosek.

<sup>1</sup> Przyjmuję za Haliną Mierzejewską i Danutą Emilitą-Rożą, że dyslalia to zakłócenia dźwięków mowy, które mogą mieć różną przyczynę (1997). Koniecznie jednak należy zaznaczyć, że w literaturze logopedycznej spotyka się jeszcze inne rozumienie terminu *dyslalia*. W typologii zaburzeń, jaką proponuje Stanisław Grabias, termin *dyslalia* występuje w grupie zaburzeń mowy związanych z „niewykształconymi sprawnościami percepcyjnymi”, a dokładnie w kategorii: „alalia i jej wycofujące się stadium – dyslalia: kompetencje nie wykształcają się w ogóle lub wykształcają się w stopniu niewystarczającym do prawidłowej realizacji wypowiedzi w związku z niewłaściwie funkcjonującym słuchem fonematycznym”. Z kolei w grupie „zaburzeń mowy związanych z brakiem lub niedowładem sprawności realizacyjnych (przy zdobytych kompetencjach)” autor wymienia zaburzenia realizacji fonemów (w tym dysglosję) oraz zaburzenia realizacji ciągu fonicznego (w tym mowę bezkrtaniowców, gielkot i jąkanie) oraz zaburzenia realizacji fonemów i ciągu fonicznego (w tym anatrię i dyzatrię). Kolejna grupa zaburzeń to „zaburzenia mowy związane z rozpadem systemu komunikacyjnego” (1997: 32–33).

prawidłowego tempa i rytmu rozwoju, a także braku zmian ilościowych, związanych z liczbą tworzonych jednostek, czyli:

głoski nienormatywne + duża liczba często tworzonych produkcji  
(np. sylab w gaworzeniu, pierwszych wyrazów) + prawidłowe tempo  
i rytm rozwoju mowy.

Z kolei alalia rozszczepowa to złożone zaburzenia rozwoju mowy, jakościowe zaburzenia tworzonych głosek – występują tu głoski nienormatywne – a także mała liczba tworzonych jednostek i/lub rzadkie ich pojawianie się (np. mała liczba wyrazów i/lub rzadkie ich pojawianie się), i/lub zaburzenia tempa, i/lub rytmu rozwoju. Tworzenie jednostek przebiega zatem z wykorzystaniem głosek nienormalnych w kontekście różnej konfiguracji następujących cech, np.:

- opóźnienia w rozwoju mowy: głoski nienormatywne + opóźnione pojawianie się na przykład pierwszego wyrazu;
- zmiany rytmu rozwoju mowy: głoski nienormatywne + nagłe zahamowanie po wcześniejszym prawidłowym tempie rozwoju lub nagłe przyspieszenie rozwoju po wcześniejszym zahamowaniu;
- zmiany ilościowe: głoski nienormatywne, ale mała liczba tworzonych jednostek (sylab, wyrazów) i/lub rzadkie ich pojawianie się (Pluta-Wojciechowska, 2011).

W literaturze spotyka się opracowania podejmujące problematykę mowy dzieci z rozszczepem, których autorami są foniatry lub logopedzi, przy czym w Polsce większość publikacji na temat mowy dzieci z wadą rozszczepową dotyczy zaburzeń systemu fonetyczno-fonologicznego. Obszerny przegląd literatury na ten temat można odnaleźć w różnych opracowaniach (np. Gałkowski, Grossman, 1987; Pluta-Wojciechowska, 2006, 2010, 2011; Hortis-Dzierzbicka, 1999, 2004; Golding-Kushner, 2001; McWilliams, Morris, Shelton, 1990).

Do nielicznych polskich prac podejmujących problematykę nie tylko zaburzeń systemu fonetyczno-fonologicznego, ale także trudności dotyczących innych wymiarów użycia języka należy publikacja Tadeusza Gałkowskiego i Jerzego Grossmana (1987) oraz opracowanie Danuty Pluty-Wojciechowskiej (2011). Pierwsza z nich, oprócz danych z oceny realizacji fonemów, zawiera wyniki badań, które dotyczyły – mówiąc ogólnie – poziomu rozwoju mowy czynnej. O tym aspekcie mowy badacze orzekali głównie na podstawie oceny długości zdań i zasobu używanego przez dziecko słownictwa. Autorzy piszą: „Opóźnienie w rozwoju mowy u dzieci w młodszym wieku jest mniejsze niż

u dzieci starszych” (Gałkowski, Grossman, 1987: 70). Co interesujące, badacze formułują istotne uwagi o znaczeniu poziomu rozwoju mowy dla różnych czynności poznawczych. Piszą, że: „świat percepcji dziecka z rozszczepem podniebienia” jest uboższy, co wynika z innych – jak wskazują T. Gałkowski i J. Grossman – uboższych doświadczeń językowych. Badacze podkreślają rolę języka w kształtowaniu się takich procesów jak: zapamiętywanie, kojarzenie, różnicowanie i rozpoznawanie przedmiotów (Gałkowski, Grossman, 1987). Zauważmy, że badania podjęte przez autorów zostały przeprowadzone kilkadziesiąt lat temu, a wtedy operacje chirurgiczne przeprowadzane były innymi metodami niż obecnie. Inny wymiar miało także leczenie ortodontyczne oraz inaczej wyglądała terapia logopedyczna. Stąd narodziła się naturalna potrzeba analizy mowy dzieci z rozszczepem z uwzględnieniem niezbadanych do tej pory w Polsce aspektów.

Opracowanie Danuty Pluty-Wojciechowskiej (2011) jest relacją z wieloaspektowych badań, które dotyczyły posługiwania się językiem przez dzieci z rozszczepem w pierwszych trzech latach życia, a także w wieku 6.–7. i 9.–10 lat w porównaniu z dziećmi w tym samym wieku, ale bez wady. Badania pokazały, że mowa dzieci z rozszczepem różni się od mowy dzieci zdrowych nie tylko jakością substancji segmentalnej. Dzieci z wadą rozszczepową charakteryzuje – mówiąc ogólnie – mniejsza intensywność ekspresji werbalnej, pasywny styl komunikacji, a także odmienności związane z takimi umiejętnościami jak kategoryzacja, definiowanie słów, posługiwanie się metaforą czy meronią, uczenie się nowych słów.

Niniejsze opracowanie jest relacją z badań opisanych w pracy z 2011 roku, a dotyczących płynności mówienia dzieci z rozszczepem w porównaniu z dziećmi bez wady. Okazuje się, że także w tym względzie odnotowano odmienności.

## **O ontogenezie dziecka z rozszczepem**

Przystępując do referowania badań płynności mówienia dzieci z rozszczepem, warto przypomnieć cechy ich ogólnego modelu rozwoju. Taka wiedza ułatwi w dalszej kolejności interpretację wyników badań.

Grupa dzieci z wadą w obrębie twarzoczaszki nie jest homogeniczna. Różnice dotyczą na przykład historii leczenia, rodzaju operacji, reakcji rodziców na urodzenie dziecka z rozszczepem, długości i intensywności terapii logopedycznej, sposobu leczenia ortodontycznego. Można jednak wyodrębnić zespół cech, który wyróżnia tę grupę wśród innych:

- odmienne warunki anatomiczno-czynnościowe w obrębie jamy ustnej i jamy nosowej, określone morfologią wady rozwojowej (zob. np. Hortis-Dzierzbicka, Komorowska, 1996; Dudkiewicz, 1999; Murawski, 1996; Pisulska-Otremba, 1995; Pluta-Wojciechowska, 2006, 2010, 2011; Golding-Kushner, 2001; McWilliams, Morris, Shelton, 1990);
- odmienności tworzenia neurofizjologicznej bazy mowy, co ma związek ze sposobem wypełniania podstawowych funkcji fizjologicznych, takich jak oddychanie, pobieranie pokarmów i picie, czyli jednych z czynności prymarnych (zob. np. Stecko, 1996a, 1996b; Pluta-Wojciechowska, 2008, 2011, 2013; Golding-Kushner, 2001; McWilliams, Morris, Shelton, 1990);
- ryzyko wystąpienia niedosłuchu, co może mieć między innymi związek z dysfunkcją trąbek słuchowych (zob. np. Kowalski, 1971; Kubik, Namysłowski, Pisulska-Otremba, 1995; Kubik et al., 1995; Golding-Kushner, 2001; McWilliams, Morris, Shelton, 1990);
- poddawanie dziecka stałym zabiegom o charakterze leczniczym (ortodontycznym, laryngologicznym, chirurgicznym), w tym przeprowadzenie operacji chirurgicznej/operacji chirurgicznych (w różnym czasie w zależności od ośrodka leczenia wady rozszczepowej), które są radykalną, a zatem niepełną, zmianą cech fizycznych organizmu, co nie oznacza, że przebieg różnych funkcji po operacji także ulega radykalnej zmianie (zob. np. Pluta-Wojciechowska, 2011);
- ryzyko wystąpienia zaburzeń o charakterze emocjonalnym, pojawiających się w związku z przeżyciami dotyczącymi leczenia chirurgicznego, w związku z wyglądem własnej twarzy, niemożnością porozumiewania się; nie można wykluczyć wpływu postaw rodziców związanych z sytuacją urodzenia dziecka z rozszczepem (Szczepańska, Łyjak, Dudkiewicz, 1996; Pluta-Wojciechowska, 1996; Pawlica, 1998; Jakima, Szczepańska, 1996; Hortis-Dzierzbicka, 1999, 2004; McWilliams, Morris, Shelton, 1990; Hortis-Dzierzbicka, Stecko, Dudkiewicz, 2000);
- ryzyko wcześniejszego wykształcenia się kompetencji metajęzykowej, co najprawdopodobniej ma związek z wczesną, a czasem nadmierną korektą mowy dzieci (Pluta-Wojciechowska, 2011).

## Metodologia badań i charakterystyka badanej populacji

Badaniami objęto 80 dzieci od 6. do 10. roku życia, z tego:

- 39 z rozszczepem wargi i podniebienia (22 dzieci w 6.–7. r.ż. oraz 17 w 9.–10. r.ż.),
- 41 bez wad rozwojowych (22 dzieci w 6.–7. r.ż. oraz 19 w 9.–10. r.ż.).

W grupie badanych dzieci z wadą znajdowały się tylko takie, u których przeprowadzono podstawowe chirurgiczne operacje zamknięcia szczeliny rozszczepowej, a także inne operacje korekcyjne i uzupełniające, jednakże – co warto zauważyć – leczenie chirurgiczne nie było jednolite, ponieważ dzieci korzystały z pomocy w różnych ośrodkach, które stosują odmienne metody leczenia. U niektórych z badanych dzieci przeprowadzono operację jedno-etapowego zamknięcia szczeliny rozszczepowej w około 6.–7. miesiącu życia, u innych szczelina w obrębie wargi zamknięta była w 3.–6./7. miesiącu życia, a podniebienie od około 9. miesiąca życia. Jeszcze inni pacjenci po zamknięciu rozszczepu w obrębie wargi w około 6.–7. miesiącu życia miały zespalane podniebienie w 2. roku życia.

Do badań wybrano osoby z rozszczepem, u których nie odnotowano innych niż rozszczep wad rozwojowych, chociaż w grupie objętej badaniami znajdowały się dzieci z niedosłuchem sięgającym 30–40 dB lub u których niedosłuch występował we wcześniejszych latach życia. U większości badanych dzieci z rozszczepem występowały różne wady szczękowo-zgryzowe, a u niektórych nieznaczna ankyloglosja (w grupie dzieci bez rozszczepu także znajdowały się dzieci z nieznaczną ankyloglosją). Efekt leczenia chirurgicznego i ortodontycznego w grupie dzieci z rozszczepem był różny, gdyż – jak wspomniano – pacjenci byli poddani leczeniu różnymi metodami w różnych ośrodkach. Odmienności wyników operacji chirurgicznej wiąże się również z występowaniem czynników jatrogennych, kompensacji organizmu, przebiegu czynności biologicznych, a także innych indywidualnych cech dziecka.

W większości badane dzieci pochodziły ze środowiska miejskiego, a wykształcenie rodziców było porównywalne. Warto zauważyć, że wśród badanych osób – zarówno z rozszczepem, jak i bez tej wady – nie było ani jednego dziecka z jąkaniem lub gielkotem. Obserwowana zatem niepłynność mówienia w badanych grupach jest cechą mowy potocznej tych osób i nie należy jej kwalifikować do dysfunkcji. Wszak każdy z nas mówi czasem niepłynnie...

Podstawową metodą badania płynności mówienia było opowiadanie historyjki obrazkowej, którą dzieci najpierw oglądały na trzech obrazkach. Każda wypowiedź dziecka była rejestrowana na dyktafonie cyfrowym, a następnie analizowana w kontekście płynności mówienia. Po sporządzeniu stosownych tabel, ukazujących częstość występowania danej cechy związanej z niepłynnością mówienia w zależności od wieku i badanej grupy dzieci, zastosowano testy statystyczne. Były to: test chi-kwadrat z poprawką Yatesa oraz test różnicy wskaźników struktury. Za istotnie statystycznie wyniki uznano takie, dla których prawdopodobieństwo wynosiło  $p < 0,05$ . Wyniki, dla których prawdopodobieństwo kształtowało się następująco:  $p \geq 0,05$ , ale  $p < 0,10$ , uznano za będące na granicy istotności.

### Kryteria analizy płynności mówienia

Płynność mówienia badanych dzieci była analizowana z uwzględnieniem następujących kryteriów:

- pauzy,
- wtrącenia, np. *ee*, *yy*, *mm*,
- strzępy wyrazów, czyli występowanie w wypowiedzi fragmentu wyrazu,
- sylabizowanie pojedynczych wyrazów (dzielenie wyrazów na sylaby),
- wydłużenia głosek,
- powtarzanie głosek, sylab, wyrazów, wyrażeń, zdań.

### Wyniki badań

Tabela 1 i 2 zawierają wyniki badania płynności mówienia ocenianej podczas opowiadania historyjki obrazkowej, przy czym w tabeli 2 znajdują się wyniki analizy statystycznej. Na ich podstawie można stwierdzić, że:

- u dzieci z rozszczepem występuje podobna jak u dzieci bez rozszczepu płynność wypowiedzi, biorąc pod uwagę ogólny wynik badania;
- u dzieci z rozszczepem istotnie częściej występują takie objawy niepłynności mówienia jak pauzy, a istotnie rzadziej pojawiają się strzępy wyrazów i powtarzanie wyrazów; nie odnotowano statystycznie istotnych różnic w zakresie pozostałych cech związanych z płynnością mówienia.

**Tabela 1.** Wyniki badania płynności wypowiedzi podczas opowiadania historyjki obrazkowej

| Badana cecha |                                    | Badana grupa          |          |       |                      |          |       |
|--------------|------------------------------------|-----------------------|----------|-------|----------------------|----------|-------|
|              |                                    | Dzieci bez rozszczepu |          |       | Dzieci z rozszczepem |          |       |
|              |                                    | 6–7 lat               | 9–10 lat | Razem | 6–7 lat              | 9–10 lat | Razem |
| Płynność     | Pauzy                              | 3                     | 4        | 7     | 10                   | 13       | 23    |
|              | Wtrącenia                          | 24                    | 50       | 74    | 15                   | 39       | 54    |
|              | Strzępy wyrazów                    | 14                    | 11       | 25    | 6                    | 5        | 11    |
|              | Sylabizowanie pojedynczych wyrazów | 4                     | 5        | 9     | 11                   | 4        | 15    |
|              | Wydłużenia głosek                  | 2                     | 6        | 8     | 5                    | 1        | 6     |
|              | Powtarzanie głosek                 | 8                     | 14       | 22    | 10                   | 9        | 19    |
|              | Powtarzanie sylab                  | 10                    | 15       | 25    | 10                   | 17       | 27    |
|              | Powtarzanie wyrazów                | 21                    | 9        | 30    | 5                    | 5        | 10    |
|              | Powtarzanie wyrażań                | 2                     | 2        | 4     | 2                    | 1        | 3     |
|              | Powtarzanie zdań                   | 0                     | 1        | 1     | 0                    | 0        | 0     |
|              | Razem                              | 88                    | 117      | 205   | 74                   | 94       | 168   |

**Tabela 2.** Wskaźniki testu statystycznego dotyczące wyników badania płynności mówienia podczas opowiadania historyjki obrazkowej

| Badana cecha |                                    | Grupa wiekowa |          |        |
|--------------|------------------------------------|---------------|----------|--------|
|              |                                    | 6–7 lat       | 9–10 lat | Razem  |
| Płynność     | Pauzy                              | 0,0517        | 0,0299   | 0,0060 |
|              | Wtrącenia                          | 0,1748        | 0,3543   | 0,2000 |
|              | Strzępy wyrazów                    | 0,0469        | 0,0940   | 0,0159 |
|              | Sylabizowanie pojedynczych wyrazów | 0,0597        | 0,4533   | 0,1180 |
|              | Wydłużenia głosek                  | 0,1683        | 0,0697   | 0,3281 |
|              | Powtarzanie głosek                 | 0,3488        | 0,2602   | 0,3980 |
|              | Powtarzanie sylab                  | 0,5000        | 0,3311   | 0,3741 |
|              | Powtarzanie wyrazów                | 0,0216        | 0,2648   | 0,0218 |
|              | Powtarzanie wyrażań                | 0,5000        | 0,3014   | 0,3921 |
|              | Powtarzanie zdań                   | 0,5000        | 0,1886   | 0,2188 |
|              | Razem                              | 0,2169        | 0,3255   | 0,1930 |

## Dyskusja i wnioski

Poszukując przyczyn odmiennych dla dzieci z rozszczepem i bez rozszczepu wyników badania płynności mówienia, nasuwają się następujące hipotezy, które należałoby jednak zweryfikować w dalszych badaniach:

- szybsze wykształcenie się kompetencji metajęzykowej w obliczu wczesnej korekty przez dorosłych może wywoływać z jednej strony niechęć do mówienia (niektórych zadań dzieci z rozszczepem nie podejmowały, co ze względu na częstość zjawiska było istotne statystycznie), z drugiej zaś chęć odnalezienia najbardziej właściwych słów, aby uzyskać aprobatę lub brak korekty;
- wydłuża się czas decyzji leksykalnych w związku z nieutrwaleniem jednostek języka; nieutralone jednostki języka – jak należy sądzić – nie są podatne na szybką aktywację;
- dzieci poszukują odpowiedniego słowa w obliczu niedostatków słownиковych;
- nastawienie dziecka, od którego od najmłodszych lat (w dobrej wierze) oczekuje się na przykład kontroli artykulacji, może być wraz z poszukiwaniem przez nie odpowiedniego słowa przyczyną częstszych pauz namysłu, a także niepodjęcia aktywności werbalnej (w wielu próbach dzieci z rozszczepem nie podejmowały zadań werbalnych, o czym była mowa powyżej); nie chodzi o to – jak przypuszczam – że dzieci boją się mówić, ale o to, że mogą być zmęczone i zniechęcone stałą korektą, mogą nie chcieć ryzykować nieprawidłowej wypowiedzi;
- częstsze występowanie pauz namysłu można wiązać z wydłużeniem czasu potrzebnego na wybór najlepszego słowa i uznać to za zjawisko pożądane; jeśli tak, to dzieci z rozszczepem zachowują się roztropnie, ważąc słowa i dobierając je starannie.

Biorąc pod uwagę odmienności ontogenezy dzieci z rozszczepem, można przyjąć, że ich mowa, także jej płynność, odzwierciedla przestrzeń doświadczeń biologicznych, społecznych i psychologicznych, związanych z wadą rozwojową, które dzieci przeżyły od urodzenia, a właściwie od okresu prenatalnego.

W związku z odmiennościami uzusu językowego dzieci z rozszczepem w porównaniu z ich zdrowymi rówieśnikami, co pokazały obszerne badania Danuty Pluty-Wojciechowskiej (2011), w tym dotyczące płynności mówienia, można sformułować tezę, że rozszczep jest zaburzeniem wielopłaszczyznowym, a nie



tylko wieloukładowym, jak to wynika z komentarza Aleksandry Mitrinowicz-Modrzejewskiej, Zygmunta Pawłowskiego i Witolda Tłuchowskiego (1965). Konieczna jest zatem rewizja celów terapii logopedycznej, podczas której należy różnie rozdzielać akcenty, w zależności od stwierdzonych cech mowy badanego dziecka. Należałoby podjąć badania struktury intencji, co – moim zdaniem – pozwoliłoby na lepszą i pełniejszą interpretację wyników badań.

## Bibliografia

Dudkiewicz Z., 1999: *Rozszczep wargi i podniebienia – leczenie chirurgiczne. Poglądy własne i innych autorów*. „Medycyna Wieku Rozwojowego”, t. 3, nr 3, s. 353–367.

Dudkiewicz Z., Surowiec Z., 1996: *Raport z Pierwszego ogólnopolskiego rejestru rozszczepu wargi i podniebienia*. W: Dudkiewicz Z., red.: *II Konferencja Robocza – rehabilitacja mowy. Rozszczep wargi i podniebienia*. Instytut Matki i Dziecka, Klinika Chirurgii Dzieci i Młodzieży, Warszawa, s. 12–16.

Gałkowski T., Grossman J., 1987: *Determinanty rehabilitacji zaburzeń mowy*. AWF, Warszawa.

Golding-Kushner K., 2001: *Therapy techniques for cleft palate speech & related disorders*. Singular Thomson Learning, Australia, Canada, Mexico, Singapore, Spain, United Kingdom, United States.

Grabias S., 1997: *Mowa i jej zaburzenia*. „Audiofonologia”, t. X, s. 3–20.

Hortis-Dzierzbicka M., 1999: *Rozszczep wargi i podniebienia – problematyka mowy rozszczepowej*. „Medycyna Wieku Rozwojowego”, t. 3, nr 3, s. 369–375.

Hortis-Dzierzbicka M., 2004: *Nasofiberoskopia w ocenie zastosowania płata gardłowego w niewydolności podniebiennie-gardłowej u pacjentów z rozszczepem podniebienia*. Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa.

Hortis-Dzierzbicka M., Komorowska A., 1996: *Wpływ warunków anatomicznych na rehabilitację mowy u dzieci z wadą rozszczepową twarzy*. W: Dudkiewicz Z., red.: *II Konferencja Robocza – rehabilitacja mowy. Rozszczep wargi i podniebienia*. Instytut Matki i Dziecka, Klinika Chirurgii Dzieci i Młodzieży, Warszawa, s. 19–23.

Hortis-Dzierzbicka M., Stecko E., Dudkiewicz Z., 2000: *Psychologiczne aspekty wady rozszczepowej twarzy*. „Nowa Pediatria”, r. 4, nr 1, s. 27–29.

Jakima S., Szczepańska K., 1996: *Ocena stanu psychicznego dzieci z rozszczepem podniebienia i wargi w wieku adolescencyjnym*. W: Dudkiewicz Z., red.: *II konferencja robocza – dokumentacja. Rozszczep wargi i podniebienia*. Klinika Chirurgii Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka, Warszawa, s. 76–81.

Kowalski M., 1971: *Zaburzenia czynnościowe w rozszczepie podniebienia*. „Czasopismo Stomatologiczne”, nr 24, s. 541–546.

Kubik P., Namysłowski G., Pisulska-Otremba A., 1995: *Badanie słuchu u dzieci z rozszczepem podniebienia*. „Annales Academiae Medicae Silesiensis”, nr 30, s. 197–201.

Kubik P., Pisulska-Otremba A., Namysłowski G., Rachwał K., Fajt E., 1995: *Stan słuchu i cefalometryczna analiza kształtu części nosowej gardła u dzieci z wrodzonym rozszczepem*

podniebienia pierwotnego i/lub wtórnego. „Czasopismo Stomatologiczne”, t. XLVIII, nr 4, s. 264–270.

McWilliams B.J., Morris H.L., Shelton R.L., 1990: *Cleft palate speech*. B.C. Decker, Philadelphia.

Mierzejewska H., Emiluta-Roza D., 1997: *Projekt zestawienia form zaburzeń mowy*. „Audiofonologia”, t. 10, s. 37–48.

Mitrinowicz-Modrzejewska A., Pawłowski Z., Tłuchowski W., 1965: *Wady rozwojowe podniebienia jako zaburzenia wieloukładowe*. „Rozprawy Wydziału Nauk Medycznych PAN”, r. X, t. 1, s. 33–123.

Murawski E., 1996: *Elementy morfologiczne wargi, wyrostka zębodołowego, podniebienia i gardła*. W: Dudkiewicz Z., red.: *I Konferencja Robocza – rehabilitacja mowy. Rozszczep wargi i podniebienia*. Instytut Matki i Dziecka, Klinika Chirurgii Dzieci i Młodzieży, Warszawa, s. 19–25.

Pawlica B., 1998: *Mechanizmy naznaczania społecznego* (rozprawa doktorska). Uniwersytet Śląski, Katowice.

Pisulska-Otremba A., 1995: *Leczenie wad rozwojowych*. W: Łabiszewska-Jaruzelska F., red.: *Ortopedia szczękowa. Zasady i praktyka*. PZWL, Warszawa, s. 289–306.

Pluta-Wojciechowska D., 1996: *Wyniki badań ciągłych nad wybranymi mechanizmami kształtowania się mowy u niemowląt z rozszczepem podniebienia*. W: Dudkiewicz Z., red., *II Konferencja robocza – rehabilitacja mowy. Rozszczep wargi i podniebienia*. 29 listopada 1996 roku, Warszawa, s. 45–47.

Pluta-Wojciechowska D., 2004: *O stygmaty dziecka z wadą rozszczepową*. W: Cyl B., red.: *Życ z pasją, żyć w ruchu*. Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna, Piekary Śląskie, s. 54–65.

Pluta-Wojciechowska D., 2006: *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia. Badania-Teoria-Praktyka*. Wydawnictwo Naukowe ATH, Bielsko-Biała.

Pluta-Wojciechowska D., 2008: *Standard postępowania logopedycznego w przypadku osób z rozszczepem wargi i podniebienia*. „Logopedia”, nr 37, s. 175–206.

Pluta-Wojciechowska D., 2010: *Podstawy patofonetyki mowy rozszczepowej. Dyslokacje*. Wydawnictwo Ergo-Sum, Bytom.

Pluta-Wojciechowska D., 2011: *Mowa dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków.

Pluta-Wojciechowska D.: 2013: *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego*. Wydawnictwo Ergo-Sum, Bytom.

Stecko E., 1996a: *Znaczenie oceny i wczesnej stymulacji logopedycznej dziecka z rozszczepem wargi i/lub podniebienia*. W: Dudkiewicz Z., red.: *II Konferencja Robocza – rehabilitacja mowy. Rozszczep wargi i podniebienia*. Instytut Matki i Dziecka, Klinika Chirurgii Dzieci i Młodzieży, Warszawa, s. 38–44.

Stecko E., 1996b: *Kilka uwag o rozwoju mowy dziecka do 3. roku życia*. W: Biernacka E., red.: *Profilaktyka logopedyczna szansą dla dziecka i logopedy*. Wydawnictwo DiG, Warszawa, s. 56–59.

Szczepańska K., Łyjak A., Dudkiewicz Z., 1996: *Problemy psychologiczne leczenia zespołowego dziecka z rozszczepem wargi i podniebienia*. W: Dudkiewicz Z., red.: *II Konferencja Robocza – rehabilitacja mowy. Rozszczep wargi i podniebienia*. Instytut Matki i Dziecka, Klinika Chirurgii Dzieci i Młodzieży, Warszawa, s. 33–37.

*Uniwersalny słownik języka polskiego*. Red. Stanisław Dubisz (wersja elektroniczna). Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.

## Streszczenie

Autorka przedstawia wyniki badań płynności mówienia 6.–7.- i 9.–10.-letnich dzieci z zaburzeniami mowy o etiologii efektoralnej (dzieci ze zoperowanym rozszczepem wargi i podniebienia) oraz dzieci bez takich zaburzeń. Płynność mówienia była oceniana podczas opowiadania przez dzieci 3-elementowej historyjki obrazkowej według przygotowanego przez autorkę narzędzia. Jak wynika z analizy wyników badań, z uwzględnieniem metod statystycznych, istnieją różnice w zakresie płynności mówienia pomiędzy badanymi grupami dzieci. Wpływ na wystąpienie różnic mają, jak należy przypuszczać, różnorodne czynniki natury biologicznej, psychologicznej i społecznej, związane z wystąpieniem wady w obrębie środkowej części twarzoczaszki.

## Summary

The author presents the results of research on the speech fluency of 6 to 7 and 9 to 10 year-old children with speech disorders of efectoral etiology (post cleft lip and/or palate surgery) and children without such disorders. Speech fluency was assessed by asking them to narrate a short 3-element picture story designed by the author. A statistical analysis of the data revealed there were differences in speech fluency between the two groups of children. It can be assumed that the differences between the groups are influenced by diverse factors of biological, psychological and social nature associated with a defect within the central part of the facial skeleton.



## ***Style komunikowania się osób jękających się***

*Communication styles of people who stutter*

### **Wprowadzenie**

Styl komunikacyjny to „syndrom określonych zachowań werbalnych, który ujawnia się w rozmowie i odzwierciedla stosunek rozmówców do siebie” (Grzebiuk, Trzebińska, 1978: 106). W literaturze przedmiotu można znaleźć wiele ich klasyfikacji, które powstały w oparciu o różne kryteria. Kierując się kryterium aktywności słownej, wyróżniony został aktywny i pasywny styl komunikacyjny. Ten pierwszy cechuje duża gotowość do komunikowania się, która wyraża się rozpoczynaniem rozmowy i jej podtrzymywaniem, znaczny wkład komunikacyjny oraz znaczna siła przebicia, natomiast pasywny styl komunikacyjny charakteryzuje mała gotowość do komunikowania się, manifestująca się oczekiwaniem, że ktoś rozpocznie rozmowę i będzie dbał o jej przebieg, mały wkład komunikacyjny oraz mała siła przebicia (Nęcki, 1996).

Powyższy opis można rozszerzyć o dodatkowe „cechy” ludzi pasywnych w komunikacji, do których Matthew McKay i współpracownicy zaliczają: 1) ograniczoną ekspresję myśli i uczuć, 2) podporządkowywanie swoich potrzeb innym ludziom, 3) częstsze słuchanie niż mówienie, 4) oczekiwanie, że rozmówca domyśli się, co chce się powiedzieć, 5) niemówienie tego, co ma się na myśli, 6) trudności w proszeniu, przy równoległym łatwym uleganiu prośbom innych (2004). Asertywność rozmówcy wyraża się natomiast przez: 1) jasne formułowanie myśli, uczuć i życzeń, 2) poszanowanie praw swoich i innych, aktywne słuchanie, 3) skłonność do negocjacji, kompromisu i ustępstw, 4) umiejętność proszenia i odmawiania, 5) radzenie sobie z krytyką. Styl agresywny z kolei cechuje: 1) dobre wyrażanie swoich myśli i uczuć kosztem innych, 2) poniżanie innych poprzez drwiny, zabawne uwagi, wyśmiewanie, 3) w sytuacji trudnej przechodzenie do kontrataku, 4) manipulowanie innymi za pomocą wzbudzania współczucia, żalu, poczucia winy i oskarżania, 5) nieumiejętność słuchania i wczuwania się, 6) manifestowanie siły i wyniosłości poprzez chłód, nonszalancję, sarkazm, krzyk, 7) skamieniała postawa ciała.

Podana wyżej typologia jest podobna do klasyfikacji zaproponowanej przez Friederike Schulza (2001). Autor wyodrębnił:

- styl bierno-zależny („pomóż mi”), który cechuje osoby bezradne, szukające pomocy, unikające odpowiedzialności i podejmowania decyzji, często narzekające;
- styl ratownika („na mnie możesz liczyć”), który charakteryzuje doradców, opiekunów i popleczników;
- styl altruistyczny, oparty na zasadach typu: „ja się nie liczę”, „pozwól mi być dla ciebie”, „ja zostawiam dla innych”;
- styl poniżająco-agresywny („wszystko przez ciebie”), charakterystyczny dla osób autorytatywnych, które przed wyższym się kłaniają a niższego kopią; które chcą kogoś poniżyć i pozbawić wartości, wzbudzić w nim poczucie winy – jest to styl oskarżyciela, który wiecznie obwinia lub lekceważy oraz dowartościowuje siebie poprzez odebranie wartości innym;
- styl uzasadniający siebie („ja jestem w porządku”), kiedy cały wysiłek jest wkładany w to, aby jak najlepiej zademonstrować siebie;
- styl kontrolująco-oceniający („ja mam rację, a ty nie masz”), cechuje osoby trzymające się zasad oraz dbające o porządek (Schulz, 2001).

Ze względu na relacje zachodzące między rozmówcami wyróżniony został styl partnerski i niepartnerski. W stylu partnerskim: 1) rangi rozmówców są równe, 2) dba się o potrzeby własne i cudze, 3) następuje wymiana myśli i informacji, 4) występuje wzajemne słuchanie się, 5) wkład komunikacyjny i siła przebiecia są podobne, 6) dąży się do jasności przekazu, 7) nie naciska się na partnera, 8) uzgadnia się różne stanowiska. Przeciwnieństwem takiego zachowania jest styl niepartnerski, w którym rozmówca: 1) nie liczy się z odbiorcą, 2) narzuca przebieg rozmowy, 3) przerywa, 4) dąży do podporządkowania: wydaje nakazy, zakazy, grozi, domaga się przyjęcia prezentowanych poglądów, na co partner godzi się z obawy przed represjami. Styl partnerski cechuje skoncentrowanie się zarówno na sobie, jak i na partnerze, natomiast w stylu niepartnerskim występuje skupienie się na nadawcy (styl egocentryczny) lub na odbiorcy (allocentryczny). U jednostek otrzymujących informacje pozytywne na swój temat następuje wzrost partnerskich stylów komunikacyjnych, zaś u osób przyjmujących negatywne informacje o sobie (np. krytykowanie lub obwinianie) następuje wzrost niepartnerskich zachowań (np. zamykanie się, milczenie). Styl niepartnerski jest związany z wysokim poziomem egocentryzmu i ma-

kiawelizmu. Jest on uznawany za mniej efektywny niż styl partnerski (Grzesiuk, Trzebińska, 1978).

Ze względu na rodzaj aktów mowy styl komunikacyjny może być dyrektywny i niedyrektywny. W stylu dyrektywnym dominują polecenia, prośby, groźby, rozkazy, propozycje, pytania. Styl ten jest charakterystyczny dla komunikacji instrumentalnej (pragmatycznej). Jest on z istoty niepartnerski, a może być jednocześnie aktywny, bierny lub mieszany. Styl jest niedyrektywny, jeżeli jest znacząca frekwencja ekspresji (oceny, podziękowania, akceptacje, przeprosiny, kary, protesty) oraz przedstawień (stwierdzenia, wyjaśnienia, uzasadnienia, przypuszczenia). Akty te przeplatają się z dyrektywami, zobowiązaniami oraz komentarzami. Styl niedyrektywny odpowiada stylowi partnerskiemu i jest charakterystyczny dla komunikacji emocjonalnej (Grzesiuk, 1994).

Styl komunikowania się zależy od wielu czynników. Jednym z nich jest osobowość, czyli zbiór cech jednostki, których układ wyróżnia ją spośród innych osób. Introwertyka cechuje więc z jednej strony skłonność do zamykania się w sobie i izolowania się, a z drugiej – tendencja do pasywnego komunikowania się. Nie oznacza to, że introwertyk zawsze milczy. W sprzyjających relacjach interpersonalnych może otworzyć się i chwilowo wykazać znaczną aktywność słowną. Związki te wynikają z afiliacji, czyli podstawowej ludzkiej potrzeby kontaktu z innymi, która jest zróżnicowana: od znikomej do dużej. Wielość relacji (rodzinnych, szkolnych, zawodowych, organizacyjnych, przyjacielskich, koleżeńskich, intymnych) sprawia, że trudno utrzymać jeden styl komunikowania. Ta sama jednostka może w jednym związku reprezentować styl uległy, a w innym agresywny, w jednym partnerski, a w innym niepartnerski. Styl komunikacyjny wynika więc także z kontekstu interpersonalnego, który w ujęciu behawioralnym jest nawykiem (przyzwyczajeniem) utrwalonym przez wzmocnienia i nagrody społeczne (Dwyer, 2005).

Deborah Tannen (1995) twierdzi, że chłopcy i mężczyźni z jednej strony oraz dziewczynki i kobiety z drugiej posługują się różnymi stylami konwersacyjnymi, wynikającymi z tego, że żyją w różnych przestrzeniach kulturowych. Istnieje więc związek między płcią a językiem i komunikowaniem się.

Jąkanie jest zaburzeniem komunikacji interpersonalnej (Tarkowski, 2003), która jest definiowana jako:

- wymiana informacji po to, aby zrealizować określone cele (Nęcki, 1996),
- rodzaj kontaktu słownego sprzyjający ujawnianiu siebie (Stewart, red., 2000).

Główną funkcją komunikacji interpersonalnej jest więc koordynacja ludzkiej aktywności, uzgadnianie celów i zadań, ekspresja własnych odczuć i oczekiwanie, że partner je także ujawni. Gdy jednak style porozumiewania się uczestników nie pasują do siebie lub jeżeli styl nie pasuje do sytuacji komunikacyjnej, może wystąpić niedopasowanie w rozmowie (Grzesiuk, 1994; Morreale, Spitzberg, Barge, 2012).

Dotychczas mało wiemy o tym, czy i jaki styl komunikacji preferują osoby jękające się, czy jest on specyficzny wyłącznie dla tej populacji. Te zagadnienia poddano weryfikacji empirycznej.

## **Metodologia badań**

### ***Cel***

Celem przeprowadzonych badań było udzielenie odpowiedzi na następujące pytania:

- Jakie style komunikacji interpersonalnej preferują badane osoby jękające się i mówiące płynnie?
- Czy badane grupy różnią się ze względu na preferowane style komunikacji?
- Czy płeć i wiek można uznać za czynniki różnicujące style komunikacji badanych?

### ***Metoda***

Preferowane przez badanych zachowania komunikacyjne ustalono za pomocą *Skali komunikacji interpersonalnej* (SKI) (Tarkowski, Humeniuk, 2010). SKI zawiera opis 20 sytuacji komunikacyjnych (np. „Lekarz nie odpowiada na twoje pytanie”) i do każdej po trzy możliwe zachowania, z których jedno jest uległe (np. „Odchodzę w milczeniu”), jedno agresywne (np. „Mówię: *Pan mnie lekceważy*”), jedno asertywne (np. „Proszę odpowiedzieć, bo jest to dla mnie ważne”). Badany wskazuje jedno zachowanie. *Skala komunikacji interpersonalnej* składa się zatem z trzech podskal:

- *Podskali komunikacji uległej,*
- *Podskali komunikacji agresywnej,*
- *Podskali komunikacji asertywnej.*



Na podstawie badań uzyskuje się wynik surowy, stanowiący liczbę odpowiedzi asertywnych, uległych i agresywnych, który następnie jest przeliczany na wynik punktowy (komunikat agresywny: 1 pkt, komunikat uległy: 2 pkt, komunikat asertywny: 3 pkt). Wynik punktowy stanowi podstawę do opracowania profilu komunikacji interpersonalnej osoby badanej.

Do analizy statystycznej wyników badań zastosowano podstawowe statystyki opisowe. Do określenia istotności różnic między grupami stosowano jedno-czynnikową analizę wariancji ANOVA (gdy spełnione było założenie o jedno-rodności wariancji – test Levene’a) lub test Manna–Whitneya (przy porównywaniu dwóch grup) i test Kruskala–Wallisa (dla większej liczby grup). Związki korelacyjne określano za pomocą współczynnika Pearsona, który z uwagi na problemy pomiaru kontrolowano korelacją rho Spearmana. Zastosowano też tabelaryczną prezentację danych.

### **Badani**

Zbadano dwie grupy osób. Grupa pierwsza<sup>1</sup> to 166 osób jękających się w wieku od 16 do 59 lat. W tej grupie znalazło się 124 mężczyzn i 42 kobiety.

**Tabela 1.** Charakterystyka badanej zbiorowości osób jękających się (płeć i wiek)

| Czynniki społeczno-demograficzne |                               | Badani (N = 166) |      |
|----------------------------------|-------------------------------|------------------|------|
|                                  |                               | N                | %    |
| Płeć                             | <i>męska</i>                  | 124              | 74,7 |
|                                  | <i>żeńska</i>                 | 42               | 25,3 |
|                                  | <i>średnia</i>                | 30,27            |      |
| Wiek                             | <i>odchylenie standardowe</i> | 11,59            |      |
|                                  | <i>minimum</i>                | 16               |      |
|                                  | <i>maximum</i>                | 59               |      |
|                                  | <i>mediana</i>                | 27,00            |      |
|                                  | <i>dominanta</i>              | brak             |      |

Grupa druga to 158 osób mówiących płynnie w wieku od 17 do 61 lat, 108 mężczyzn i 50 kobiet.

<sup>1</sup> Wyniki dotyczące pierwszej obserwacji tej zbiorowości osób jękających się zaprezentowano w pracy: *Rozmowa z osobą jękającą się*, 2015.

**Tabela 2.** Charakterystyka badanej zbiorowości osób mówiących płynnie (płeć i wiek)

| Czynniki społeczno-demograficzne |                               | Badani (N = 158) |      |
|----------------------------------|-------------------------------|------------------|------|
|                                  |                               | N                | %    |
| Płeć                             | <i>męska</i>                  | 108              | 68,4 |
|                                  | <i>żeńska</i>                 | 50               | 31,6 |
| Wiek                             | <i>średnia</i>                | 28,52            |      |
|                                  | <i>odchylenie standardowe</i> | 10,24            |      |
|                                  | <i>minimum</i>                | 17               |      |
|                                  | <i>maximum</i>                | 61               |      |
|                                  | <i>mediana</i>                | 24,50            |      |
|                                  | <i>dominanta</i>              | 21               |      |

Badane grupy statystycznie nie różnicuje płeć (chi-kwadrat = 1,306; df = 1;  $R_c = 0,070$ ;  $p = 206$  – wynik poprawką Yatesa na ciągłość). Są to też grupy podobne ze względu na wiek (test Levene’a:  $F = 3,015$ ;  $p = 0,083$ ; ANOVA –  $F = 2,058$ ;  $p = 0,152$ ). W każdej grupie dominują mężczyźni.

Wiek nie różni istotnie statystycznie jaskających się kobiet i mężczyzn.

**Tabela 3.** Charakterystyka wieku osób jaskających się w grupach płci

| Wiek   | Płeć                |                        |
|--|---------------------|------------------------|
|  | kobiety<br>(N = 42) | mężczyźni<br>(N = 124) |
| <i>Średnia</i>   | 31,45               | 29,86                  |
| <i>Odchylenie standardowe</i>  | 11,33               | 11,69                  |
| <i>Maximum</i>   | 58                  | 59                     |
| <i>Minimum</i>   | 16                  | 16                     |
| <i>Mediana</i>   | 29,5                | 26                     |
| test Levene’a: $F = 0,003$ ; $p = 0,956$ ; ANOVA – $F = 0,589$ ; $p = 0,444$ |                     |                        |

Kobiety i mężczyźni mówiący płynnie także nie różnią się na sposób statystyczny wiekiem.

**Tabela 4.** Charakterystyka wieku osób mówiących płynnie w grupach płci

| Wiek   | Płeć                |                        |
|--|---------------------|------------------------|
|  | kobiety<br>(N = 50) | mężczyźni<br>(N = 108) |
| <i>Średnia</i>   | 27,84               | 28,83                  |
| <i>Odchylenie standardowe</i>  | 9,43                | 10,62                  |
| <i>Maximum</i>   | 55                  | 61                     |
| <i>Minimum</i>   | 17                  | 17                     |
| <i>Mediana</i>   | 24,00               | 25                     |
| test Levene'a: $F = 0,488$ ; $p = 0,486$ ; ANOVA – $F = 0,320$ ; $p = 0,572$ |                     |                        |

## Wyniki

W badaniach wcześniejszych na podstawie danych surowych ustalono, że „wśród badanych osób jękaących się dominowały asertywne i uległe zachowania komunikacyjne (na teoretycznej skali liczby zachowań w każdym przypadku od 0 do 20 punktów przeciętna liczba zachowań asertywnych wyniosła 8,25; zachowań uległych: 7,49; zaś agresywnych: 4,26)” (Góral-Półtola, 2015: 142). Podobny, ale tylko w tendencji, wynik uzyskano dla zbiorowości osób mówiących płynnie, którym na podstawie wyników surowych można przypisać najczęściej zachowania asertywne (10,78), następnie uległe (6,69), a najrzadziej agresywne (2,53). Nasilenie zachowań jest jednak inne. Za pomocą testu U Manna–Whitneya ( $p = 0,05$ ) należy odrzucić hipotezę, że rozkład zachowań asertywnych wyznaczony danymi surowymi jest taki sam dla obu badanych grup osób, podobny wniosek dotyczy zachowań uległych i agresywnych. Otrzymane charakterystyki rozkładów prezentują tabele 5 i 6.

**Tabela 5.** Charakterystyki rozkładów wyników surowych badanych wymiarów zachowań komunikacyjnych w zbiorowości osób jękaących się (N = 166)

| Charakterystyki opisowe       | Zachowania asertywne | Zachowania uległe | Zachowania agresywne |
|-------------------------------|----------------------|-------------------|----------------------|
|                               | skale 0–20 pkt       |                   |                      |
| <i>Średnia</i>                | 8,25                 | 7,49              | 4,26                 |
| <i>Odchylenie standardowe</i> | 3,83                 | 3,23              | 2,91                 |
| <i>Maximum</i>                | 19                   | 19                | 14                   |
| <i>Minimum</i>                | 0                    | 0                 | 0                    |
| <i>Mediana</i>                | 8,00                 | 7,00              | 4,00                 |

**Tabela 6.** Charakterystyki rozkładów wyników surowych badanych wymiarów zachowań komunikacyjnych w zbiorowości osób mówiących płynnie (N = 158)

| Charakterystyki opisowe       | Zachowania asertywne | Zachowania uległe | Zachowania agresywne |
|-------------------------------|----------------------|-------------------|----------------------|
|                               | skale 0–20 pkt       |                   |                      |
| <i>Średnia</i>                | 10,78                | 6,69              | 2,53                 |
| <i>Odchylenie standardowe</i> | 3,15                 | 2,57              | 2,11                 |
| <i>Maximum</i>                | 18                   | 16                | 9                    |
| <i>Minimum</i>                | 3                    | 2                 | 0                    |
| <i>Mediana</i>                | 11,00                | 7,00              | 2,00                 |

Z uwagi na powyższy wynik przeprowadzono szczegółowe analizy różnic zachowań komunikacyjnych badanych. W opracowaniach użyto danych punktowych, które rekomendowane są do określania profilu komunikacji interpersonalnej osoby badanej (tu badanych osób).

W grupach właściwych ze względu na płeć największą liczbę asertywnych zachowań komunikacyjnych można przypisać mężczyznom, którzy mówią płynnie ( $M = 33,86$ ), w następnej kolejności płynnie mówiącym kobietom ( $M = 29,04$ ), kobietom jękającym się ( $M = 24,93$ ) i wreszcie jękającym się mężczyznom ( $M = 24,68$ ). Inaczej przedstawia się hierarchiczne uszeregowanie grup, jeżeli chodzi o komunikację uległą. Największą liczbę zachowań uległych należy przypisać jękającym się kobietom ( $M = 16$ ), następnie kobietom mówiącym płynnie ( $M = 14,95$ ), jękającym się mężczyznom ( $M = 14,95$ ) i na końcu mężczyznom, którzy mówią płynnie ( $M = 12,65$ ). W zakresie komunikacji agresywnej na pierwszym miejscu w hierarchicznym uszeregowaniu znaleźli się jękający się mężczyźni ( $M = 4,45$ ), na drugim jękające się kobiety ( $M = 3,39$ ), na kolejnym kobiety mówiące płynnie ( $M = 2,82$ ), na ostatnim mężczyźni, którzy mówią płynnie ( $M = 2,39$ ). W tym miejscu należy dodać, że wynik dotyczący zachowań agresywnych jest najbardziej niepewny z uwagi na zbyt duże zróżnicowanie rozkładów w każdej grupie (niejednorodność wariancji).

**Tabela 7.** Zróżnicowanie zachowań komunikacyjnych w badanych grupach względem płci (dane punktowe)

| Rodzaje komunikacji                        | Kobiety<br>jąkające się<br>(N = 42)                                | Mężczyźni<br>jąkający się<br>(N = 124) | Kobiety mówiące<br>płynnie<br>(N = 50) | Mężczyźni<br>mówiący płynnie<br>(N = 108) |
|--|--|--|--|---|
| Komunikacja asertywna (0–60 pkt)           |  |  |  |   |
| Średnia ± Odchylenie standardowe           | 24,93 ± 11,25  | 24,68 ± 11,60                          | 29,04 ± 9,44                           | 33,86 ± 9,11                              |
| Maximum                                    | 54   | 57                                     | 48                                     | 54  |
| Minimum                                    | 3  | 0                                      | 9                                      | 12  |
| 95% PU                                     | 21,42÷28,44  | 22,62÷26,74                            | 26,36÷31,72                            | 32,12÷35,60                               |
| Mediana                                    | 24,00  | 24,00                                  | 28,50                                  | 33,00                                     |
| F-statistic; p                             | test Levene'a: F = 1,640; p = 0,180; ANOVA – F = 16,670; p = 0,000 |  |  |   |
| Test Scheffego; p = 0,05,<br>grupy podobne | Podzbiór 1   |  |  |   |
|  |  | Podzbiór 2                             |  |   |
| Komunikacja uległa (0–40 pkt)              |  |  |  |   |
| Średnia ± Odchylenie standardowe           | 16,00 ± 6,39   | 14,65 ± 6,47                           | 14,95 ± 5,27                           | 12,65 ± 4,94                              |
| Maximum                                    | 30   | 38                                     | 32                                     | 28  |
| Minimum                                    | 2  | 0                                      | 4                                      | 4   |
| 95% PU                                     | 14,01÷17,99  | 13,50÷15,80                            | 13,46÷16,46                            | 11,71÷13,59                               |
| Mediana                                    | 16,00  | 14,00                                  | 16,00                                  | 12,00                                     |
| F-statistic; p                             | test Levene'a: F = 1,843; p = 0,139; ANOVA – F = 4,445; p = 0,004  |  |  |   |
| Test Scheffego; p = 0,05,<br>grupy podobne |  | Podzbiór 1                             |  |   |
|  | Podzbiór 2   |  |  |   |
| Komunikacja agresywna (0–20 pkt)           |  |  |  |   |
| Średnia ± Odchylenie standardowe           | 3,39 ± 2,40  | 4,45 ± 3,05                            | 2,82 ± 2,22                            | 2,39 ± 2,05                               |
| Maximum                                    | 10   | 14                                     | 9                                      | 8   |
| Minimum                                    | 0  | 0                                      | 0                                      | 0   |
| 95% PU                                     | 2,94÷4,44  | 3,91÷4,99                              | 2,1÷3,45                               | 2,00÷2,78                                 |
| Mediana                                    | 3,50   | 4,00                                   | 2,00                                   | 2,00                                      |
| Test Kruskala–Wallisa, p                   | P = 0,000 (rozkład nie jest taki sam dla kategorii grup)           |  |  |   |

Legenda: PU – przedział ufności dla średniej.

W większości przypadków nie odnotowano korelacji wieku z zachowaniami komunikacyjnymi badanych (N = 324; korelacja wg Pearsona:  $r_{\text{wiekXzach.asert.}} = -0,023$ ; p = 0,685;  $r_{\text{wiekXzach.uleg.}} = 0,031$ ; p = 0,584;  $r_{\text{wiekXzach.agres.}} = -0,002$ ; p = 0,978; korelacja wg Spearmana:  $\rho_{\text{wiekXzach.asert.}} = 0,011$ ; p = 0,839;  $\rho_{\text{wiekXzach.uleg.}} = 0,019$ ; p = 0,734;  $\rho_{\text{wiekXzach.agres.}} = -0,055$ ; p = 0,325). Na istotny statystycznie, ujemny i niski związek (klasyfikacja Joya Paula Guilforda) wieku z agresywnymi zachowaniami komunikacyjnymi wskazuje rho Spearmana, a dotyczy on zbioru

rowości mężczyzn mówiących płynnie. Oznacza, to że im młodszy mężczyzna mówiący płynnie, tym częściej można mu przypisać agresywne zachowania komunikacyjne. Wynik jest interesujący, jeśli uznamy porządkowy charakter pomiaru zachowań agresywnych. Szczegółowe dane prezentuje tabela 8.

**Tabela 8.** Związki korelacyjne wieku z zachowaniami komunikacyjnymi badanych osób

| Rodzaje komunikacji                     | Kobiety<br>jąkające się<br>(N = 42) | Mężczyźni<br>jąkający się<br>(N = 124) | Kobiety mówiące<br>płynnie<br>(N = 50) | Mężczyźni<br>mówiący płynnie<br>(N = 108) |
|---|-------------------------------------|--|--|---|
| <b>Komunikacja asertywna (0–60 pkt)</b> |                                     |  |  |   |
| <i>r Pearsona; p</i>                    | -0,076; 0,631                       | -0,055; 0,542                          | 0,064; 0,661                           | 0,101; 0,299                              |
| <i>rho Spearmana; p</i>                 | 0,010; 0,948                        | -0,010; 0,909                          | 0,106; 0,462                           | 0,125; 0,196                              |
| <b>Komunikacja uległa (0–40 pkt)</b>    |                                     |  |  |   |
| <i>r Pearsona; p</i>                    | 0,090; 0,572                        | 0,010; 0,914                           | -0,073; 0,614                          | 0,043; 0,655                              |
| <i>rho Spearmana; p</i>                 | 0,067; 0,675                        | 0,006; 0,946                           | -0,112; 0,441                          | 0,030; 0,755                              |
| <b>Komunikacja agresywna (0–20 pkt)</b> |                                     |  |  |   |
| <i>r Pearsona; p</i>                    | 0,0001; 0,999                       | 0,060; 0,510                           | -0,018; 0,901                          | -0,181; 0,061                             |
| <i>rho Spearmana; p</i>                 | 0,027; 0,864                        | 0,020; 0,823                           | -0,008; 0,956                          | -0,261 <sup>*</sup> ; 0,006               |

\* istotny statystycznie,  $p = 0,01$ .

W grupie osób jękających się zachowania asertywne korelują ujemnie, co można było założyć, z zachowaniami uległymi i agresywnymi (–0,671; –0,570); podobnie ujemna korelacja dotyczy zachowań uległych i agresywnych (–0,227). Są to korelacje istotne ( $p = 0,001$ ). W grupie osób mówiących płynnie związki są podobne, kolejno: –0,752; –0,565, oraz –0,103 (ten ostatni nie jest istotny statystycznie; korelacja wg momentu iloczynowego Pearsona; podobnie wg Spearmana). Z uwagi na zgodność z przewidywaniami wynik dowodzi rzetelności pomiaru.

## Podsumowanie

Uczestnicy komunikacji prezentują określone zachowania werbalne, styl komunikacyjny, który ujawnia się w rozmowie i odzwierciedla stosunek rozmówców do siebie (Grzesiuk, 1994). Style porozumiewania rzutują na jakość

komunikacji, jej efektywność, więcej – gdy nie pasują do siebie lub do sytuacji komunikacyjnej, mogą stanowić barierę komunikacyjną (Morreale, Spitzberg, Barge, 2012).

Zarówno wśród badanych osób jękających się, jak i osób mówiących płynnie dominowały asertywne i uległe zachowania komunikacyjne, najmniej było zachowań agresywnych. Wynik obu grup był podobny, ale tylko w tendencji, nasilenie zachowań okazało się jednak na tyle różne, że za pomocą testu U Manna–Whitneya ( $p = 0,05$ ) odrzucono hipotezę, w myśl której rozkład zachowań komunikacyjnych (asertywnych, uległych i agresywnych) wyznaczony danymi surowymi jest taki sam dla badanych grup.

W grupie osób jękających się agresywne zachowania komunikacyjne występowały prawie dwa razy rzadziej niż asertywne ( $M$  odpowiednio: 4,26 i 8,25), natomiast w grupie osób mówiących płynnie – ponad cztery razy ( $M$  odpowiednio: 2,53 i 10,78). W pierwszej grupie różnica między średnią asertywnych zachowań komunikacyjnych i uległych wyniosła mniej niż jeden (0,76), w grupie drugiej – ponad cztery (4,09). Przeciętna liczba zachowań asertywnych w grupie osób jękających się wyniosła 8,25, w grupie osób płynnie mówiących – 10,71. Wynika z tego, że osoby jękające się częściej prezentują komunikację uległą i agresywną.

Wskazuje na to także analiza zachowań komunikacyjnych badanych przeprowadzona w grupach płci, a konkretnie uszeregowanie hierarchiczne ze względu na preferowany styl komunikacji. W zakresie komunikacji asertywnej pierwsze dwa miejsca przypadły odpowiednio: mężczyznom, którzy mówią płynnie, i płynnie mówiącym kobietom. W zakresie komunikacji uległej, jękające się kobiety uplasowały się przed kobietami, które mówią płynnie, analogicznie było wśród mężczyzn. W zakresie komunikacji agresywnej na pierwszym miejscu w hierarchicznym uszeregowaniu znaleźli się jękający się mężczyźni, na drugim jękające się kobiety, dopiero na kolejnych – mężczyźni i kobiety mówiące płynnie.

Styl komunikowania się zależy od wielu czynników. Jednym z głównych jest osobowość, czyli zbiór cech jednostki, których układ wyróżnia ją spośród innych osób (Dwyer, 2005). Czy uzyskane wyniki wskazują więc na specyficzną osobowość osób jękających się? A może – jeżeli przyjąć, że jękanie i struktura *Ja* to dwa autonomiczne byty (Góral-Półtola, Tarkowski, 2012) – ich podłożem jest kontekst interpersonalny, który w ujęciu behawioralnym jest nawykiem (przywyczajeniem) utrwalonym przez wzmocnienia społeczne?

Zarówno wśród badanych osób jękających się, jak i osób mówiących płynnie komunikację uległą częściej prezentowały kobiety. Wynik ten jest zgodny ze stwierdzeniem Deborah Tannen (1995), że istnieje związek między płcią a językiem i komunikowaniem się.

W obu grupach w większości przypadków nie odnotowano związku między stylem komunikacji interpersonalnej a wiekiem badanych. Jedyny statystycznie istotny związek między wiekiem a stylem komunikacji personalnej zaistniał w grupie mężczyzn mówiących płynnie. Był to związek ujemny, a dotyczył agresywnych zachowań komunikacyjnych. Wynika z tego, że im młodszy mężczyzna mówiący płynnie, tym częściej można mu przypisać agresywne zachowania komunikacyjne. Może więc jękanie obniża agresję? „Defekt za defekt?”.

Uzyskane rezultaty pokazały, że zachowania komunikacyjne osób jękających się są zarówno specyficzne dla tej grupy, jak i wykazują tendencje właściwe dla osób mówiących płynnie. Prowadzenie dalszych badań w tym kierunku pozwoliłoby nie tylko uzyskać więcej informacji na temat porozumiewania się osób jękających się, ale także na temat samego jękania, które nadal kryje wiele tajemnic.

## Bibliografia

- Dwyer D., 2005: *Bliskie relacje interpersonalne*. GWP, Gdańsk.
- Góral-Półrola J., 2015: *Rozmowa z osobą jękającą się*. Oficyna Wydawnicza Staropolskiej Szkoły Wyższej, Kielce.
- Góral-Półrola J., Tarkowski Z., 2012: *Skala samooceny i oceny jękania*. Wydawnictwo Fundacji „Orator” i WSETiNS, Lublin–Kielce.
- Grzesiuk L., 1994: *Studia nad komunikacją interpersonalną*. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa.
- Grzesiuk L., Trzebińska E., 1978: *Jak ludzie porozumiewają się*. Nasza Księgarnia, Warszawa.
- McKay M., Davis M., Fanning P., 2004: *Sztuka skutecznego porozumiewania się*. GWP, Gdańsk.
- Morreale S.P., Spitzberg B.H., Barge J.K., 2012: *Komunikacja między ludźmi*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Nęcki Z., 1996: *Komunikacja międzyludzka*. Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków.
- Schulz F., 2001: *Sztuka rozmawiania*. Wydawnictwo WAM, Kraków.
- Stewart J., red., 2000: *Mosty zamiast murów. O komunikowaniu się między ludźmi*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Tannen D., 1995: *Ty nic nie rozumiesz! Kobieta i mężczyzna w rozmowie*. Wydawnictwo W.A.B., Warszawa 1995.



Tarkowski Z., 2003: *Jękanie jako zaburzenie komunikacji interpersonalnej*. W: Obrębowski A., Tarkowski Z., red.: *Zaburzenia procesu komunikatywnego*. Wydawnictwo Fundacji „Orator”, Lublin.

Tarkowski Z., Humeniuk E., 2010: *Skala komunikacji interpersonalnej*. Wydawnictwo Fundacji „Orator”, Lublin.

Warchała J., 1991: *Dialog potoczny a tekst*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.

Warchała J., 2003: *Kategoria potoczności w języku*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.

## Streszczenie

Rodzaj dominujących zachowań werbalnych prezentowanych przez uczestników komunikacji wpływa zarówno na jej jakość, jak i efektywność. Więcej – gdy zachowania te nie pasują bądź do siebie, bądź do sytuacji komunikacyjnej – mogą być przeszkodą w rozmowie. Dotychczas mało wiemy o tym, jakie style komunikacji preferują osoby jękające się, czy są one specyficzne wyłącznie dla tej populacji, jakie zmienne je determinują. Na te pytania szukano odpowiedzi w badaniach, w których wzięło udział 166 osób jękających się i 158 osób mówiących płynnie. Ich wyniki zaprezentowano w niniejszej pracy.

## Summary

Participants in a communication process present particular verbal behaviors and communication styles, which are revealed in the course of a dialog and show the communicators' attitudes towards each other. These styles affect the quality of communication and its effectiveness. What is more, if they do not match each other or the communication situation, they may constitute a barrier to communication. So far little is known about the preferred communication styles among people who stutter, that is, whether they are specific only to this population and the variables that determine them. The study presented in this article seeks answers to these questions. The results presented were based on a total of 166 participants who stutter and a matched sample of 158 participants with normal speech who participated in the study.



## ***Problematyka związku partnerskiego z osobą jąkającą się w świetle przeprowadzonych badań***

*The issue of relationships with people who stutter in the light of personal research findings*

### **Wprowadzenie teoretyczne**

Dokonując przeglądu pozycji bibliograficznych dotyczących problematyki niepełności mowy, zauważyć można, że o ile temat samego zaburzenia i sylwetki osoby jąkającej się został już dość szczegółowo opracowany, o tyle zagadnienie współżycia partnerskiego z kimś dotkniętym problemem dysfluencji mowy nie doczekało się zbyt wielu komentarzy w literaturze fachowej (por. Bielecki et al., red., 2007; Beilby et al., 2013). W aspekcie kontaktów interpersonalnych osób jąkających się podjęto się badań w zakresie charakteru ich relacji m.in. z nauczycielami, rówieśnikami czy też wybranymi członkami rodziny (zob. Beilby et al., 2013). Próbowano również poddać analizie doświadczenia i związane z tym poczucie jakości życia młodych osób posiadających jąkającego się brata lub siostrę (Beilby, Byrnes, Young, 2012). Trudno jest natomiast wskazać działania badawcze w kierunku empirycznej weryfikacji charakteru relacji, jaką współtworzą osoby jąkające się ze swoimi partnerami życiowymi (por. Beilby et al., 2013).

Jąkanie będące dysfunkcją mowy, podobnie jak szereg innych zaburzeń, stanowi często niemałe ograniczenie utrudniające funkcjonowanie w świecie społecznym. Charles van Riper wraz ze współpracownikami wyznaje pogląd, że „doświadczenia związane z jąkaniem tworzą specyficzny obraz „ja”, zaś samoocena „jestem jąkającym się” powoduje zaliczenie siebie do pewnej de-wiacyjnej mniejszości” (1971, 1982 [za:] Góral-Półtola, Tarkowski, 2012). Ten dość radykalny pogląd staje się uzasadniony, jeśli weźmie się pod uwagę różnorodne, nierzadko krzywdzące sposoby postrzegania tego rodzaju zaburzenia mowy przez ludzi niejąkających się. W opinii społecznej sylwetka osoby z dysfluencją mowy nierzadko jawi się w sposób karykaturalny, stając się przedmiotem niesprawiedliwych drwin i żartów. Zbigniew Tarkowski wspomina wręcz o „karach społecznych za niepełność mówienia”, do których zalicza: „okazywanie zniecierpliwienia, natrętne poprawianie lub upominanie, nadmierną czy wręcz wścibską obserwację, czynienie wyrzutów, moralizowanie, ośmie-

szanie, wyśmiewanie się” (2001: 148–149). Dodatkowym balastem są funkcjonujące w społeczeństwie stereotypy o osobach jękających się. Do najbardziej przykrych, a przy tym też zdecydowanie nieprawdziwych etykiet zaliczyć można to, że osoby jękające się postrzegane są nieraz jako mniej inteligentne, bardziej znerwicowane, zaś samym zaburzeniem mowy pod postacią jękania można zarazić się jak każdą chorobą somatyczną (Scott, Guitar, 2012). Świadomość tych faktów może odbijać się na funkcjonowaniu osoby z dysfluencją mowy w społeczeństwie, co potwierdzają badacze zjawiska. Na przykład Anna Knobloch-Gała zauważa, że już „dzieci jękające się są zwykle niepewne siebie, a ich plany życiowe bardziej uwzględniają defekt mowy, niż faktyczne intelektualne możliwości” (1987: 140). Jej zdaniem „również problem planowania rodziny przez starszą młodzież podejmowany bywa ostrożnie i z obawami” (1987: 140). Niepochlebny pogląd osób mówiących nie płynnie na temat wpływu jękania na sferę życia rodzinnego prezentują też badania zagraniczne. Michelle Klompas i Eleanor Ross wykazały chociażby, że wśród kluczowych aspektów życia, takich jak m.in.: zatrudnienie czy status rodzinny, ponad 43% badanych dorosłych osób jękających się uważało, że jękanie wywiera negatywny wpływ na ich życie rodzinne (2004).

W obliczu tychże informacji ujawniających trudną psychologicznie i socjologicznie sytuację osób jękających się zadano sobie dotąd raczej pomijane pytanie o psychologiczny charakter związków partnerskich ludzi mówiących nie płynnie. W badaniach skupiono się na cechach osobowościowych oraz wskaźnikach inteligencji emocjonalnej, poszukując ewentualnych tendencji wyróżniających osoby jękające się i ich partnerów na tle ludzi mówiących płynnie. Jednocześnie celem podjętych działań była próba weryfikacji jakości związku partnerskiego z osobą jękającą się, biorąc pod uwagę fakt obecnej w tle opinii społecznej oraz tego, że człowiek mówiący nie płynnie, przez swą świadomość dysfunkcji i związanych z tym ograniczeń w komunikacji interpersonalnej, może oddziaływać negatywnie na bliską relację interpersonalną.

## Metodologia badań

### Analiza grupy badawczej i grupy kontrolnej

W przeprowadzonych badaniach wzięło udział 120 osób w wieku od 17 do 63 lat<sup>1</sup>. Połowę z nich, tj. 60 badanych, stanowiła grupa badawcza składająca się z osób jękających się i ich partnerów, z którymi żyli w związku formalnym bądź nieformalnym. Drugą połowę badanych stanowiło 30 płynnie mówiących kobiet i 30 niejękających się mężczyzn, będących ze sobą w związku partnerskim. Osoby te weszły w skład grupy kontrolnej, która pozwoliła na weryfikację odpowiedzi na zadane pytania badawcze.

**Tabela 1.** Struktura grupy badawczej i kontrolnej ze względu na płeć

| Płeć  | Grupa badawcza<br>(osoba jękająca się) |       | Grupa badawcza<br>(partner osoby jękającej się) |       | Grupa kontrolna |       | Razem |
|-------|--|-------|---|-------|-----------------|-------|-------|
|       | N                                      | %     | N   | %     | N               | %     | N     |
| M     | 23                                     | 76,67 | 7   | 23,33 | 30              | 50,00 | 60    |
| K     | 7                                      | 23,33 | 23  | 76,67 | 30              | 50,00 | 60    |
| Razem | 30                                     | –     | 30  | –     | 60              | –     | 120   |

W skład grupy badawczej weszło 30 osób jękających się oraz ich 30 płynnie mówiących partnerów. W grupie osób jękających się przeważającą większość stanowili mężczyźni (76,67%), co potwierdziło konsekwentnie powtarzaną w literaturze przedmiotu statystykę w zakresie problemu niepełności mowy ze względu na płeć. Badacze tego zjawiska zgodnie podkreślają przewagę jękających się mężczyzn – stosunek wynosi około 4 : 1 (Chęć, 2012). Dlatego też w prowadzonych badaniach zdecydowaną część partnerów osób jękających się stanowiły kobiety. W przypadku grupy kontrolnej nie doszło do dysproporcji w zakresie płci, utworzona ona została bowiem przez 30 heteroseksualnych związków partnerskich, czyli 30 kobiet i 30 mężczyzn.

<sup>1</sup> Autorki artykułu chciałyby złożyć serdeczne podziękowania wszystkim osobom, które pomogły w przeprowadzeniu podjętych badań oraz tym wszystkim, którzy zgodzili się wziąć w nich czynny udział.

**Tabela 2.** Struktura grupy badawczej i kontrolnej ze względu na status związku partnerskiego

| Stan cywilny | Grupa badawcza (osoba jąkająca się) |       | Grupa badawcza (partner osoby jąkającej się) |       | Grupa kontrolna |       | Razem |
|--------------|-------------------------------------|-------|--|-------|-----------------|-------|-------|
|              | N                                   | %     | N  | %     | N               | %     |       |
| Żonaty       | 17                                  | 56,66 | 5  | 16,66 | 26              | 43,33 | 50    |
| Panna        | 2                                   | 6,66  | 6  | 20,00 | 4               | 6,67  | 13    |
| Mężatka      | 5                                   | 16,66 | 17   | 56,66 | 26              | 43,33 | 46    |
| Kawaler      | 6                                   | 20,00 | 2  | 6,66  | 4               | 6,67  | 11    |
| Razem        | 30                                  | –     | 30   | –     | 60              | –     | 120   |

**Tabela 3.** Struktura grupy badawczej ze względu na staż formalnego i nieformalnego związku partnerskiego

| Szaż związku małżeńskiego z osobą jąkającą się | Grupa badawcza |       | Szaż związku nieformalnego z osobą jąkającą się | Grupa badawcza |      |
|--|----------------|-------|---|----------------|------|
|  | N              | %     |   | N              | %    |
| 1 rok do 10 lat                                | 9              | 40,90 | 1 rok do 5 lat                                  | 5              | 62,5 |
| 11 lat do 20 lat                               | 11             | 50    | 6 lat do 10 lat                                 | 3              | 37,5 |
| Powyżej 20 lat                                 | 2              | 9,09  | Powyżej 10 lat                                  | 0              | 0    |

**Tabela 4.** Struktura grupy kontrolnej ze względu na staż formalnego i nieformalnego związku partnerskiego

| Szaż związku małżeńskiego | Grupa kontrolna |       | Szaż związku nieformalnego | Grupa kontrolna |      |
|---------------------------|-----------------|-------|----------------------------|-----------------|------|
|                           | N               | %     |                            | N               | %    |
| 1 rok do 10 lat           | 14              | 53,84 | 1 rok do 5 lat             | 3               | 75   |
| 11 lat do 20 lat          | 8               | 30,77 | 6 lat do 10 lat            | 1               | 25   |
| Powyżej 20 lat            | 4               | 15,38 | Powyżej 10 lat             | 0               | 0,00 |

W badaniach wzięły udział osoby tworzące zarówno związki formalne, jak i nieformalne, jednakże ponad połowę grupy badawczej (56,66%) stanowiły małżeństwa z różnym stażem. W obrębie grupy badawczej przeważały

małżeństwa ze stażem kilkunastoletnim, stanowiąc nieznacznie ponad połowę badanych. Wśród nieformalnych związków partnerskich długość stażu nie przekroczyła natomiast 10 lat, większość osób (62,5%) była ze sobą mniej niż 5 lat. W przypadku grupy kontrolnej także przeważająca większość partnerów żyła ze sobą w związku formalnym – taką deklarację złożyło 26 par, co stanowi prawie 87% badanych z grupy kontrolnej. Ponad połowa kobiet i mężczyzn z grupy kontrolnej tworzyła związek partnerski od kilku lat, nieco mniej – około 46% – legitymowała się kilkunastoletnim stażem małżeńskim.

**Tabela 5.** Struktura grupy badawczej i kontrolnej ze względu na wykształcenie

| Wykształcenie | Grupa badawcza<br>(osoba jękająca się) |       | Grupa badawcza<br>(partner osoby jękającej się) |       | Grupa kontrolna |       | Razem |
|---------------|--|-------|---|-------|-----------------|-------|-------|
|               | N                                      | %     | N   | %     | N               | %     |       |
| Wyższe        | 18                                     | 60,00 | 18  | 60,00 | 38              | 66,67 | 74    |
| Zawodowe      | 4                                      | 13,33 | 2   | 6,66  | 3               | 5,26  | 9     |
| Średnie       | 8                                      | 26,67 | 10  | 33,33 | 16              | 28,07 | 34    |
| Razem         | 30                                     | –     | 30  | –     | 57              | –     | 117   |

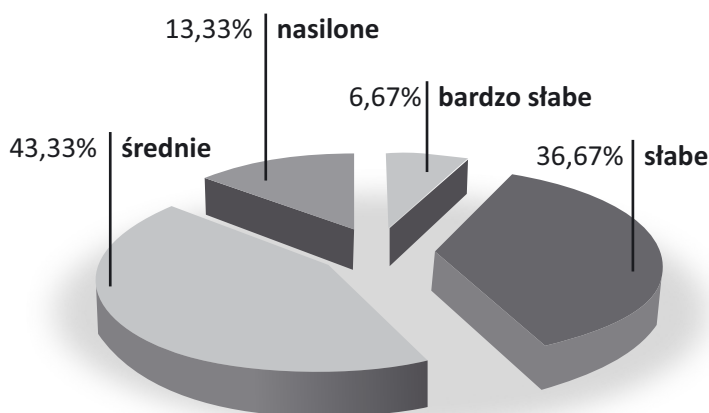
Ponad połowa grupy badawczej odznaczała się wykształceniem wyższym. Zarówno 60% osób jękających się, jak i ich partnerów posiadało dyplomy wyższych uczelni. Pozostali badani z tej grupy ukończyli szkołę średnią lub zawodową. Również w grupie kontrolnej przeważało wykształcenie wyższe – taką odpowiedź określiło blisko 67% badanych.

**Tabela 6.** Struktura grupy badawczej i kontrolnej ze względu na miejsce zamieszkania

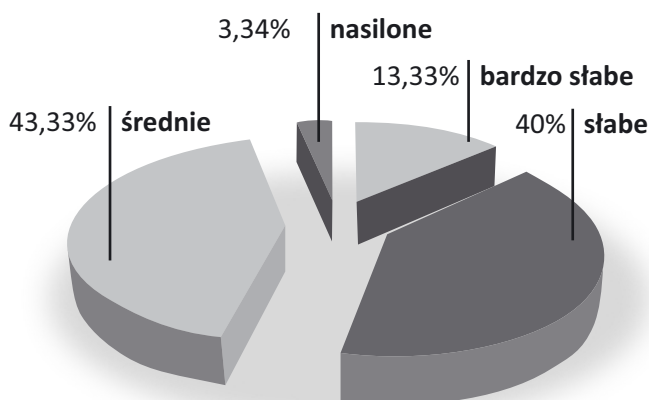
| Miejsce zamieszkania | Grupa badawcza<br>(osoba jękająca się) |       | Grupa badawcza<br>(partner osoby jękającej się) |       | Grupa kontrolna |       | Razem |
|----------------------|--|-------|---|-------|-----------------|-------|-------|
|                      | N                                      | %     | N   | %     | N               | %     |       |
| Duże miasto          | 20                                     | 66,67 | 19  | 63,33 | 52              | 86,66 | 91    |
| Wieś                 | 7                                      | 23,33 | 6   | 20,00 | 6               | 10,00 | 19    |
| Małe miasto          | 3                                      | 10,00 | 5   | 16,67 | 2               | 3,33  | 10    |

Przeważająca liczba osób jękających się i partnerów ludzi mówiących nie-płynie, którzy wzięli udział w prowadzonych badaniach, zamieszkiwała w aglomeracjach przekraczających 10 tysięcy mieszkańców. Sytuacja powtarza się w przypadku osób z grupy kontrolnej – ponad 86% mieszkało w dużych miastach. Tereny małomiasteczkowe i wiejskie zamieszkiwała zdecydowana mniejszość osób z grupy badawczej i kontrolnej.

**Wykres 1.** Subiektywna ocena nasilenia problemu niepłynności mowy w grupie osób jękających się



**Wykres 2.** Subiektywna ocena nasilenia problemu niepłynności mowy partnera w grupie osób współtworzących związek z osobami jękającymi się





W zebranej grupie badawczej przeważały osoby o średnim nasileniu stopnia niepełności mowy, taki wariant określiło bowiem zgodnie 43,33% badanych osób jękających się oraz ich partnerów. Nieco mniejszy procent stanowili przedstawiciele słabo nasilonych symptomów niepełności mowy – odpowiedź tę określiło bowiem prawie 37% osób jękających i 40% ich płynnie mówiących partnerów. Najmniejszy odsetek stanowiły osoby ze skrajnymi postaciami problemów niepełności mowy. Wśród badanych jedynie niewiele ponad 13% przyznało się do nasilonych objawów jękania, za czym – co ciekawe – w badanej grupie płynnie mówiących partnerów opowiedziało się zdecydowanie mniej osób, bo jedynie 3,34% respondentów. Warto jeszcze wspomnieć, że niecałe 7% osób jękających się określiło swoje symptomy niepełności jako bardzo słabe, za czym z kolei opowiedziało się więcej ich partnerów, stanowiąc nieco ponad 13% respondentów. Otrzymane w skrajnych skalach wyniki procentowe mogą stanowić argument przemawiający za podejrzeniem, że osoby jękające się bywają bardziej krytyczne względem doświadczanego problemu niepełności mowy aniżeli ich partnerzy.

### *Postępowanie badawcze*

Okres przeprowadzenia badań obejmował czas od marca do grudnia 2013 roku. Badania prowadzone były na terenach wiejskich i miejskich w obszarze kilku województw, tj. śląskiego, małopolskiego, wielkopolskiego, łódzkiego i pomorskiego. Ze względu na stosunkowo rozległy obszar zamieszkania osób badanych zestawy kwestionariuszy były przede wszystkim dostarczane drogą elektroniczną bądź listowną. Każdy zestaw badań składał się z baterii testów psychologicznych, tj. Inwentarza Osobowości (NEO-FFI) Paula Costy i Roberta McCrae, Kwestionariusza Inteligencji Emocjonalnej (INTE) Nicoli Schutte i in., Skali Samooceny Morrisa Rosenberga i Skali Jakości Związku Matrzeńskiego (DAS) Grahama Spaniera oraz autorskiego kwestionariusza wywiadu opracowanego w trzech wersjach, tj. dla osoby jękającej się, partnera osoby z niepełnością mowy i badanych z grupy kontrolnej. Dodatkowo, do każdego zestawu dołączona była pisemna prośba o udział w badaniu, zawierająca informacje na temat ich problematyki i celu prowadzenia.

Zestawy badań były rozdawane osobom jękającym się i ich partnerom, które tworzyły związek formalny bądź nieformalny przez minimum rok czasu. Ten sam warunek dotyczył badanych z grupy kontrolnej. Celem tego założenia była próba zmniejszenia zjawiska idealizacji partnera w pierwszej fazie związku, które

stanowiłoby ryzyko uzyskania tendencyjnych wyników badań. Próba została dobrana w sposób celowy. Głównym źródłem dojścia do osób wyrażających zgodę na udział w badaniach były grupy samopomocowe dla osób jękających się, funkcjonujące w takich miastach jak: Katowice, Kraków, Warszawa, Gdańsk.

Ostatecznie, spośród rozdanych 60 zestawów badań dla osób jękających się i ich partnerów, do badających wróciły 32 zestawy, z czego dwa z nich uzupełnione były niekompletnie, zatem nie mogły zostać wzięte pod uwagę w analizie wyników. W przypadku grupy kontrolnej rozdano 40 zestawów badań, które w większości, w liczbie 30 zestawów, spłynęły z powrotem.

## **Analiza wyników badań**

### *Jakość związku z osobą jękającą się na tle innych związków partnerskich*

W obszernej pracy poświęconej jakości związku małżeńskiego, Jan Rostowski wymienia zewnętrzne aspekty, odgrywające, jego zdaniem, rolę w poczuciu satysfakcji ze związku partnerskiego. Wśród atrybutów atrakcyjności interpersonalnej, tj. „rysów twarzy, sylwetki, koloru oczu, barwy i długości włosów” czy też sposobu uśmiechania się i patrzenia, wskazuje on również na barwę i tonację głosu oraz – co ważniejsze dla tematu artykułu – sposób mówienia (1987: 223–224). Zdaniem Rostowskiego także aspekt atrakcyjności fizycznej wiąże się ściśle z dobieraniem się w pary w oparciu o zasadę podobieństwa. Badacz zauważa, że tendencja ta nie zmienia się również w przypadku osób cierpiących na określony rodzaj dysfunkcji fizycznej, podkreślając, że na ogół jednostki te poszukują partnera z podobnym typem niedomagań. Co więcej, Rostowski stwierdza wręcz, że „na ogół związki małżeńskie osób, które mają takie same defekty fizyczne, są szczęśliwsze w porównaniu z tymi parami, w których jeden partner nie ma defektu” (1987: 225). Badania wykazały natomiast, że małżonkowie ludzi dotkniętych różnymi problemami z komunikacją ujawnili znaczące obniżenie poziomu jakości życia (Angermeyer et al., 2006, Kershaw et al., 2008, Kim et al., 2008 [za:] Beilby et al., 2013). Zadano zatem pytanie badawcze o to, czy jakość związku z osobą jękającą się znacząco różni się od jakości innych związków partnerskich. W celu statystycznej weryfikacji danych liczbowych, zebranych za pomocą Skali Jakości Związku Małżeńskiego Spaniera, zastosowano test t-Studenta dla prób niezależnych charakteryzujących się rozkładem normalnym, którego wyniki prezentuje poniższa tabela.

**Tabela 7.** Test t-Studenta dla zmiennej *jakość związku partnerskiego* w grupie partnerów osób jękających się oraz w grupie kontrolnej

| Podskale dla <i>jakości związku małżeńskiego wg Spaniera</i> | Średnia grupa kontrolna | Średnia grupa badawcza (partner osoby jękającej się) | T      | df | p     |
|--|-------------------------|--|--------|----|-------|
| DAS – zgodność   | 48,29                   | 50,59  | -1,291 | 85 | 0,200 |
| DAS – satysfakcja  | 36,52                   | 37,31  | -0,492 | 85 | 0,624 |
| DAS – spójność   | 15,83                   | 16,76  | -0,844 | 85 | 0,401 |
| DAS – ekspresja emocjonalna                                  | 8,97                    | 9,38   | -0,794 | 85 | 0,430 |
| DAS – wynik ogólny   | 109,60                  | 114,03   | -1,051 | 85 | 0,296 |

Analiza statystyczna oceny jakości związku partnerskiego mierzonej kwestionariuszem Spaniera nie wykazała istotnych różnic między grupą partnerów osób jękających się a grupą kontrolną. Współczynnik istotności przekroczył bowiem dopuszczalną wartość krytyczną 0,05 zarówno w przypadku ogólnej jakości związku małżeńskiego, jak też w ramach jej wskaźników, tj. zgodności, satysfakcji, spójności, ekspresji emocjonalnej. W tym przypadku nie można było zatem wnioskować o występowaniu istotnej różnicy w poziomie jakości związku partnerskiego w zależności od grupy badawczej. Można natomiast zaobserwować zdecydowanie zbliżone średnie wyniki ogólne kwestionariusza DAS uzyskane w obydwu grupach, które zgodnie z tymczasowymi normami dla narzędzia Spaniera mieszczą się na poziomie 5. i 6. stenu, deklarując umiarkowane nasilenie poziomu satysfakcji z pożycia z aktualnym partnerem (Cieślak, 1989). Uzyskane wyniki nie odbiegają zatem od danych zawartych w literaturze. W świetle dostępnych badań psychologicznych „większość małżeństw wykazuje wysokie bądź umiarkowane zadowolenie z jakości swojego związku z partnerem” (Plopa, 2005: 128) i – jak wynika z otrzymanych analiz – związek z osobą jękającą się w podjętych badaniach nie stanowił również wyjątku.

#### *Różnice w ocenie jakości związku partnerskiego między osobami jękającymi się a ich partnerami*

Wykluczając różnice w ocenie jakości związku partnerskiego między interesującą autorki artykułu grupą badawczą a grupą kontrolną, postanowiono dokonać jeszcze porównawczej analizy oceny jakości związku w obrębie samej

grupy badawczej, próbując w ten sposób odpowiedzieć na pytanie, czy istnieją ewentualne różnice w ocenie jakości związku partnerskiego między osobami jękającymi się a ich partnerami. W tym celu wykonano odpowiednią statystykę, której wyniki zawarto w poniższej tabeli.

**Tabela 8.** Test t-Studenta dla zmiennej *jakość związku partnerskiego* w grupie osób jękających się oraz w grupie ich partnerów

| Podskale dla <i>jakości związku małżeńskiego wg Spaniera</i> | Średni grupa badawcza (osoba jękająca się) | Średnia grupa badawcza (partner osoby jękającej się) | T      | df | p      |
|--|--|--|--------|----|--------|
| DAS – zgodność   | 51,00                                      | 50,59  | 0,2292 | 57 | 0,8195 |
| DAS – satysfakcja  | 38,23                                      | 37,31  | 0,5568 | 57 | 0,5798 |
| DAS – spójność   | 17,40                                      | 16,76  | 0,6414 | 57 | 0,5238 |
| DAS – ekspresja emocjonalna                                  | 9,90                                       | 9,38   | 1,0530 | 57 | 0,2968 |
| DAS – wynik ogólny   | 116,53                                     | 114,03   | 0,5995 | 57 | 0,5512 |

Uzyskane dane pokazują, że nie można wnioskować o istotnych statystycznie różnicach w zakresie oceny jakości związku partnerskiego badanej kwestionariuszem Spaniera między grupą osób jękających się a grupą ich partnerów. W przedstawionych wyliczeniach widać bowiem, że w każdym spośród badanych parametrów wartość *p* przekroczyła próg krytyczny równy 0,05. Celem pogłębienia tego tematu poproszono jeszcze badanych o ustosunkowanie się na 5-stopniowej skali Rensisa Likerta do zawartych w autorskim kwestionariuszu pytań dotyczących jakości związku oraz natężenia wybranych cech charakteryzujących obecnego partnera. Dobierając właściwą statystykę, otrzymano wyniki zebrane w tabeli 9.

**Tabela 9.** Test t-Studenta dla zmiennej *jakość związku partnerskiego* w kontekście subiektywnej oceny wybranych wymiarów współżycia w grupie osób jękających się oraz w grupie partnerów osób jękających się

| Wybrane wymiary współżycia partnerskiego   | Średni grupa badawcza (osoba jękająca się) | Średnia grupa badawcza (partner osoby jękającej się) | T     | df   | p     |
|--|--|--|-------|------|-------|
| Wzajemne zrozumienie i akceptacja          | 4,30                                       | 4,30   | -0,00 | 58,0 | 1,000 |
| Umiejętność rozmawiania ze sobą            | 4,07                                       | 3,87   | 1,05  | 58,0 | 0,296 |
| Umiejętność kompromisu                     | 3,93                                       | 3,83   | 0,49  | 58,0 | 0,625 |
| Sposób spędzania wolnego czasu             | 4,07                                       | 3,90   | 0,77  | 58,0 | 0,443 |
| Spędzanie czasu z rodziną                  | 4,13                                       | 4,10   | 0,16  | 58,0 | 0,871 |
| Spędzanie czasu w gronie znajomych         | 4,07                                       | 3,90   | 0,84  | 58,0 | 0,407 |
| Wzajemne okazywanie uczuć                  | 4,20                                       | 4,00   | 0,80  | 58,0 | 0,429 |
| Dzielenie się obowiązkami                  | 4,23                                       | 3,93   | 1,53  | 58,0 | 0,130 |
| Realizowanie się w życiu zawodowym         | 4,20                                       | 4,10   | 0,54  | 58,0 | 0,589 |
| Inne                                       | 0,00                                       | 0,17   | -1,00 | 58,0 | 0,321 |
| Partner daje poczucie bezpieczeństwa       | 4,43                                       | 4,30   | 0,62  | 58,0 | 0,535 |
| Partner zaspokaja potrzeby ekonomiczne     | 4,07                                       | 4,30   | -0,99 | 58,0 | 0,325 |
| Partner ma poczucie humoru                 | 4,27                                       | 4,07   | 0,94  | 58,0 | 0,353 |
| Partner jest konsekwentny w dążeniach      | 4,33                                       | 4,07   | 1,24  | 58,0 | 0,222 |
| Partner potrafi okazywać uczucia           | 4,53                                       | 3,90   | 2,59  | 58,0 | 0,012 |
| Partner potrafi być wyrozumiały            | 4,50                                       | 4,07   | 2,15  | 58,0 | 0,036 |
| Partner potrafi słuchać                    | 4,30                                       | 3,97   | 1,40  | 58,0 | 0,167 |
| Partner przejmuje inicjatywę               | 3,93                                       | 2,87   | 4,16  | 58,0 | 0,000 |
| Partner jest cierpliwy                     | 4,10                                       | 3,67   | 1,63  | 58,0 | 0,108 |
| Partner przyznaje się do własnych słabości | 3,73                                       | 3,23   | 1,64  | 58,0 | 0,107 |
| Partner potrafi zwrócić się o pomoc        | 3,93                                       | 3,40   | 1,98  | 58,0 | 0,052 |
| Partner dba o dobre relacje z innymi       | 4,20                                       | 4,07   | 0,71  | 58,0 | 0,480 |
| Partner dba o dobre relacje w rodzinie     | 4,27                                       | 4,10   | 0,86  | 58,0 | 0,393 |

Z obszernej listy wskaźników odbioru jakości związku partnerskiego wynika, że w żadnym z tych wymiarów nie stwierdza się różnic w ocenie jakości związku między grupą osób jękających się a grupą ich partnerów. Jak wynika bowiem z zaprezentowanej tabeli, obliczenie w każdym spośród wyszczególnionych wymiarów przekroczyło wartość krytyczną  $p = 0,05$ . W przypadku analizy statystycznej testem t-Studenta, wykonanej w ramach oceny natężenia wybranych cech partnera, ujawniły się natomiast istotne statystycznie różnice w zakresie umiejętności okazywania uczuć, bycia wyrozumiałym i zdolnym do przejmowania inicjatywy. Co ważne, każda z uwzględnionych cech przedstawia się na korzyść partnera osoby jękającej się, co może oznaczać ich tendencję do większej niż w przypadku osób jękających się umiejętności okazywania uczuć (średnia: 4,53 vs. 3,90), bycia wyrozumiałym (średnia: 4,50 vs. 4,07) oraz przejmowania inicjatywy (średnia: 3,93 vs. 2,87) w związku partnerskim.

#### *Wybrane cechy osobowości osób jękających się a percepcja jakości związku przez ich partnerów*

Badania nad osobowością osób jękających trwają od lat 30. XX wieku (Tarkowski, 2001) i prowadzą do różnych wniosków. Mianowicie, z badań przeprowadzonych w latach 70. XX wieku okazało się, że osoby jękające się nie wyróżniają się żadnym szczególnym rysem osobowościowym w stosunku do ludzi mówiących płynnie, tylko podobnie jak oni przejawiają zróżnicowany obraz cech (Darlez, Spriesterbach, 1978 [za:] Tarkowski, 2001). Z kolei Ashley Craig (1994) podważył pogląd, że osoby jękające się są obciążone problemem zaburzeń nerwicowych, uznając jedynie fakt, że narażone są one na skutki długotrwałego oddziaływania stresu komunikacyjnego. Według badań Miller i Watson należy wykluczyć skłonność osób z niepełnością mowy do doświadczania lęku i popadania w nastroje depresyjne (1992 [za:] Tarkowski, 2001). Zaprzeczyli jednak temu wnioskowi inni badacze, którzy na drodze badań empirycznych potwierdzili fakt skłonności osób jękających się do ulegania negatywnemu afektowi oraz podatności na doświadczanie lęku (Blumgart, Tran, Craig, 2010; Menzies et al., 2008; Stein, Baird, Walker, 1996). Z kolei Zbigniew Tarkowski, badając osobowość jękających się nastolatków, zauważył, że można opisać u nich istotnie podwyższony wskaźnik neurotyczności wchodzącej w pozytywną korelację z cechującą także jękającą się młodzież introwersją (2001).

Wśród osób jękających się przeprowadzono również badania w zakresie poziomu ich samooceny. „Samoocena «jestem jękającym się» powoduje zali-

czenie siebie do pewnej dewiacyjnej mniejszości. Przyjęcie tej etykiety lub piętna nie neguje faktu występowania zróżnicowanych wzorów osobowości w populacji jękających się. Generalnie jednak w obrazie siebie dominuje wizerunek «jękały» (Góral-Półtola, Tarkowski, 2012: 21). Skłonność do obniżonej samooceny potwierdzają badania (Garaigordobil, Pérez, 2007 [za:] Błachnio, Przepiórka, 2012), choć nie wszystkie, istnieją bowiem również empiryczne dowody o braku statystycznie istotnych różnic między samooceną osób jękających się a ludzi mówiących płynnie (Blood et al., 2003, Green, 1999, Yovetich, Leshied i Flicht, 2000, Bray et al., 2003 [za:] Góral-Półtola, Tarkowski, 2012). Poszukując uzasadnienia dla tej sprzeczności empirycznej uznano, że powodem może być wpływ innych czynników kształtujących poziom samooceny, takich jak: atrakcyjność fizyczna, akceptacja społeczna czy też relacja z rodzicami (Ota, 2007).

Z powyższego przeglądu badań nad osobowością ludzi jękających się wynika zatem, że wśród osób z omawianym zaburzeniem mowy możliwe są tendencje do obniżonej samooceny, podwyższonej neurotyczności i introwersji, a także podatności na oddziaływanie negatywnego afektu i doświadczania lęku. Wraz z nimi wiązać się mogą natomiast rozmaite problemy natury psychologicznej, które mogą oddziaływać na jakość związku partnerskiego. Zdaniem Beaty Hołtyń cechy osobowości partnera odgrywają istotną rolę w związku emocjonalnym, która rośnie wraz z długością bycia z danym partnerem (2009). Trzeba jednak dodać, że zgodnie z opinią niektórych badaczy nie sposób postrzegać osób jękających się jedynie przez pryzmat cech mniej pozytywnych, predysponujących do doświadczania trudności psychicznych. Pomimo uwzględnionych badawczo tendencji osoby jękające się wykazują bowiem zróżnicowanie w strukturze osobowości, które – jak zauważa Zbigniew Tarkowski – mieści się w granicach normy i dalekie jest od patologii (2001).

Biorąc pod uwagę powyższe rozważania nad osobowością ludzi jękających się, postanowiono zadać pytanie badawcze, czy wybrane cechy osobowości (tj. neurotyczność, ekstrawersja, otwartość na doświadczenie, ugodowość, sumienność lub samoocena) u osób jękających się są związane z percepcją jakości związku przez ich partnerów. Poszukując odpowiedzi na postawione pytanie, obliczono korelację  $r$  Pearsona, której wyniki prezentuje poniższa tabela.

**Tabela 10.** Korelacja  $r$  Pearsona między wskaźnikami zmiennej *osobowość u osób jękających się* a wskaźnikami jakości związku partnerskiego u partnerów osób jękających się

| Siła związku między wskaźnikami testu NEO-FFI i DAS | DAS – zgodność (partner osoby jękającej się) | DAS – satysfakcja (partner osoby jękającej się) | DAS – spójność (partner osoby jękającej się) | DAS – ekspresja emocjonalna (partner osoby jękającej się) | DAS – wynik ogólny (partner osoby jękającej się) |
|---|--|---|--|---|--|
| Neurotyczność – osoba jękająca się                  | –,0825                                       | –,0480  | ,0088  | ,0411   | –,0446   |
|   | $p = ,671$                                   | $p = ,805$                                      | $p = ,964$                                   | $p = ,832$  | $p = ,818$                                       |
| Ekstrawersja – osoba jękająca się                   | –,1466                                       | ,0459   | ,1259  | ,1101   | ,0050  |
|   | $p = ,448$                                   | $p = ,813$                                      | $p = ,515$                                   | $p = ,570$  | $p = ,979$                                       |
| Otwartość na doświadczenie – osoba jękająca się     | ,0208  | ,3595   | ,1966  | ,0048   | ,1995  |
|   | $p = ,915$                                   | $p = ,055$                                      | $p = ,307$                                   | $p = ,980$  | $p = ,299$                                       |
| Ugodowość – osoba jękająca się                      | –,1273                                       | ,3233   | ,0348  | ,0075   | ,0828  |
|   | $p = ,510$                                   | $p = ,087$                                      | $p = ,858$                                   | $p = ,969$  | $p = ,669$                                       |
| Sumienność – osoba jękająca się                     | –,0527                                       | ,0558   | ,1835  | –,0065  | ,0472  |
|   | $p = ,786$                                   | $p = ,774$                                      | $p = ,341$                                   | $p = ,973$  | $p = ,808$                                       |
| Wynik ogólny samooceny – osoba jękająca się         | –,0942                                       | ,1138   | –,0665                                       | –,1005  | –,0252   |
|   | $p = ,627$                                   | $p = ,557$                                      | $p = ,732$                                   | $p = ,604$  | $p = ,897$                                       |

Wyliczenia wykonane za pomocą korelacji  $r$  Pearsona wykazały nieistotne wartości współczynnika  $p$  pomiędzy wszystkimi wskaźnikami osobowości „Wielkiej Piątki” i samooceny u osób jękających się a parametrami mierzącymi percepcję jakości związku wśród partnerów osób jękających się. Powodem nieujawnienia zależności między wybranymi cechami osobowości ludzi jękających się a postrzeganiem jakości związku emocjonalnego przez ich płynnie mówiących partnerów może być fakt uzyskanych w badaniach, wśród grupy osób jękających się, umiarkowanych wyników dla cech „Wielkiej Piątki” i samooceny.



Otrzymane wyniki przeczą bowiem wspomnianym już doniesieniom z innych badań na temat samooceny, a także badaniom uwzględniającym cechy „Wielkiej Piątki”, w których okazało się, że osoby jękające się, w porównaniu z ludźmi mówiącymi płynnie, przejawiają podwyższone wskaźniki dla neurotyczności oraz obniżone wyniki dla sumienności i ugodowości (Bleek et al., 2010; Iverach et al., 2010). Na tej podstawie natomiast można było przypuszczać, że tak zarysowany obraz wybranych cech osobowości osób jękających się może istotnie wpływać na postrzeganie jakości związku przez ich partnerów, co wynika z badań prowadzonych na związkach małżeńskich (Botwin et al., 1997 [za:] Hołtyń, 2009).

#### *Inteligencja emocjonalna osób jękających się a postrzeganie jakości związku przez ich partnerów*

Problematyka inteligencji emocjonalnej ludzi z niepełnością mowy, w przeciwieństwie do mnogości stanowisk badawczych na temat osobowości osób jękających się, właściwie nie została jeszcze opisana. Wnikliwa analiza pozycji bibliograficznych sugeruje, że warstwa emocjonalna interesującej grupy badawczej rozpatrywana jest głównie w kontekście rodzaju doświadczanych afektów i związanych z tym zaburzeń psychologicznych (por. Bielecki et al., red., 2007). Emocje stanowią niewątpliwie ważny temat dla problematyki jękania. Uważa się, że osoby doświadczające problemu niepełności mowy narażone są na silne przeżywanie emocji negatywnych, wśród których wymienia się „lęk, poczucie winy, zażenowanie, wstyd”, a także gniew (Cooper, 1973, Kostecka, 2004 [za:] Błachnio, Przepiórka, 2012: 218). Krzysztof Szamburski z kolei podkreśla, że doświadczanie negatywnych stanów emocjonalnych ma charakter uświadomiony i dokonuje się pod kontrolą umysłu, wyznaczając jednocześnie tory codziennych zachowań w życiu społecznym (2000: 206). W psychologii obecność uświadomionego „ja” podkreśla się również w przypadku wspomnianych już wyżej emocji wstydu, zażenowania i poczucia winy (Zaleski, 1999). W zagadnieniu inteligencji emocjonalnej natomiast ważna jest poznawcza obróbka emocji doświadczanych osobiście i tych odbieranych z otoczenia (Salovey et al., 2005), która wymaga ich świadomej weryfikacji. W podjętych badaniach próbowano więc zbadać inteligencję emocjonalną charakteryzującą grupę badawczą osób jękających się, przez wzgląd na problem jękania i związane z tym wyczulenie emocjonalne. Jednocześnie, biorąc pod uwagę stwierdzoną już wyżej tendencję do regulacji stosunków interpersonalnych przez pryzmat emo-

cji, zadano pytanie badawcze, czy wysokość ogólnej inteligencji emocjonalnej i jej czynników (tj. zdolności do wykorzystywania emocji w myśleniu i działaniu oraz zdolności do rozpoznawania emocji) u osób jękających się jest związana z postrzeganiem jakości związku przez ich partnerów. Dokonując statystycznej weryfikacji postawionego pytania, skorzystano z korelacji  $r$  Pearsona, której wyniki zebrano w poniższej tabeli.

**Tabela 11.** Korelacja  $r$  Pearsona między wskaźnikami zmiennej *inteligencja emocjonalna* u osób jękających się a wskaźnikami jakości związku partnerskiego u partnerów osób jękających się

| Sila związku między wskaźnikami testu INTE i DAS | DAS – zgodność (partner osoby jękającej się) | DAS – satysfakcja (partner osoby jękającej się) | DAS – spójność (partner osoby jękającej się) | DAS – ekspresja emocjonalna (partner osoby jękającej się) | DAS – wynik ogólny (partner osoby jękającej się) |
|--|--|---|--|---|--|
| INTE – wynik ogólny (osoba jękająca się)         | –,1151                                       | ,1902   | –,0503                                       | –,1049  | –,0006   |
|  | $p = ,552$                                   | $p = ,323$                                      | $p = ,796$                                   | $p = ,588$  | $p = ,997$                                       |
| INTE – czynnik I (osoba jękająca się)            | –,1535                                       | ,1382   | –,1160                                       | –,0624  | –,0481   |
|  | $p = ,427$                                   | $p = ,475$                                      | $p = ,549$                                   | $p = ,748$  | $p = ,804$                                       |
| INTE – czynnik II (osoba jękająca się)           | –,1474                                       | ,1537   | –,0429                                       | –,2022  | –,0387   |
|  | $p = ,446$                                   | $p = ,426$                                      | $p = ,825$                                   | $p = ,293$  | $p = ,842$                                       |

Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała nieistotne wartości współczynnika korelacji  $r$  Pearsona, wykonanej pomiędzy wszystkimi wskaźnikami szacującymi zmienną *inteligencja emocjonalna* w Kwestionariuszu Inteligencji Emocjonalnej u osób jękających się, a wartościami parametrów opisujących jakość związku za pomocą Skali Jakości Związku Małżeńskiego Spaniera u partnerów osób jękających się. Poszukując uzasadnienia tego stanu rzeczy, można przypuszczać, że być może związane jest to z wysokością średnich wyników ogólnej inteligencji emocjonalnej i jej wskaźników (tj. zdolności do wykorzystywania emocji w myśleniu i działaniu oraz zdolności do rozpoznawania emocji), otrzymanych w grupie badawczej osób jękających się. Okazało się bowiem, że

dorośli cierpiący na chroniczną nie płynność mowy uzyskali umiarkowane wyniki we wszystkich zbadanych skalach kwestionariusza INTE. Na tej podstawie można uważać z kolei, że badana w pracy próba osób jękających się nie wyróżnia się pod względem inteligencji emocjonalnej, co prawdopodobnie nie rzutuje też na postrzeganie jakości związku przez ich partnerów.

*Porównanie partnerów osób jękających się z ludźmi mówiącymi płynnie i zaangażowanymi w związek emocjonalny pod względem wysokości wskaźników inteligencji emocjonalnej*

Zbigniew Tarkowski wskazuje na dwa typy reakcji społecznych, które wywierają wpływ na funkcjonowanie osoby jękającej się w życiu prywatnym i społecznym. Uwzględnia bowiem typ reakcji niepożądanych, które mogą nasilać objawy niepłynności, a przy tym zniechęcać osobę z dysfluencją do podejmowania zachowań komunikacyjnych. Wyszczególnia również reakcje pozytywne, przez które pojmuje okazywanie cierpliwości, akceptacji, słuchanie bez korygowania czy kończenia wypowiedzi za jękającego się, wyważoną obserwację, która pozbawiona jest krępujących reakcji mową ciała, czy też brak pouczeń o sposobie mówienia (Tarkowski, 2001). To zaś, którą spośród opisanych reakcji zastosuje człowiek mówiący płynnie, uzależnione jest niewątpliwie od różnych czynników, wśród których wydaje się zasadne uwzględnienie też zjawiska inteligencji emocjonalnej, zwłaszcza zaś mieszczącej się w jej ramach zdolności do „spostrzegania i rozumienia emocji innych ludzi oraz empatycznego reagowania na nie” (Salovey et al., 2005: 637). Według teoretyków osoby, które przejawiają wysoką umiejętność odczytywania cudzych emocji i adekwatnego reagowania na związane z tym potrzeby innych, mają większą łatwość w tworzeniu sieci wsparcia społecznego (Salovey et al., 1999 [za:] Salovey et al., 2005). Uważa się również, że spośród możliwych rodzajów wsparcia najbardziej cenione w bliskich związkach partnerskich jest wsparcie emocjonalne, z którym wiąże się okazywanie troski, empatii i opiekuńczości (Popiołek, 2004).

Biorąc pod uwagę opisywane w literaturze przedmiotu obciążenia zagrażające poczuciu dobrostanu psychicznego przez osoby jękające się, które odgrywają też rolę w procesie podejmowania decyzji o emocjonalnym związaniu się z daną osobą (Knobloch-Gala, 1987), zadano sobie pytanie, czy partner osoby jękającej się znacząco różni się pod kątem ogólnej inteligencji emocjonalnej i jej czynników (tj. w zakresie zdolności do wykorzystywania emocji w myśleniu i działaniu oraz zdolności do rozpoznawania emocji) w porównaniu z ludźmi

mówiącymi płynnie, którzy współtworzą związek partnerski. W tym celu przeprowadzono analizę statystyczną, wykorzystując parametryczny test t-Studenta dla grup niezależnych. Uzyskane tym sposobem wyniki zawiera tabela znajdująca się poniżej.

**Tabela 12.** Test t-Studenta zmiennej *inteligencja emocjonalna* w grupie partnerów osób jękających się oraz w grupie kontrolnej

| Test Inteligencji Emocjonalnej | Średni grupa kontrolna | Średnia grupa badawcza (partner osoby jękającej się) | T      | df | p     |
|--------------------------------|------------------------|--|--------|----|-------|
| INTE – wynik ogólny            | 122,62                 | 125,23   | –0,900 | 88 | 0,371 |
| INTE – czynnik I               | 53,42                  | 53,80  | –0,229 | 88 | 0,819 |
| INTE – czynnik II              | 41,28                  | 44,67  | –2,477 | 88 | 0,015 |

Przeprowadzona analiza ujawniła występowanie istotnych statystycznie różnic w poziomach średnich, w zakresie II czynnika Kwestionariusza Inteligencji Emocjonalnej, tj. zdolności do rozpoznawania emocji. W tym bowiem przypadku współczynnik istotności  $p$  nie przekroczył krytycznej wartości 0,05, co oznacza, że w grupie partnerów osób jękających się daje się zaobserwować istotnie wyższą wartość zdolności do rozpoznawania emocji (średnia 44,67) aniżeli wśród osób z grupy kontrolnej (średnia 41,28). To, że partnerzy osób jękających się przejawiają większe zdolności w rozpoznawaniu emocji, może brać się z tendencji do przeważającej w tej grupie badawczej liczby kobiet, co jest uzasadnione faktem, że problem niepełności mowy około czterokrotnie częściej dotyczy mężczyzn (Chęciek, 2012). Zgodnie natomiast z badaniami prowadzonymi nad inteligencją emocjonalną to właśnie wśród kobiet stwierdza się jej wyższe wskaźniki w stosunku do mężczyzn (Petrides, Furnham, 2000 [za:] Mandal, 2003). Nie można jednak przy tym zapominać o zjawisku różnic indywidualnych, które dokonują się również w ramach tej samej płci. Ważną sprawą może być też to, że osoby jękające się – przez wzgląd na występujące u nich dążenie do poszukiwania ludzi rozumiejących ich potrzeby i doświadczane emocje, o czym dowodzi istnienie rozmaitych grup samopomocowych, tzw. klubów „J” działających w dużych miastach (por. Węsierska, Szykowska, Szymura, 2013) – mogą intuicyjnie dążyć do wiązania się z osobą empatyczną, trafnie odczytując stany emocjonalne.

*Porównanie partnerów osób jękających się z ludźmi mówiącymi płynnie i zaangażowanymi w związek emocjonalny pod względem cech osobowości „Wielkiej Piątki”*

Dla autorek artykułu interesujące stało się również pytanie o specyfikę osobowości partnerów, z którymi osoby jękające się tworzą związek emocjonalny. W tym celu skorzystano z parametrycznej analizy statystycznej, wykonując test t-Studenta dla grup niezależnych. Uzyskane na tej drodze wyniki ilustruje poniższa tabela.

**Tabela 13.** Test t-Studenta zmiennej *osobowość* w grupie osób jękających oraz w grupie kontrolnej

| Składniki osobowości wg testu NEO-FFI | Średni grupa kontrolna | Średnia grupa badawcza (partner osoby jękającej się) | T      | df | p     |
|---------------------------------------|------------------------|--|--------|----|-------|
| Neurotyczność                         | 20,88                  | 19,63  | -0,727 | 88 | 0,469 |
| Ekstrawersja                          | 29,00                  | 29,50  | -0,357 | 88 | 0,722 |
| Otwartość na doświadczenie            | 25,57                  | 27,43  | -1,267 | 88 | 0,208 |
| Ugodowość                             | 28,92                  | 31,47  | 2,063  | 88 | 0,042 |
| Sumienność                            | 31,47                  | 34,10  | 1,618  | 88 | 0,109 |

Przeprowadzona analiza statystyczna wykazała obecność istotnych różnic w poziomach średnich, w przypadku zmiennej *ugodowość*, współczynnik istotności nie przekroczył tu bowiem krytycznej wartości 0,05. Co więcej, dokonana analiza pokazuje, że w grupie partnerów osób jękających się obserwujemy istotnie wyższą wartość tej zmiennej (średnia 31,47) niż w grupie kontrolnej (średnia 28,92), co skłania do wniosku, że partnerzy osób z dysfluencją mowy przejawiają większą tendencję do okazywania sympatii względem innych, bycia pomocnymi oraz myślenia, że wśród ludzi przeważają osoby o podobnym usposobieniu. Wyróżniać ich może także większe nasilenie takich cech jak prośoduszność, szczerość, łagodność, uczuciowość, a nawet skłonności altruistyczne (Zawadzki et al., 2007) w porównaniu z ludźmi będącymi w związku emocjonalnym z kimś mówiącym płynnie. Poddając krytycznej analizie uzyskane wyniki należy, podobnie jak w przypadku badania dotyczącego różnic w inteligencji emocjonalnej między grupą partnerów osób jękających się a badaną grupą kon-

trolną, uwzględnić przeważającą w grupie badawczej liczbę kobiet, uzasadnioną stwierdzoną już dysproporcją płciową w zaburzeniu mowy o typie jąkania. Wprawdzie na podstawie przeprowadzonych badań i metaanaliz porównawczych (por. Maccoba, Jacklin, 1974; Hall, 1984; Feingold, 1994 [za:] Mandal, 2003) nie stwierdza się znacznych różnic osobowościowych między kobietami a mężczyznami, to jednak według ustaleń Paula Costy, Antonio Terracciano i Roberta McCrae kobiety charakteryzują wyższe wyniki w obrębie ugodowości we wszystkich jej wymiarach, tj. prostolinijności, wrażliwości na innych, zaufaniu, altruizmie, skromności i uległości (2001 [za:] Mandal, 2003). Fakt ten może częściowo wyjaśniać powód dominującego wśród partnerów osób jękających się wskaźnika *ugodowości*. Ponadto badania pokazują, że osoby z niską ugodowością przejawiają skłonność do krytykowania małżonka (Buss, 1992 [za:] Hołtyń, 2009), na co – wydaje się – osoby jękające się są szczególnie wrażliwe. Zdaniem Zbigniewa Tarkowskiego osoby z niepełnością mowy wzbudzają chęć niesienia pomocy czy też wyzwalały zachowania opiekuńcze, co z kolei może przyciągać ludzi z podobnymi skłonnościami do wiązania się z nimi w związku partnerskim (2001).

## Podsumowanie

Na podstawie otrzymanych wyników badań okazuje się, że związek partnerski zbudowany z osobą jękającą się nie różni się w porównaniu ze związkami wolnymi od problemu dysfluencji w mowie pod względem oceny jego jakości. Jedynym niuansiem wartym przybliżenia w tej kwestii okazały się trzy cechy wyróżniające partnera osoby z niepełnością mowy, mogące odgrywać znaczącą rolę w odbiorze jakości bliskiego związku emocjonalnego przez ludzi jękających się. Przeprowadzona analiza statystyczna ujawniła bowiem znaczące różnice w ocenie takich cech partnera osoby jękającej się jak: zdolność do okazywania uczuć, wyrozumiałość oraz umiejętność przejmowania inicjatywy. Nie potwierdziły się natomiast założenia o wpływie inteligencji emocjonalnej oraz wybranych cech osobowości charakteryzujących osoby jękające się na sposób postrzegania jakości związku przez ich niejąkających się partnerów.

W podjętych badaniach, obok problematyki jakości związku, zdecydowano się również na próbę weryfikacji psychologicznego profilu partnera osoby jękającej się w ramach cechującej go inteligencji emocjonalnej oraz wybranych cech osobowości. Efektem przeprowadzonej analizy statystycznej okazały się istotne, w porównaniu z wynikami badanych z grupy kontrolnej, różnice w zakresie

dwóch wskaźników zmiennych. Otóż, partnerzy osób jękających się, którzy wzięli udział w prowadzonych badaniach, wykazali się większym natężeniem cechy osobowości, jaką jest ugodowość, w porównaniu z ludźmi będącymi w związku emocjonalnym z kimś mówiącym płynnie. Ponadto, grupa badawcza partnerów osób jękających się ujawniła również w stosunku do grupy kontrolnej istotną statystycznie przewagę w zakresie zdolności do rozpoznawania emocji, będącej jednym z wyznaczników inteligencji emocjonalnej w Kwestionariuszu INTE.

Uzyskane w badaniach wyniki stanowią charakterystykę psychologicznego ujęcia problematyki związku partnerskiego z osobą jękającą się w ramach uwzględnionej w postępowaniu empirycznym grupie badawczej. Zaprezentowane tu badania ujawniły przede wszystkim pewne tendencje osobowościowe i emocjonalne partnerów osób jękających się, mogąc tym samym stanowić inspirację do prowadzenia dalszych badań na szerszej populacji, być może ukazujących również inne, nieodkryte w niniejszych badaniach, predyspozycje interesującej grupy badawczej. Warto byłoby również dokonać replikacji badań pod kątem jakości związku partnerskiego z osobą jękającą się w kontekście tych samych zmiennych, uwzględniając większą grupę badawczą i kontrolną w celu weryfikacji niestwierdzonych w niniejszym rozdziale istotnych statystycznie różnic, w zestawieniu z zebraną grupą kontrolną. Ciekawym polem badawczym mogłoby też być rozpatrzenie innych, nieuwzględnionych tutaj zmiennych, których wyniki mogłyby rozszerzyć spojrzenie na interesujący problem badawczy, jak dotąd słabo opisany pod względem empirycznym (por. Beilby et al., 2013).

## Bibliografia

- Beilby J.M., Byrnes M.L., Meagher E.L., Yaruss J.S., 2013: *The impact of stuttering on adults who stutter and their partners*. „Journal of Fluency Disorders”, Vol. 38, s. 14–29.
- Beilby J.M., Byrnes M.L., Young K.N., 2012: *The experiences of living with a sibling who stutters: A preliminary study*. „Journal of Communication Disorders”, Vol. 37, No. 2, s. 135–148.
- Bielecki J., Melon A., Muc M., Szczepankowski B., Wolnicz-Pawłowska E., red., 2007: *Logopedia. Bibliografia do 2006 roku*. Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa.
- Bleek B., Montag C., Faber J., Reuter M., 2010: *Investigating personality in stuttering: Results of a case control study using the NEO-FFI*. „Journal of Communication Disorders”, Vol. 44, No. 2, s. 218–222.
- 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”, Vol. 28, No. 2, s. 143–159.



- Blumgart E., Tran Y., Craig A., 2010: *Social anxiety disorder in adults who stutter*. „Depression and Anxiety”, Vol. 27, Iss. 7, s. 687–692.
- Błachnio A., Przepiórka A., 2012: *Jąkanie jako zaburzenie z perspektywy psychologicznej: przegląd badań*. „Psychologia Jakości Życia”, t. 11, nr 2, s. 211–222.
- Chęć M., 2012: *Jąkanie. Diagnoza – Terapia – Program*. Impuls, Kraków, s. 13–74.
- Cieślak K., 1989: *Polska wersja skali G.B. Spaniera służącej do pomiaru jakości związku małżeńskiego (DAS)*. „Przegląd Psychologiczny”, t. XXXII, nr 4, s. 1041–1049.
- Craig A., 1994: *Anxiety levels in persons who stutter: Comments on the research of Miller and Watson (1992)*. „Journal of Speech and Hearing Research”, Vol. 37, s. 90–92.
- Góral-Półrola J., Tarkowski Z., 2012: *Skala Samooceny i Oceny Jąkania*. Wydawnictwo Fundacji „Orator”, Lublin–Kielce.
- Hołyń B., 2009: *Małżeństwo i wsparcie. Czy małżonkowie o różnych cechach osobowości są w stanie udzielać sobie wsparcia?* Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz, s. 51–84.
- Iverach L., O’Brian S., Jones M., Block S., Lincoln M., Harris E. et al., 2010: *The five factor model of personality applied to adults who stutter*. „Journal of Communication Disorders”, Vol. 43, s. 120–132.
- 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” Vol. 29, s. 275–305.
- Knobloch-Gala A., 1987: *Wybrane zagadnienia logopatologii*. W: Wyszńska A., red.: *Psychologia defektologiczna*. PWN, Warszawa, s. 115–143.
- Mandal E., 2003: *Kobiecość i męskość. Popularne opinie a badania naukowe*. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa, s. 85–152.
- Mazur M., Węsierska K., 2012: *Czynniki genetyczne w etiologii jąkania – doniesienia z badań*. „Forum Logopedyczne”, nr 20, s. 90–94.
- Menzies R.G., O’Brian S., Onslow M., Packman A., St Clare T., Block S., 2008: *An experimental clinical trial of a cognitive-behavior therapy package for chronic stuttering*. „Journal of Speech, Language, and Hearing Research”, Vol. 51, s. 1451–1464.
- Ota M., 2007: *Self-esteem of children who stutter: Communication facet of self-evaluation and importance*. „Japanese Journal of Educational Psychology”, Vol. 55, No. 4, s. 501–513.
- Płopa M., 2005: *Psychologia rodziny. Teoria i badania*. Impuls, Kraków.
- Popiołek K., 2004: *Wsparcie społeczne w małżeństwie*. „Chowanna”, r. XLVIII, t. 2 (23), s. 118–128.
- Rostowski J., 1987: *Zarys psychologii małżeństwa*. PWN, Warszawa.
- Salovey P., Bedell B.T., Detweiler J.B., Mayer J.D., 2005: *Aktualne kierunki w badaniach nad inteligencją emocjonalną*. W: Lewis M., Haviland-Jones J.M., red.: *Psychologia emocji*. GWP, Gdańsk, s. 634–651.
- Scott L., Guitar C., 2012: *Jak mówić w szkole o jąkaniu? Podręcznik dla nauczycieli i logopedów*. Centrum Logopedyczne, Katowice.
- Stein M.B., Baird A., Walker J.R., 1996: *Social phobia in adults who stuttering*. „American Journal of Psychiatry”, Vol. 153, No. 2, s. 278–280.



Szamburski K., 2000: *Jękanie – przyczyna czy skutek zaburzeń emocjonalnych? Konsekwencje dla terapii*. W: Gapik L., red.: *Postępy psychoterapii. Koncepcje i badania*. T. III. Wydawnictwo P.W. „INTERFUND”, Poznań, s. 202–209.

Tarkowski Z., 2001: *Jękanie*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Węsierska K., Szykowska H., Szymura A., 2013: *Kluby „J”, Klub ludzi mówiących płynnie – rola grup samopomocy dla osób jękających się*. „Forum Logopedyczne”, nr 21, s. 145–152.

Zaleski Z., 1999: *Od zawiści do zemsty. Społeczna psychologia kłopotliwych emocji*. Żak, Warszawa.

Zawadzki B., Strelau J., Szczepaniak P., Śliwińska M., 2007: *Inwentarz Osobowości NEO-FFI. Podręcznik*. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa.


## Streszczenie

Rozdział stanowi prezentację wyników badań dotyczących związków partnerskich z osobami jękającymi się. Autorki, kierując się przyjętą w środowisku balbutologopedycznym Sheehanowską metaforą góry lodowej, podkreślającą psychologiczny aspekt jękania, zadały sobie pytanie, czy fakt niepełności mowy i związanych z tym problemów natury psychicznej może mieć jakiegokolwiek znaczenie dla jakości związku partnerskiego. Starając się uchwycić problem badawczy wieloaspektowo, autorki próbowały również rozstrzygnąć, czy ludzi decydujących się wejść w bliską relację emocjonalną z kimś dotkniętym zaburzeniem niepełności mowy wyróżnia pewna tendencja do przejawiania danych cech w zakresie osobowości i inteligencji emocjonalnej.

## Summary

This chapter presents research results on how people who stutter form relationships. The authors, guided by the Sheehan's iceberg metaphor which is commonly used by speech-language pathologists, emphasize the psychological aspect of stuttering. They question how speech dysfluencies and psychological problems related to them affect how a person who stutters establishes relationships. Trying to capture the multifaceted nature of this research problem, the authors also attempt to determine whether people who decide to enter into a close relationship with someone suffering from stuttering display some distinctive characteristics in terms of personality traits and emotional intelligence.





Agata Błachnio  
Aneta Przepiórka  
Kenneth O. St. Louis  
Katarzyna Węsierska  
Marta Węsierska

## ***Postawy społeczne wobec jąkania w Polsce – przegląd badań z użyciem POSHA-S***

*Social attitudes towards stuttering in Poland – an overview of research using the POSHA-S*

### **Wprowadzenie**

Użycie przez Williama Thomasa i Floriana Znanieckiego w pierwszych dekadach XX wieku w pracy *Polish Peasant in Europe and America* pojęcia *postawa* przyczyniło się do upowszechnienia w polskiej nauce zainteresowania tym zjawiskiem (Marody, 1976; Puzynina, 2000). W rozumieniu tych autorów postawa oznaczała indywidualną świadomość jednostki, warunkującą jej aktualnie przeżywane lub potencjalne reakcje wobec świata społecznego. Liczni autorzy zajmujący się badaniem postaw podkreślali złożoność i wieloaspektowość tej problematyki. W polskiej literaturze upowszechniła się strukturalistyczna definicja terminu *postawa*. Stefan Nowak – reprezentant stanowiska strukturalnego – zdefiniował to pojęcie następująco: „Postawą pewnego człowieka wobec pewnego przedmiotu jest ogół względnie trwałych dyspozycji do oceniania tego przedmiotu i emocjonalnego nań reagowania oraz ewentualnie towarzyszących tym emocjonalno-oceniającym dyspozycjom względnie trwałych przekonań o naturze i własnościach tego przedmiotu i względnie trwałych dyspozycji do zachowania się wobec tego przedmiotu” (1973: 23). W ujęciu strukturalnym *postawa* wobec jakiejś grupy czy osoby obejmuje trzy aspekty: reakcję afektywną, behawioralną i poznawczą. Jest to zatem to, co odczuwamy wobec tej grupy, nasze emocje negatywne lub pozytywne, to, w jaki sposób zachowujemy się wobec tej grupy i wreszcie to, co wiemy o tej grupie (Böhner, Wänke, 2004). W kontaktach z innymi kształtujemy przekonania na temat osób, z którymi wchodzimy w relacje. Swoją wiedzę na temat tego, jak oceniać drugą osobę, czerpiemy z doświadczenia kontaktu z tą osobą lub z osobami podobnymi (Moskowitz, 2009). Jak stwierdza Elliot Aronson, „[...] posługiwanie się stereotypami jest szczególnym przykładem zjawiska atrybucji” (2008: 285). Zdaniem tego badacza w sytuacjach niejednoznacznych ludzie podlegają

tendencji do dokonywania ocen zgodnych ze swoimi przekonaniem lub uprzedzeniami. Negatywne stereotypy, a więc nasze postawy i oceny, wpływają negatywnie na funkcjonowanie osób stereotypizowanych. Mirosław Kofta i Michał Bilewicz (2012) podają, że jeśli grupa czuje, że jest w warunkach zagrożenia stereotypem, to swoje zadania będzie wypełniać gorzej niż w sytuacji, gdy jest pozbawiona tej świadomości. Można zatem przypuszczać, że jeśli osoby jękające się wiedzą o negatywnym odbiorze ich przez interlokutorów, ich poziom płynności będzie się pogarszał. W jednym z klasycznych eksperymentów w psychologii uzyskano efekt ekspozycji, który mówi o tym, że im częściej widzimy dany obiekt, tym nasz afekt wobec niego staje się bardziej pozytywny (Zajonc, 1984). Możemy wnioskować, że coś, co jest nieznane, budzi lęk i cały szereg innych emocji negatywnych. Brak wiedzy na temat jękania, brak kontaktu z osobami z zaburzoną płynnością mogą być przyczyną negatywnych ocen tej grupy.

Jękanie jest złożonym zaburzeniem komunikacji językowej, łączącym zarówno aspekty behawioralne, jak i emocjonalne lub poznawcze (Bennett, 2006). Co więcej, powoduje wiele konsekwencji społecznych, jest dla nich źródłem stresu (Craig, Baumgart, Tran, 2009; Crowe, Davidow, Bothe, 2004), a także obniża jakość życia tych osób (Yaruss, 1998; Błachnio, Przepiórka, 2012). Janet Beilby (2014) w swoich rozważaniach pokazuje, jak jękanie wpływa na wiele sfer życia osoby jękającej się, a także na jej osoby bliskie – rodziców, rodzeństwo, partnerów. Ten wielowymiarowy wpływ występuje nie tylko w wieku dziecięcym czy dorastania, ale także w wieku dorosłym. Osoba doświadcza wielu negatywnych reakcji ze strony otoczenia, które nie rozumie tego, co odczuwa jękający się. Osoby postronne często też nie wiedzą, jak się właściwie zachować. Podaje się, że nieprzychylnie reakcje słuchaczy czy tylko duże audytorium mogą nasilać problemy z mówieniem (Leary, Kowalski, 2002). Trudności z komunikacją w codziennych sytuacjach, niezrozumienie ze strony otoczenia czy stereotypowe postrzeganie problemu jękania to codzienność osoby jękającej się (Beilby, 2014). Te wszystkie czynniki mogą prowadzić do narastania obaw przed oceną, lęku przed mówieniem i unikaniem interakcji społecznych.

Osoby jękające się często są odbierane przez pryzmat ich zaburzenia, stają się obiektem żartów i przemocy w szkole, pracy (Erickson, Block, 2013; Langevin, 2009). Negatywna ocena może skutkować wykluczeniem społecznym tych osób, a nawet prowadzić do ostracyzmu (Oaten et al., 2008). Poczucie odrzucenia społecznego może mieć poważne konsekwencje i może powodować obniżenie samoceny czy utratę poczucia sensu życia (Leary et al., 2003). To, jak

osoby jåkające się są odbierane, może również wpływać negatywnie na ocenę ich umiejętności, na wyniki w nauce czy szanse awansu. Badania Kennetha Logana i Elizabeth M. O'Connor (2012) pokazują, że osoby jåkające się były postrzegane jako mniej pożądane na pewne stanowiska. Przeprowadzone eksperymenty wykazały, że głównym kryterium oceny osób mówiących płynnie był edukacja i rzeczywiste kwalifikacje, natomiast osoby jåkające się były oceniane głównie przez pryzmat ich płynności mowy.

Badania postaw otoczenia wobec osób jåkających się wydają się bardzo interesujące, zwłaszcza że pokazują one, jak ludzie postrzegają osoby z zaburzeniem płynności mówienia. Osoby jåkające się żyją w społeczeństwie i to, jak są odbierane przez innych, może mieć wpływ na ich sposób radzenia sobie ze swoim zaburzeniem. Z badań Agaty Błachnio (2013) wynika, że jåkającym się przypisuje się większe nasilenie emocji negatywnych niż w rzeczywistości je odczuwają. Taki stereotyp silnie wpływa na komunikację między osobami jåkającymi się i mówiącymi płynnie. Badania autorstwa Aldony Grzybowskiej, Ireny Łapińskiej i Róży Michalskiej (1991) pokazały, że w postawach wobec osób jåkających się dominują stereotypy negatywne, przedstawiające osoby jåkające się jako lękliwe i nieufne. Badania prowadzone wśród przedstawicieli grup zawodowych predysponowanych do upowszechniania wiedzy w tym zakresie, czyli logopedów i nauczycieli, wykazały, że specjaliści nie czują się komfortowo w zetknięciu z jåkaniem (Cooper, Cooper, 1996; Crichton-Smith, Wright, Stackhouse, 2003; Moćko, Węsierska, 2015; Lass et al., 1992; Tarkowski, 2005; Węsierska, 2012). Jeśli zatem osobom zmagającym się z jåkaniem przypisywane są negatywne cechy, warto zastanowić się, jak zmienić takie postawy, które zazwyczaj nie mają realnego uzasadnienia, wynikają raczej z braku wiedzy na temat zaburzenia. Jednym z kroków zmierzających do zmiany tego stanu rzeczy są badania mające na celu poznanie postaw wobec osób jåkających się. Wiedza i świadomość są pierwszym krokiem do zmiany postaw. Gdy poznamy bliżej naturę i konsekwencje tego zaburzenia, będzie nam łatwiej zrozumieć, co może odczuwać osoba jåkająca się i będziemy adekwatniej reagować w kontakcie z nią. Zmiana postaw jest procesem trudnym i aby była trwała, musi się wiązać ze zmianą sposobu myślenia. Zbigniew Tarkowski (2008) podaje, że zmiana postaw otoczenia wobec osób jåkających się jest związana ze zrezygnowaniem z agresji, nadopiekuńczości, irytacji, współczucia i zastąpieniem tych zachowań tolerancją, stawianiem wymagań, zrozumieniem i wsparciem. Badania wykazują, że obecność stereotypów wobec jåkkania jest zjawiskiem wielokulturowym (St. Louis, 2012).

## Pomiar postaw wobec osób jękających się z wykorzystaniem POSHA-S

Badania nad postawami wobec osób jękających się nie są często opisywane w literaturze. Zbigniew Tarkowski (2008) wykorzystywał autorską metodę składającą się z 41 itemów, z których każdy dotyczył jednego z ośmiu aspektów: istoty jękania, etiologii jękania, osób jękających się, kontaktu z osobami jękającymi się, diagnozy jękania, terapii, kształcenia i profesji balbutologa.

Metoda POSHA-S – *Public Opinion Survey of Human Attributes – Stuttering* powstała w ramach międzynarodowego projektu badawczego, realizowanego pod kierunkiem Kennetha O. St. Louisa z West Virginia University w USA – *International Project on Attitudes Toward Human Attributes* (IPATHA). W ramach tego projektu gromadzona jest baza danych pochodzących z kilkudziesięciu badań z wykorzystaniem narzędzia POSHA-S (St. Louis, 2011, 2012). Dane pochodzą z ponad 6957 próbek, respondenci reprezentują 23 kraje i 15 różnych języków. POSHA-S jest narzędziem stosowanym w wielu badaniach międzynarodowych. Badania międzykulturowe wykorzystujące tę metodę sondowania opinii publicznej dotyczące ludzkich atrybutów, a w szczególności jękania, wskazują, że postawy społeczne wobec osób jękających się są często negatywne lub stygmatyzujące. Baza danych, która pomaga w identyfikacji negatywnych postaw społecznych, wspiera działania, które mogą przyczynić się do wzrostu akceptacji jękania, ograniczenia wykluczenia społecznego osób jękających się i zwiększenia skuteczności terapii. Artykuł prezentuje przegląd czterech projektów badawczych prowadzonych w Polsce nad postawami różnych grup społecznych wobec zjawiska jękania i wiedzy na ten temat.

Metoda POSHA-S składa się z trzech części. Pierwsza zawiera pytania demograficzne. W tej sekcji badany ma również ocenić swoje zdrowie fizyczne i psychiczne, zdolności mówienia i uczenia się. Dodatkowo respondenci mają ocenić różne priorytety życiowe (np. bezpieczeństwo i wolność od zagrożeń; wolność robienia tego, co chce; znajdowanie rozwiązań ważnych problemów) jako potencjalne przyszłe predyktory postaw. W drugiej części osoba badana na 6-punktowej skali Likerta ma dokonać porównania jękania z innymi czterema atrybutami: inteligencją, leworęcznością, chorobą psychiczną, otyłością. W części trzeciej badany na skali 3-punktowej (*Tak, Nie, Nie jestem pewien*) ma odpowiedzieć na pytania dotyczące problematyki związanej wyłącznie z jękaniem (St. Louis, 2011).

Średnie wartości kwestionariusza POSHA-S są przekształcane ze skali od +100 (właściwe i pozytywne odpowiedzi) do –100 (niewłaściwe/negatywne

odpowiedzi). Wyniki analizuje się z wykorzystaniem *t-testu* grup niezależnych, następnie oblicza się *d Cohena* jako wskaźnik wielkości różnic. Dane uzyskiwane w poszczególnych badaniach podlegają badaniom porównawczym z medianami ze zbiorczej bazy danych POSHA-S zawierających prawie 200 próbek średnich. Wszystkie oceny przekształca się na skalę od -100 do +100, na której 0 oznacza postawę neutralną. Wyższe wyniki odzwierciedlają bardziej pozytywną postawę.

### **Postawy wobec osób jękanących się w Polsce**

Również w Polsce podjęto badania nad postawami wobec jękania z wykorzystaniem metody POSHA-S w tłumaczeniu Agaty Błachnio i Anety Przepiórki. W badaniach tych sondowano postawy różnych grup społecznych, np. logopedów, studentów logopedii, studentów innych kierunków, a także ogółu społeczeństwa, wobec osób jękanących się.

Badaniami prowadzonymi przez Anetę Przepiórkę, Agatę Błachnio, Kennetha O. St. Louisa i Tomasza Woźniaka (2013) objęto 268 osób ze średnią wieku wynoszącą 29 lat (przedział wiekowy od 15. do 60. roku życia) zamieszkających na terenie różnych województw. Okazało się, że wyniki tych badań były na ogół podobne lub „średnie” w porównaniu z innymi próbkami z bazy POSHA-S. Pojawiły się również pewne różnice między respondentami z Polski i z innych krajów w takim wymiarze jak przekonanie dotyczące przyczyny jękania się. Osoby badane uważały, że to emocjonalny uraz lub wirus, lub choroba mogą skutkować jękanieniem się. Polscy respondenci wskazali również, że będą czuć się nieswojo, rozmawiając z osobą jękanącą się. Wykazali mniejsze zaufanie do lekarzy i logopedów jako osób, które mogą pomóc osobom jękanącym się. Za przyczyny jękania w większym stopniu byli skłonni uznawać czynniki genetyczne niż działanie Boga oraz efekt wyuczenia. W mniejszym stopniu niż przeciętny wynik w grupie odrzucali jękanie jako efekt emocjonalnej traumy, wirusa czy działania złych mocy. W grupie polskich respondentów panowało przekonanie, że osoba jękanąca się może prowadzić normalne życie, natomiast nie może wykonywać każdej pracy. W rozmowie z osobami jękanącymi się badani częściej prosili o zwolnienie tempa mówienia i rozluźnienie. W większym stopniu, w porównaniu ze średnią z innych krajów, czuli się gotowi do pomocy. W grupie polskiej jako reakcje na jękanie interlokutora częściej pojawiał się niepokój i pewne napięcie. Polscy respondenci lepiej natomiast ocenili swoją wiedzę na temat jękania i wskazali na media i szkołę jako najlepsze źródło wiedzy o tym zaburzeniu.

Inne badania (St. Louis et al., 2014) dotyczyły porównania postawy polskich i amerykańskich studentów wobec osób jękających się. Byli to studenci psychologii, logopedii i pozostałych kierunków. W obu krajach studenci logopedii wykazywali bardziej pozytywną postawę niż studenci innych kierunków, natomiast polscy studenci mieli mniej pozytywną postawę niż Amerykańscy. Badania dowiodły, że Amerykańscy absolwenci logopedii mieli najbardziej pozytywną postawę wobec osób jękających się.

W badaniach prowadzonych przez Martę Węsierską (Węsierska, St. Louis, 2014; Węsierska, Wonnacott, St. Louis, 2013) wzięli udział polscy ( $n = 63$ ) i angielscy ( $n = 50$ ) studenci. Polska grupa uzyskała niższe wyniki we wszystkich komponentach oprócz tych dotyczących ogólnej tolerancji oraz własnej oceny posiadanej wiedzy na temat jękania. Większość badanych w obu grupach wskazała, że zna osobę jękającą się. Znajomość z osobą jękającą się najczęściej wiązała się pozytywnie z wynikami postaw wobec jękania, ogólną tolerancją oraz posiadaną wiedzą o jękaniu (korelacje te nie były jednak istotne statystycznie). Udzielając odpowiedzi na pytanie, czy przestraszyć może być potencjalną przyczyną jękania, polscy studenci wykazali mniej adekwatny poziom wiedzy w porównaniu ze studentami z Anglii. Obie grupy – polska i angielska – odpowiedziały pozytywnie na pytanie, czy osoby, które się jękają, mogą prowadzić normalny tryb życia (tak jak osoby, które się nie jękają) i mieć wielu przyjaciół. Obie grupy wskazały mniej adekwatne odpowiedzi na pytanie, czy osoby, które się jękają, mogą wykonywać każdy zawód, a w szczególności zawód wymagający podejmowania decyzji. Respondenci w większości wskazali, że według nich nie mogłyby pomóc osobie jękającej się. Polscy studenci czuli się mniej komfortowo w obecności osób jękających się w porównaniu ze studentami angielskimi. Obie grupy bardzo pozytywnie odpowiedziały na pytanie, czy osoby jękające się są winne swojego jękania. Podsumowując, można stwierdzić, że postawy polskich studentów innych kierunków niż związanych z logopedią były nieco mniej pozytywne niż te zaobserwowane u studentów amerykańskich i angielskich.

Z kolei badania prowadzone wśród logopedów ( $n = 188$ ) i studentów przygotowujących się do wykonywania tego zawodu ( $n = 355$ ) wykazały, że te grupy respondentów uzyskały wyniki wyższe niż średnia dla polskiej opinii publicznej, manifestując bardziej pozytywne postawy wobec jękania (Węsierska, Węsierska, St. Louis, 2013; Węsierska et al., 2015). Polscy logopedzi otrzymali nieznacznie wyższe wyniki niż studenci logopedii.



Zarówno studenci logopedii, jak i logopedzi zapytani o to, czy chcieliby być osobami jąkającymi się, udzielali częściej negatywnych odpowiedzi (odpowiedzi logopedów były nieznacznie bardziej korzystne niż studentów). Obie grupy wykazały bardziej pozytywną postawę wobec jąkania w porównaniu z atrybutami takimi jak choroba psychiczna lub nadwaga. Zapytani o swoją wiedzę na temat jąkania logopedzi uznawali ją za bardziej obszerną w porównaniu ze studentami (różnice w uzyskanych wynikach były istotne statystycznie). W obu grupach badani pozytywnie oceniali możliwości osób jąkających się w zakresie zawierania przyjaźni oraz prowadzenia normalnego trybu życia. Obie grupy wskazały logopedę jako najlepsze źródło pomocy dla osób jąkających się. Logopedzi byli bardziej przekonani niż studenci, że inne osoby jąkające się mogą również pomóc osobom z tym problemem. Badani w obu grupach odpowiedzieli dość pozytywnie na pytanie, czy oni sami mogą pomóc osobie jąkającej się (wynik ten był nieco wyższy w grupie logopedów). Co interesujące, obie grupy uzyskały dość podobne, niskie wyniki w pytaniu o to, czy czuliby się komfortowo w obecności osoby jąkającej się. W obu grupach badani wykazywali się dość dobrą wiedzą na temat przyczyn jąkania, jednakże w obu grupach na pytanie, czy strach może być powodem jąkania, respondenci często odpowiadali twierdząco.

## Podsumowanie

Cztery projekty badawcze prowadzone w Polsce z użyciem POSHA-S pokazały z jednej strony, że w społeczeństwie polskim postawy wobec zjawiska jąkania są w dużym stopniu spójne, z drugiej zaś potwierdziły, że zagrożenie wykluczeniem społecznym i napiętnowaniem w polskim społeczeństwie są tak samo realne jak w innych badanych populacjach. Dotychczas zgromadzone wyniki badań wskazują, że aby zapobiegać wykluczeniu społecznemu oraz działać na rzecz podnoszenia jakości życia osób jąkających się, konieczne jest podnoszenie świadomości na temat jąkania i innych zaburzeń płynności w Polsce. Działanie podejmowane w tym kierunku mogą pozytywnie wpłynąć na jakość życia osób jąkających się. Rozpoznanie postaw wobec jąkania – zjawiska niezwykle złożonego, zarówno w aspekcie diagnostyczno-terapeutycznym, jak i społecznym – umożliwi upowszechnianie wiedzy, szerzenie tolerancji i akceptacji wobec tego zaburzenia mowy. Może również przyczynić się do podnoszenia standardów kształcenia logopedów i doskonalenia zawodowego przedstawicieli tej profesji na poziomie odpowiadającym potrzebom osób jąkających się. Konieczne jest

zatem prowadzenie dalszych badań nad postawami wobec osób jękających się oraz tych z innymi zaburzeniami płynności mówienia. Takie projekty badawcze zostały zainicjowane i są kontynuowane (Węsierska et al., 2014).

## Bibliografia

- Aronson E., 2008: *Człowiek istota społeczna*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Beilby J., 2014: *Psychosocial impact of living with a stuttering disorder: Knowing is not enough*. „Seminars in Speech & Language”, Vol. 35, Iss. 2, s. 132–143.
- Bennett E.M., 2006: *Working with people who stutter. A lifespan approach*. Pearson Education, Upper Saddle River.
- Błachnio A., 2013: *Emocje odczuwane podczas mówienia przez osoby jękające się*. „Kwartalnik Pedagogiczny”, nr 3 (229), s. 31–50.
- Błachnio A., Przepiórka A., 2012: *Jękanie jako zaburzenie z perspektywy psychologicznej: przegląd badań*. „Psychologia Jakości Życia”, t. 11, nr 2, s. 211–222.
- Böhner G., Wänke M., 2004: *Postawy i zmiana postaw*. GWP, Gdańsk.
- Cooper E.B., Cooper C.S., 1996: *Clinician attitudes toward stuttering: Two decades of change*. „Journal of Fluency Disorders”, Vol. 21, s. 119–135.
- Craig A., Baumgart E., Tran Y., 2009: *The impact of stuttering on the quality of life in adult people who stutter*. „Journal of Fluency Disorders”, Vol. 34, Iss. 2, s. 61–71.
- Crichton-Smith I., Wright J., Stackhouse J., 2003: *Attitudes of speech and language therapists towards stammering: 1985 and 2000*. „International Journal of Language & Communication Disorders”, Vol. 38, s. 213–234.
- Crowe B.T., Davidow J.H., Bothe A.K., 2004: *Quality of life measurements: Interdisciplinary implications for stuttering measurement*. In: Bothe A.K., ed.: *Evidence-based treatment of stuttering: Empirical issues and practical applications*. Erlbaum, Mahwah, s. 173–200.
- Erickson S., Block S., 2013: *The social and communication impact of stuttering on adolescents and their families*. „Journal of Fluency Disorders”, Vol. 38, Iss. 4, s. 311–324.
- Grzybowska A., Łapińska I., Michalska R., 1991: *Postawy nauczycieli wobec jękania*. „Psychologia Wychowawcza”, nr 2, s. 97–149.
- Kofta M., Bilewicz M., 2012: *Wprowadzenie. Zagrożenie psychologiczne a stosunki międzygrupowe: nowe idee*. W: Kofta M. Bilewicz M., red.: *Wobec obcych. Zagrożenia a stosunki międzygrupowe*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 7–20.
- Langevin M., 2009: *The peer attitudes toward children who stutter scale: Reliability, known groups validity, and negativity of elementary school-age children's attitudes*. „Journal of Fluency Disorders”, Vol. 34, s. 72–86.
- Lass N.J., Ruscello D.M., Schmitt J.F., Pannbacker M.D., Orlando M.B., Dean K.A., Ruziska J.C., Harkins Bradshaw K., 1992: *Teachers' perceptions of stutterers*. „Language, Speech, and Hearing Services in Schools”, Vol. 23, s. 78–81.
- Leary M., Kowalski R.M., 2002: *Lęk społeczny*. GWP, Gdańsk.
- Leary M.R., Kowalski R.M., Smith L., Phillips S., 2003: *Teasing, rejection, and violence: Case stu-*

dies of the school shootings. „Aggressive Behavior”, Vol. 29, Iss. 3, 202–214.

Logan K.J., O'Connor E.M., 2012: *Factors affecting occupational advice for speakers who do and do not stutter*. „Journal of Fluency Disorders”, Vol. 37, Iss. 1, s. 25–41.

Marody M., 1976: *Sens teoretyczny a sens empiryczny pojęcia postawy. Analiza metodologiczna zasad doboru wskaźników w badaniach nad postawami*. PWN, Warszawa.

Moćko N., Węsierska K., 2015: *Sytuacja dziecka jęknącego się w przedszkolu i w szkole*. W: Guzy A., Wójcik-Dudek M., Niesporek-Szamburska B., red.: *Szkoła bez barier. O trudnościach w nauczaniu i uczeniu się*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.

Moskowitz B.G., 2009: *Zrozumieć siebie i innych. Psychologia poznania społecznego*. GWP, Gdańsk.

Nowak S., 1973: *Pojęcie postawy w teoriach i stosowanych badaniach społecznych*. W: Nowak S., red.: *Teorie postaw*. PWN, Warszawa, s. 23–33.

Oaten M., Williams K.D., Jones A., Zadro L., 2008: *The effects of ostracism on self-regulation in the socially anxious*. „Journal of Social and Clinical Psychology”, Vol. 27, No. 5, s. 471–504.

Przepiórka A., Błachnio A., St. Louis K.O., Woźniak T., 2013: *Public attitudes toward stuttering in Poland*. „International Journal of Language and Communication Disorders”, Vol. 48, s. 703–714.

Puzynina J., 2000: *Uczucia a postawy we współczesnym języku polskim*. W: Nowakowska-Kempna I., Dąbrowska A., Anusiewicz J., red.: *Uczucia w języku i w tekście. Język a kultura*, t. 14, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław, s. 9–24.

St. Louis K.O., 2011: *The public opinion survey of human attributes-stuttering (POSHA-S): Summary framework and empirical comparisons*. „Journal of Fluency Disorders”, Vol. 35, s. 256–261.

St. Louis K.O., 2012: *Research and development for a public attitude instrument for stuttering*. „Journal of Communication Disorders”, Vol. 45, s. 129–146.

St. Louis K.O., Przepiórka A.M., Beste-Guldborg A., Williams M.J., Błachnio A., Guendouzi J., Reichel I.K., Ware M.B., 2014: *Stuttering attitudes of students: Professional, intracultural, and international comparisons*. „Journal of Fluency Disorders”, Vol. 39, s. 34–50.

Tarkowski Z., 2005: *Wizerunek zawodowy i społeczny logopedy*. W: Młynarska M., Smereka T., red.: *Logopedia. Teoria i praktyka*. Agencja Wydawnicza a linea, Wrocław, s. 395–405.

Tarkowski Z., 2008: *Zmiana postaw wobec jękania*. Wydawnictwo Fundacji „Orator”, Lublin.

Węsierska K., 2012: *Logopedzi wobec diagnozy i terapii jękania wczesnodziecięcego*. W: Podstolec A., Węsierska K., red.: *W świecie logopedii. Materiały dydaktyczne*. Tom 1, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego – Agencja Artystyczna PARA, Katowice, s. 211–236.

Węsierska M., St. Louis K.O., 2014: *Comparison of attitudes towards stuttering among Polish and English university students*. „Chowanna”, 1 (42), s. 263–284.

Węsierska K., St. Louis K.O., Myszk A., Płusajska-Otto A., 2014: *Comparison of attitudes towards cluttering among Polish SLTs and general public in Poland using POSHA-Cl*. Poster presented on 2<sup>nd</sup> World Conference on Cluttering, Eindhoven, Holland.

Węsierska K., Węsierska M., Beste-Guldborg A., St. Louis K.O., 2015: *A comparison of knowledge and attitudes toward stuttering of Polish SLPs and SLP students*. In: St. Louis K.O., ed.: *Stuttering meets stereotype, stigma, and discrimination: An overview of attitude research*. West Virginia University Press, Morgantown, s. 216–225.

Węsierska K., Węsierska M., St. Louis K.O., 2013: *A comparison of attitudes toward stuttering between Polish SLPs and SLP students using the POSHA-S*. Poster presented on Stuttering Attitudes Research Symposium, Morgantown, USA.

Węsierska M., Wonnacott E., St. Louis K.O., 2013: *Comparison of attitudes towards stuttering among a population of Polish and English students*. Poster presented on 2<sup>nd</sup> International Counseling and Education Conference, Stambuł, Turcja.

Yaruss J.S., 1998: *Describing the consequences of disorders: Stuttering and the international classification of impairments, disabilities and handicaps*. „Journal of Speech, Language, and Hearing Research”, Vol. 41 s. 249–257.

Zajonc, R.B., 1984: *On the primacy of affect*. „American Psychologist”, Vol. 39, s. 117–123.

## Streszczenie

W rozdziale przedstawiono przegląd wyników badań rozpoznających postawy społeczne oraz wiedzę o jąkanii w różnych środowiskach w Polsce z użyciem polskiej wersji kwestionariusza *Public Opinion Survey of Human Attributes – Stuttering* (POSHA-S). Badani respondenci reprezentowali zróżnicowane środowiska: ogół społeczeństwa, polskich logopedów, studentów logopedii, studentów innych kierunków. Dodatkowo wyniki uzyskane w wybranych grupach (studenci) były porównywane z wynikami zebranymi w USA i Wielkiej Brytanii. Wyniki uzyskane w opisywanych projektach badawczych wykazały, że postawy społeczne wobec jąkania w Polsce mogą być określone jako typowe i zbliżone do wyników pochodzących z ponad 200 prób respondentów na całym świecie. Badania potwierdzają znaczenie podnoszenia świadomości na temat jąkania w Polsce w celu zredukowania istniejących stereotypów. Istnieje potrzeba prowadzenia dalszych badań w tym zakresie w Polsce.

## Summary

The chapter presents an overview of findings from studies which aimed at recognizing social attitudes and knowledge about stuttering in different groups in Poland with the Polish version of the *Public Opinion Survey of Human Attributes – Stuttering (POSHA-S)* questionnaire. The respondents represented a diverse environment: the general public, Polish speech-language therapists (SLT), SLT students, and students of other faculties. In addition, the results obtained in selected groups (university students) were compared to findings based on data collected in the United States and Great Britain. The research results have shown that social attitudes towards stuttering in Poland can be described as typical and are similar to the results from more than 200 samples of respondents around the world. Research confirms the importance of raising awareness about stuttering in Poland in order to reduce existing stereotypes. There is a need for further research in this field in Poland.



## **Logopeda jako specjalista w dziedzinie zaburzeń płynności mowy**

*Speech-language therapist as a specialist in the field of fluency disorders*

„[...] przyjdzie taka chwila, kiedy każdy terapeutyczny krok logopedy będzie działaniem celowym, wynikającym z jego głębokiej kompetencji”.

(Grabias, 2008: 5–6)

„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”<sup>1</sup>.

(Shapiro, 1999: 471)

### **Wyzwania stojące przed współczesną logopedią**

Profesja logopedy jest stosunkowo młoda, stale krystalizuje się dla niej zestaw realizowanych zadań, niezbędnych kompetencji i zakres obowiązków<sup>2</sup>. Jak zauważa Stanisław Grabias, „[...] wraz z rozwojem wiedzy nad zachowaniami ludzkimi zagadnienia dotychczas przypisywane logopedii niepomrotnie się skomplikowały i rozrosły” (2010–2011: 10). Z jednej strony dla wielu osób pierwszym skojarzeniem, jakie nasuwa im się w związku z terminem *logopeda*, jest *nauczyciel mowy*, którego aktywność rozumieją jako działania związane z usuwaniem wad wymowy u dzieci, zwłaszcza w wieku przedszkolnym<sup>3</sup>. Z drugiej strony jednak coraz częściej do społecznej świadomości przedostaje się infor-

---

<sup>1</sup> „In her unique capacity to facilitate change and to help people who stutter and their families realize their potential, the clinician was cast as enlightened witness and as a guardian angel” [tłum. własne].

<sup>2</sup> Więcej informacji na temat standardów i jakości programów kształcenia logopedów w Europie można znaleźć w raporcie projektu NetQues („Logopedia” 2013, t. 42). Standardy działań logopedów w USA opisane są szczegółowo w takich dokumentach ASHA (American Speech-Language-Hearing Association) jak: *Scope of Practice in Speech-Language Pathology* czy *Code of Ethics*; dostępne w internecie: <[www.asha.org](http://www.asha.org)>.

<sup>3</sup> Obserwacja poczyniona przez autorkę na podstawie wyników mini-sondy prowadzonej przez studentów filologii polskiej w latach 2012–2014 wśród osób z ich najbliższego otoczenia reprezentujących różne grupy społeczne.

macja, że logopeda zajmuje się szerokim spektrum zagadnień związanych z komunikowaniem się ludzi na różnych etapach ich życia. Za wiodącą wśród światowych logopedii i niejednokrotnie wyznaczającą trendy, które są wykorzystywane jako wzory w innych krajach, uznawana jest amerykańska logopedia (ang. *Speech-Language Pathology*). Organizacja zrzeszająca amerykańskich logopedów i audiologów – American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) – wylicza atrybuty/cechy charakterystyczne, które powinien posiadać logopeda. Przede wszystkim akcentowane jest zainteresowanie pomaganiem drugiemu człowiekowi, które powinno łączyć się z wrażliwością, osobistym ciepłem i tolerancją. ASHA zwraca również uwagę, że – choć profesja logopedy jest zawodem pomocowym – musi opierać się na solidnych podstawach naukowych. Logopeda musi legitymować się dobrym przygotowaniem teoretycznym i stale podnosić swoje zawodowe kompetencje praktyczne. Z racji złożoności problematyki związanej z zaburzeniami w komunikowaniu się od przedstawicieli tego zawodu wymaga się wysokich kompetencji komunikacyjnych, a także umiejętności nawiązywania współpracy z innymi specjalistami i pracy w zespołach złożonych z różnych profesjonalistów. Nie mniej istotne cechy predysponujące do wykonywania tego zawodu to zaangażowanie, empatia i wytrwałość (ASHA, 1995). Program uzyskiwania certyfikacji niezbędnej do wykonywania zawodu logopedy w tym kraju ma ponad 50-letnią tradycję (Battle, 2001; Bernthal, 2007). Obecnie do wykonywania zawodu logopedy w USA i uzyskania certyfikatu w tym zakresie (ang. *certificate of clinical competence*, CCC) niezbędne jest ukończenie studiów magisterskich na kierunku związanym z komunikacją i jej zaburzeniami (ang. *Communication Sciences and Disorders*), odbycie kilku-miesięcznej praktyki pod kierunkiem certyfikowanego logopedy i zdanie państwowego egzaminu. W celu utrzymania wysokiego poziomu praktykujących logopedów ASHA prowadzi system doskonalenia zawodowego (ang. *continued professional development for maintenance of the Certificate of Clinical Competence in Speech-Language Pathology*). Oznacza to – że aby utrzymać w mocy ważność certyfikatu zawodowego – logopeda musi w ciągu 3 lat zgromadzić określoną liczbę punktów edukacyjnych poprzez udział w szkoleniach, kursach i konferencjach.

Podobne rozwiązania dotyczące doskonalenia zawodowego stosowane są w krajach europejskich (m.in. w Wielkiej Brytanii, na Słowacji). Również europejscy eksperci z zakresu logopedii akcentują przymioty kandydata i przygotowanie do wykonywania zawodu logopedy. Badaczki z University College London w Wielkiej Brytanii – Ann Parker i Myra Kersner – opisując proces stawania się



logopedą, zwracają uwagę na takie ważne komponenty jak: umiejętność stawiania hipotez roboczych w czasie podejmowania decyzji terapeutycznych, zrozumienie roli logopedy w umacnianiu gotowości klienta do wdrażania zmian, uświadomienie sobie kluczowych umiejętności niezbędnych do wykonywania tego zawodu i nabywanie ich oraz dostrzeganie znaczenia i wagi umiejętnego udzielania informacji zwrotnych w uczeniu się (2005). Do grupy niezbędnych logopedzie umiejętności zaliczyły one przede wszystkim: wysokie kompetencje interpersonalne (m.in. stosowanie taktyk komunikacyjnych, aktywne słuchanie, współpracę w zespole), łatwość w pozyskiwaniu informacji, biegłość w stosowaniu metod i technik diagnostyczno-terapeutycznych, zdolność rozwiązywania problemów i dobrą organizację pracy. Stanisław Grabias zwraca natomiast uwagę na potrzebę refleksyjności i konieczność wykonywania intelektualnego wysiłku przez logopedę w toku programowania i wdrażania terapii. Badacz ten oczekuje od logopedy „[...] umiejętności łączenia w syntetyzującą całość ogólnej wiedzy o zachowaniach człowieka, o języku i jego zaburzeniach, o możliwościach osoby poddawanej terapii i utrwalonych w praktyce metodach postępowania w danym zaburzeniu” (2012: 68). Takie podejście jest bliskie wymogom praktyki logopedycznej opartej na faktach, na dowodach (ang. *Evidence-based practice*, EBP), coraz bardziej upowszechniającej się w światowej logopedii (ASHA, 2004; Kully, Langevin, 2005). W tym ujęciu w modelowej praktyce logopedycznej uwzględnione muszą zostać trzy kluczowe komponenty: doświadczenia kliniczne logopedów (opinie ekspertów), wyniki rzetelnych badań naukowych, potrzeby oraz wartości klienta i jego środowiska.

Z prezentowanych opinii wyłania się obraz profesji logopedy wymagającej od kandydata do jej wykonywania szczególnych przymiotów, m.in. gotowości do ciągłego rozwijania się, pogłębiania wiedzy, otwartości i elastyczności. Nie mniej istotne jest uświadomienie sobie przez logopedę znaczenia budowania odpowiedniej relacji terapeutycznej z klientem czy jego rodziną, wymagające od specjalisty zarówno wysokich kompetencji interpersonalnych, jak i samoświadomości oraz refleksyjności (Jeziorczak, Chrostek, 2012; Jeziorczak, Węsierska 2011). W polskich realiach spełnienie opisywanych powyżej kryteriów może być utrudnione. Polska logopedia nie wypracowała jeszcze systemu uzyskiwania i utrzymywania certyfikacji zawodowej. Doskonalenie zawodowe dyplomowanych logopedów wynika raczej z ich ambicji i dobrej woli, a nie jest wynikiem systemowych uregulowań. Zbigniew Tarkowski, porównując opinie logopedów na temat wizerunku zawodowego z opiniami ogółu społeczeństwa, zwrócił uwagę, że prestiż tego raczej sfeminizowanego zawodu jest nieco niższy niż

lekarza, ale wyższy niż pedagoga. W świetle uzyskanych przez niego wyników badań logopedzi obawiają się jednak w pełni korzystać z samodzielności zawodowej, która w oglądzie społecznym jest tej profesji przypisywana (2005a). Można przypuszczać, że jest to związane z niedostatecznym poczuciem kompetencji w zakresie wykonywanego zawodu.

### **Logopedzi wobec zaburzeń płynności mowy**

Wyniki badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych i w Wielkiej Brytanii wskazują, że większość ankietowanych logopedów czuła się niezbyt komfortowo, podejmując interwencję logopedyczną wobec osób z objawami zaburzeń płynności mowy (Cooper, Cooper, 1985, 1996; Cooper, Rustin, 1985; Crichton-Smith, Wright, Stackhouse, 2003). Zarówno studenci logopedii, jak i terapeuci biorący udział w badaniach zwracali również uwagę na niedostateczne przygotowanie do podejmowania działań diagnostycznych i terapeutycznych wobec osób z zaburzeniami płynności mowy (Brisk, 1997; Sommers, Caruso, 1995; St. Louis, Lass, 1981; Tellis, Bressler, Emerick, 2008). Dodatkowym wyzwaniem jest fakt, że najwięcej uwagi podczas szkolenia logopedów z zakresu zaburzeń płynności mowy poświęca się jękanu, podczas gdy problemy takie jak gielkot czy zaburzenia płynności o charakterze neurogennym, psychogennym są marginalizowane (Tetnowski, Douglass, 2011; Yaruss, 1999).

Również w Polsce logopedzi nie czują się w pełni przygotowani do prowadzenia skutecznej interwencji w zaburzeniach płynności mowy, w tym także jękania (Węsierska, 2012). Sondowani w związku z diagnozą i terapią jękania wczesnodziecięcego polscy specjaliści sygnalizowali, że stosunkowo niezbyt wysoko oceniają poziom własnych kompetencji w tym zakresie, pomimo iż ponad połowa respondentów (64%) uczestniczyła w różnych formach doskonalenia po ukończeniu studiów logopedycznych (Węsierska 2012). W grupie logopedów i studentów II roku podyplomowych studiów logopedycznych, ankietowanych przez Z. Tarkowskiego, 13% respondentów stwierdzało niedostatek wiedzy z zakresu jękania, a 16% brak umiejętności terapeutycznych w tym obszarze (2005a). Tarkowski zwraca również uwagę na obecność wielu mitów związanych z jękanem, rozpowszechnionych w polskiej logopedii (2005b, 2010). Jeden z nich brzmi: „[...] celem terapii jękania jest jedynie usunięcie lub zredukowanie nie płynności mówienia” (Tarkowski, 2005b: 719). Skoncentrowanie procesu terapii jedynie na niwelowaniu behawioralnych, zewnętrznych objawów jękania, bez próby oddziaływania na komponenty afektywne czy kog-

nitywne, prowadzi do uprzedmiotowienia klienta (Tarkowski, 2005b; Walencik-Topińko, 2014). W konsekwencji nawet dorosły klient logopedy traktowany jest jak uczeń, przedmiot oddziaływań pedagogicznych, który wymaga naprawienia. W takim ujęciu nie ma miejsca na partnerską relację terapeutyczną, niezbędny komponent praktyki logopedycznej opartej na dowodach, na wynikach badań naukowych (ang. *Evidence-based practice*). Nie ma wówczas również miejsca na poszanowanie przekonań i wartości klienta. Wydaje się, że ten typ praktyki logopedycznej jest wciąż obecny w polskich realiach. Głosy docierające ze środowiska osób zmagających się z zaburzeniami mowy zdają się potwierdzać tezę o uprzedmiotowieniu i nadmiernej dyrektywności procesu terapii. Wskazują na to obserwacje poczynione przez autorkę bloga *Jąkała też człowiek*. Jego twórczyni, Danuta Gajewska, tak opisuje swoje refleksje związane z udziałem w jednej z konferencji logopedycznych poświęconych jękananiu: „Smutno słuchało mi się wywodów specjalistów. Rozumiałam ich tak: *My logopedzi jesteście my po to, żeby pacjenta wyleczyć, naprawić i zrobić z niego człowieka. Mamy patent. Wiemy jak. Wyleczymy go i przywrócimy społeczeństwu, bo póki się jąka – niestety – jest bezwartościowy. My wiemy, co jest dla jękających dobre i nie musimy z nimi tego konsultować*”<sup>4</sup>. Te gorzkie słowa dość dobitnie wskazują, że nie wszyscy polscy logopedzi pamiętają apel wielkiego polskiego autorytetu w dziedzinie balbutologopedii prof. Bogdana Adamczyka: „Jeśli ktoś chce się jąkać, pozwólmy mu to czynić” (1999: 16). Innymi słowy, takie kwestie jak podmiotowe traktowanie klienta z zaburzeniami płynności mowy, troska o budowanie partnerskiej relacji terapeutycznej czy dostosowanie interwencji do potrzeb konkretnej osoby to wciąż aktualne wyzwania stojące przed polską balbutologopedią.

Scott Yaruss i Robert Quesal – twórcy popularnego w wielu krajach na świecie narzędzia do badania jękania *the Overall Assessment of the Speaker’s Experience of Stuttering* (OASES) – zwracają uwagę na potrzebę kompleksowego diagnozowania tego zaburzenia. Ich zdaniem zastosowanie OASES w połączeniu z innymi narzędziami pozwala na kompleksową ocenę zjawiska – nie tylko w aspekcie ilościowej i jakościowej analizy objawów behawioralnych jękania, ale umożliwia jednocześnie rozpoznanie, jak zaburzenie wpływa na jakość życia osoby (2010). Takie podejście jest zgodne z wytycznymi dla praktyki logopedycznej.

<sup>4</sup> Blog *Jąkała też człowiek*, autorstwa Danuty Gajewskiej [online, dostęp: 14.10.2014]. Dostępny w internecie: <<http://jakalatezczlowiek.wordpress.com/2014/07/>>.

pedycznej sformułowanymi przez ASHA, akcentującymi, że obowiązkiem logopedów jest podnosić jakość życia klienta poprzez redukcję upośledzeń (ang. *impairments*) w obrębie funkcji i struktur ciała ludzkiego, ograniczenia aktywności, ograniczenia uczestnictwa oraz zniesienia barier środowiskowych (2007). Wpisuje się to również w trend wytyczany przez Światową Organizację Zdrowia postulowany w *ICF: Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia* (ICF – ang. *International Classification of Functioning, Disability, and Health*) (WHO, 2001). Yaruss i Quesal, którzy dokonali adaptacji modelu ICF dla jąkania (2004), propagują holistyczne podejście do diagnozy i terapii jąkania. Ich zdaniem model ICF pozwala logopedzie ustalić możliwie pełny obraz osoby doświadczającej tego zaburzenia, nakreślić jej mocne i słabe strony, wskazać na potencjał tkwiący w niej i jej środowisku. Stosowanie tego narzędzia w praktyce logopedycznej w jąkanii umożliwia tworzenie podstawy do kompleksowego diagnozowania, opisywania, planowania terapii, a w konsekwencji także ewoluowania jej efektywności. Rozpatrywanie zaburzenia z perspektywy klienta i realizacja jego celów w terapii są kluczowymi czynnikami warunkującymi jej skuteczność. Quesal podkreśla, że empatia prezentowana przez terapeutę jest prawdopodobnie najważniejszym elementem wdrażania praktyki logopedycznej opartej na faktach, na dowodach (2010).

### **Specjalizacje w zakresie zaburzeń płynności mowy**

Stałe narastanie wiedzy logopedycznej związane z rozwojem tej multidyscyplinarnej dziedziny, postęp badań naukowych i doskonalenie praktyki logopedycznej rodzą potrzebę coraz większej specjalizacji zawodowej logopedów. W logopedii, zarówno światowej, jak i polskiej, proces ten stale postępuje. W latach 90. ubiegłego wieku ASHA zainicjowała program specjalizacji logopedycznych (ang. *Specialty Recognition*) (Cooper, 1998; Saylor, 2001). Obecnie w amerykańskiej logopedii funkcjonują cztery specjalizacje: trzy logopedyczne z zakresu zaburzeń języka dziecka (ang. *Child Language and Language Disorders*), zaburzeń połykania (ang. *Swallowing and Swallowing Disorders*) i zaburzeń płynności mowy (ang. *Fluency and Fluency Disorders*) oraz jedna audiologiczna (ang. *Intraoperative Monitoring*). W celu uzyskania specjalizacji z zakresu zaburzeń płynności mowy (ang. *Board Recognized Specialist in Fluency Disorders*, BRS-FD) logopeda musi legitymować się certyfikatem CCC oraz 5-letnią praktyką logopedyczną. Ponadto konieczne jest udokumentowanie 450 godzin praktyki w zakresie interwencji logopedycznej związanej z zaburzeniami

płynności mowy (w odniesieniu do różnych grup wiekowych) oraz przeszkolenia z tego zakresu. W procesie uzyskiwania specjalizacji kandydat przedkłada *portfolio* z opisem trzech prowadzonych przez siebie przypadków związanych z wdrażaniem interwencji logopedycznej w zaburzeniach płynności mowy w różnych grupach wiekowych ([www.asha.org](http://www.asha.org); McClure, Olsen, 2010).

Podobna inicjatywa została podjęta w Europie. Europejska Kliniczna Specjalizacja Zaburzeń Płynności Mowy (ang. *European Clinical Specialization in Fluency Disorders* – ECSF) to projekt, którego założeniem jest wypracowywanie harmonijnych standardów kształcenia europejskich logopedów – specjalistów w tej dziedzinie (Eggers, Leahy, 2011)<sup>5</sup>. Specjalizacja została powołana w ramach współpracy 10 uniwersyteckich ośrodków kształcenia logopedów z siedmiu krajów Europy. Jednoroczny kurs specjalizacyjny jest adresowany do dyplomowanych logopedów, którzy zajmują się w swojej praktyce logopedycznej zaburzeniami płynności mówienia. Program kursu obejmuje dwa główne komponenty: nabywanie wiedzy teoretycznej (w takich obszarach jak: fenomenologia, etiologia, zagadnienia związane z diagnozowaniem i prowadzeniem terapii) oraz doskonalenie praktycznych umiejętności terapeutycznych podczas szkoleń, praktyk oraz w czasie przygotowywania portfolio. W skład kursu wchodzi różne formy kształcenia, takie jak: 1) zapoznanie się z literaturą przedmiotu przed rozpoczęciem kursu według ogólnych wskazówek oraz na podstawie wstępnej ewaluacji uczestnika kursu, 2) dwa intensywne tygodnie wykładowo-warsztatowe (na początku i w drugiej połowie kursu) w dwóch różnych europejskich ośrodkach akademickich (np. Dublin – Antwerpia), 3) sesje konsultacyjne z wyznaczonymi przez ECSF Consortium coachem i mentorem, 4) praktyka kliniczna w minimalnym wymiarze 120 godzin (maksymalnie 20 obserwacji; pozostałe godziny to uczestnictwo i samodzielne prowadzenie diagnozy lub terapii), 5) samokształcenie i wypełnianie zadań przewidzianych w ramach kursu (m.in. grupowe opracowania). Warunkiem zaliczenia kursu jest pozytywna ocena ze wszystkich zadań kursowych (ang. *assignments*), udokumentowanie odbycia praktyki klinicznej, której przebieg jest na bieżąco konsultowany z mentorem, ustne zaprezentowanie i zaliczenie dwóch studiów przypadków, a także pozytywna ocena portfolio. Portfolio jest formą udokumentowania nabycia przez logopedę wiedzy, kompetencji i umiejętności krytycznej autorefleksji podczas

---

<sup>5</sup> Autorka artykułu jest pierwszą polską absolwentką ECSF. Więcej informacji na temat specjalizacji ECSF można znaleźć w internecie: <<http://www.ecsf.eu/>>.

trwania całego kursu. Specjalizacja uzyskała wysokie oceny w ramach ewaluacji prowadzonych zarówno przez członków organów Unii Europejskiej, jak i przedstawicieli organizacji takich jak: ASHA, CPLOL (franc. *Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/Logopèdes de l'Union Européenne*), IALP (ang. *International Association of Logopedics and Phoniatrics*), a także uczestniczących w poszczególnych jej edycjach logopedów (Eggers, Leahy, 2011).

## Podsumowanie

Bronisław Rocławski w opublikowanym w roku 2005 artykule *Logopedia wczoraj, dziś i jutro* z niepokojem odnosił się do zmian zachodzących w polskiej logopedii. Badacz ten stwierdzał zdecydowanie: „Wymagania stawiane logopedom powinny być wysokie. Praktyka domaga się dobrze wykształconych logopedów, będących w stanie pomóc każdemu dziecku i dorosłemu” (2005: 348). Opinię tę można uznać za zbyt surową, a postulat sformułowany przez Rocławskiego za nieco idealistyczny. Liczne działania podejmowane przez Polskie Towarzystwo Logopedyczne<sup>6</sup> czy Polski Związek Logopedów są ukierunkowane na podnoszenie standardów pracy logopedycznej, a stale rozwijająca się logopedia wymaga od logopedów specjalizowania się w wybranych dziedzinach zaburzeń mowy. Niemniej jednak wydaje się, że specyfika dyscypliny, jaką jest logopedia, czyni słusznym apel do logopedów wystosowany przez amerykańskie logopedki – Dorothy Malyneaux i Verę Lane: „Jeśli rozwijasz się zawodowo, aby być w czołówce ekspertów w danej dziedzinie, narzędzia, z których korzystasz, nie mogą pozostawać w tyle w stosunku do twoich coraz większych kompetencji i muszą dotrzymać ci kroku w drodze do doskonałości”<sup>7</sup> (1990: 1). Ich zdaniem logopedzi muszą stale dążyć do rozwijania swoich kompetencji interpersonalnych, w celu motywowania klienta do skutecznej terapii, przygotowania rodzin do udziału w terapii. Nie mniej istotne jest, by logopeda rozumiał dynamikę procesów grupowych, posiadał umiejętność pracy z grupami, a także wspierania klienta i jego rodziny w skutecznym rozwiązywaniu problemów oraz wykazywał się umiejętnością skutecznej współpracy z innymi człon-

<sup>6</sup> W ramach wypracowywania ujednoliconych wytycznych, pozwalających podnosić jakość oddziaływań logopedów zostały opracowane *Standardy postępowania logopedycznego* dla poszczególnych jednostek nozologicznych (opublikowane w tomie 37 „Logopedii”), w tym standardy dla jąkania i gielkotu autorstwa Tomasza Woźniaka (2008a, 2008b).

<sup>7</sup> „If you are to be on the cutting edge of an expending profession you must use tools adapted and honed to new levels of competence and excellence” [tłum. Katarzyna Gawęł].

---

<sup>8</sup> „Stuttering is more than just stuttering” [tłum. własne].

<sup>9</sup> „We understand the importance of being able to say what you want, when you want, to whom you want, the way you want to say it” [tłum. własne].



## Bibliografia

- Adamczyk B., 1999: *Terapia jękania dla ubogich, ale chętnych*. „Logopedia”, t. 26, s. 15–26.
- American Speech-Language-Hearing Association, 1995: *Guidelines for practice in stuttering treatment [Guidelines]*, <http://www.asha.org/policy/GL1995-00048.htm> [dostęp: 26.09.2014].
- American Speech-Language-Hearing Association, 2004: *Evidence-based practice in communication disorders: An introduction [Technical Report]*, <http://www.asha.org/policy/TR2004-00001.htm> [dostęp: 26.09.2014].
- American Speech-Language-Hearing Association, 2007: *Scope of practice in speech-language pathology*. American Speech-Language-Hearing Association, Rockville.
- Battle D.E., 2001: *Establishing competencies in professional education certification and licensure*. W: Lubinski R., Frattali C.M., eds.: *Professional issues in speech-language pathology and audiology*. Singular Thomson Learning, San Diego, s. 39–62.
- Berthall J., 2007: *Looking back and to the future of professional education speech-language pathology*. „The ASHA Leader” [online], May 29, <http://www.asha.org/publications/leader/2007/070529/070529c.htm> [dostęp: 14.10.2014].
- Brisk J., 1997: *Clinicians' training and confidence associated with treating school-age children who stutter: A national survey*. „Language, Speech, and Hearing Services in Schools”, Vol. 28, s. 165–172.
- Cooper E.B., 1998: *Fluency specialty recognition becomes reality*. „Perspectives on Fluency and Fluency Disorders”, Vol. 8 (3), s. 5–7.
- Cooper E.B., Cooper C.S., 1985: *Clinician attitudes toward stuttering: A decade of change*. „Journal of Fluency Disorders”, Vol. 10, s. 19–33.
- Cooper E.B., Cooper C.S., 1996: *Clinician attitudes towards stuttering: Two decades of change*. „Journal of Fluency Disorders”, Vol. 21, s. 119–135.
- Cooper E.B., Rustin L., 1985: *Clinician attitudes toward stuttering in the United States and Great Britain: A cross-cultural study*. „Journal of Fluency Disorders”, Vol. 10, s. 1–17.
- Crichton-Smith I., Wright J., Stackhouse J., 2003: *Attitudes of speech and language therapists toward stammering: 1985 and 2000*. „International Journal of Language and Communication Disorders”, Vol. 38, s. 213–234.
- Eggers K., Leahy M., 2011: *The European clinical specialization on fluency disorders (ECSF)*, „Journal of Fluency Disorders”, Vol. 36, s. 296–301.
- Grabias S., 2008: *Przedmowa do standardów postępowania logopedycznego*. „Logopedia”, t. 37, s. 5–7.
- Grabias S., 2010–2011: *Logopedia – nauka o biologicznych uwarunkowaniach języka i zachowaniach językowych*. „Logopedia”, t. 39/40, s. 9–34.
- Grabias S., 2012: *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*. W: Grabias S., Kurkowski M., red.: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin, s. 15–72.
- Jezioreczak B., Chrostek A., 2012: *Skuteczny logopeda*. W: Podstolec A., Węsierska K., red.: *W świecie logopedii. Materiały dydaktyczne*. Tom 1. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego – Agencja Artystyczna PARA, Katowice, s. 197–210.



Jezioreczak B., Węsierska K., 2011: *Jakość relacji logopeda – rodzic dziecka jękającego się a skuteczność terapii jękania wczesnodziecięcego*. W: Gruba J., red.: *Wybrane problemy logopedyczne*. Fonem.eu, Gliwice, s. 51–66.

Kully D., Langevin M., 2005: *Evidence-based practice in fluency disorders*. „The ASHA Leader” [online], October 18, <http://www.asha.org/publications/leader/2005/051018/f051018b.htm> [dostęp: 14.10.2014].

Malyneaux D., Lane V.W., 1990: *Successful interactive skills for speech-language pathologists and audiologists*. Aspen Publishers, Rockville.

McClure J., Olsen C., 2010: *Fluency board streamlines recognition process*. „The ASHA Leader” [online], May 18, <http://www.asha.org/Publications/leader/2010/100518/Fluency-Board.htm> [dostęp: 5.10.2014].

Millard S.K., Cook F.M., 2010: *Working with young children who stutter: Raising our game*. „Seminars in Speech and Language”, Vol. 31 (4), s. 250–261.

Parker A., Kersner M., 2005: *Developing as a speech and language therapist*. W: Kersner M., Wright J.A., eds.: *Speech and language therapy. the decision-making process when working with children*. David Fulton Publishers, London, s. 12–29.

Quesall R.W., 2010: *Empathy: Perhaps the most important E in EBP*. „Seminars in Speech and Language”, Vol. 31 (4), s. 217–226.

*Raport Projektu NetQues for Speech and Language Therapy Education in Europe organizacji zrzeszonych dla podniesienia standardów i jakości programów kształcenia logopedów w Europie*, wrzesień 2013, „Logopedia”, t. 42, s. 287–312.

Reardon-Reeves N., Yaruss J.S., 2013: *School-age stuttering therapy: A practical guide*. Stuttering Therapy Resources, McKinney.

Rocławski B., 2005: *Logopedia wczoraj, dziś i jutro*. W: Młynarska M., Smereka T., red.: *Logopedia. Teoria i praktyka*. Agencja Wydawnicza a linea, Wrocław, s. 344348.

Saylor M.A., 2001: *Moving toward clinical specialization*. W: Lubinski R., Frattali C.M., eds.: *Professional issues in speech-language pathology and audiology*. Singular Thomson Learning, San Diego, s. 95–104.

Shapiro D.A., 1999: *Stuttering intervention. A collaborative journey to fluency freedom*. Pro-Ed, An International Publisher, Austin.

Sommers R.K., Caruso A.J., 1995: *Inservice training in speech-pathology: Are we meeting the needs for fluency training?* „American Journal of Speech-Language Pathology”, Vol. 4 (3), s. 22–28.

St. Louis K.O., Lass, N.J., 1981: *A survey of communicative disorders students' attitudes toward stuttering*. „Journal of Fluency Disorders”, Vol. 6, s. 49–79.

Tarkowski Z., 1996: *Program Studium Terapii Osób Jękających się*. „Biuletyn Polskiej Fundacji Zaburzeń Mowy Orator”, nr 4, s. 11–12.

Tarkowski Z., 2005a: *Wizerunek zawodowy i społeczny logopedy*. W: Młynarska M., Smereka T., red.: *Logopedia. Teoria i praktyka*. Agencja Wydawnicza a linea, Wrocław, s. 395405.

Tarkowski Z., 2005b: *Jękanie*. W: Gałkowski T., Szeląg E., Jastrzębowska G., red.: *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole, s. 693–735.

- Tarkowski Z., 2010: *Jąkanie. Księga pytań i odpowiedzi*. Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk.
- Tellis G., Bressler L., Emerick K., 2008: *An exploration of clinician views about assessment and treatment of stuttering*. „Perspectives on Fluency and Fluency Disorders”, Vol. 18, s. 16–23.
- Tetnowski J.A., Douglass J., 2011: *Cluttering in the academic curriculum*. W: Ward D., Scaler Scott K., eds.: *Cluttering. A handbook of research, intervention and education*. Psychology Press, Hove and New York, s. 280–296.
- Walencik-Topiłko A., 2014: *Dlaczego logopedzi boją się jąkania?* „Forum Logopedy”, nr 1, s. 22–24.
- Węsierska K., 2012: *Logopedzi wobec diagnozy i terapii jąkania wczesnodziecięcego*. W: Podstolec A., Węsierska K., red.: *W świecie logopedii. Materiały dydaktyczne*. Tom 1. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego – Agencja Artystyczna PARA, Katowice, s. 211–236.
- World Health Organization, 2001: *International classification of functioning, disability, and health (ICF)*. World Health Organization, Geneva. Przekład w języku polskim dla Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2009.
- Woźniak T., 2008a: *Standard postępowania logopedycznego w przypadku jąkania*. „Logopedia”, t. 37, s. 217–226.
- Woźniak T., 2008b: *Standard postępowania logopedycznego w przypadku gielkotu*. „Logopedia”, t. 37, s. 227–234.
- Yaruss J.S., 1999: *Current status of academic and clinical education in fluency disorders at ASHA-accredited training programs*. „Journal of Fluency Disorders”, Vol. 24, s. 169–183.
- Yaruss J.S., Quesal R.W., 2004: *Stuttering and the international classification of functioning, disability, and health (ICF): An update*. „Journal of Communication Disorders”, Vol. 37, s. 35–52.
- Yaruss J.S., Quesal R.W., 2010: *Overall assessment of the speaker's experience of stuttering (OASES)*. Pearson Assessments, Bloomington.

## Streszczenie

W rozdziale podjęto próbę zarysowania wyzwań, którym musi sprostać współczesna logopedia, i zmieniającej się roli logopedy. Autorka podkreśla znaczenie takich czynników jak wiedza, kompetencje, doświadczenie oraz refleksyjność logopedy – elementów niezbędnych do skutecznego wykonywania tego zawodu. Odwołując się do doświadczeń zagranicznych, zaprezentowano wybrane przykłady certyfikacji i specjalizacji zawodowej w logopedii. Szczegółowo opisane zostały założenia Europejskiej Klinicznej Specjalizacji Zaburzeń Płynności Mowy (ECSF). Akcentując złożoność problematyki związanej z zaburzeniami płynności mowy, autorka postuluje specjalizowanie się logopedów w zakresie balbutologopedii.

## Summary

This chapter attempts to describe challenges faced by contemporary practices in speech-language therapy, and the changing role of the speech-language therapist. The author highlights the importance of factors such as knowledge, skills, experience and reflective thinking – all of which are necessary for working as an effective speech-language therapist. Referring to experiences gathered abroad, the author presents selected examples of certification and specialization models in speech-language pathology. The European Clinical Specialization in Fluency Disorders (ECSF) framework is described in detail in this chapter. The author emphasizes the complexity of issues related to fluency disorders and recommends specialization in the field.



## **„Przychodzi baba do logopedy...” Pięć aspektów relacji terapeutycznej**

*“A lady comes to a speech-language therapist...”  
Five aspects of the therapeutic rapport*

„[...] czy to prawda, że po obu końcach stetoskopu są ludzie?”  
(Gibiński, 1966: 22)

**„Przychodzi baba do logopedy...”** – opowieść o początkach większości logopedycznych terapii mogłaby z powodzeniem rozpoczynać się właśnie w ten sposób. I choć – szczęśliwie – „babie” coraz częściej towarzyszy podczas wizyty u logopedy „chłop”, to konotacje wiążące się z tym określeniem i samą sytuacją wciąż są aktualne. W czasie pierwszej wizyty w gabinecie logopedycznym niezmiennie amator spotyka się z zawodowcem, a indywidualny przypadek szuka powszechnej zasady, która mogłaby mu pomóc. Towarzysząca temu spotkaniu aura powinna być – na ile jest to możliwe – budowana w sposób świadomy, z poczuciem znaczenia, jakie ma dla jakości relacji terapeutycznej zarówno specjalistyczna wiedza, jak i osobowościowy profil jej uczestników czy kontekst ich kontaktu. Można bowiem zaryzykować stwierdzenie, iż jest to relacja magiczna (w znaczeniu jej jednostkowości i niepowtarzalności), niemożliwa do całkowitego objęcia wiedzą naukową, która niepoparta intuicją, doświadczeniem i dobrą wolą, może okazać się niewystarczająca<sup>1</sup>. Spróbujmy poddać tę złożoną, ale jakże ważną sytuację bardziej szczegółowej analizie, z nadzieją na sformułowanie wniosków, dzięki którym każde spotkanie z logopedą – to pierwsze i te kolejne – będzie spotkaniem fortunnym i efektywnym, satysfakcjonującym obie jego strony, rozstające się z przekonaniem, że czas, jaki sobie wzajemnie poświęciły, nie był czasem straconym. A zatem, przychodzi baba do logopedy...

---

<sup>1</sup> Złożoność relacji terapeutycznej trafnie ujmuje w ciąg retorycznych pytań Charles J. Gelso: „Choć powszechnie uznaje się, że relacja terapeutyczna znacząco wpływa na efektywność leczenia, nadal nie ma jednoznacznych odpowiedzi na pytania: Na ile ważna jest ta relacja? Które jej składniki są szczególnie istotne? Jak wpływają one na siebie nawzajem i na leczenie? W jaki dokładnie sposób relacja wpływa na proces terapii i jej efekty? Niełatwo jest znaleźć odpowiedzi na te pytania” (Gelso, Hayes, 2004: 16).

**...i się boi.** W czasie pierwszej wizyty w gabinecie logopedycznym działa zazwyczaj, i to ze wzmoczoną siłą, pierwotny niejako, lęk o dziecko. To on „przyprowadził” rodzica do specjalisty w poszukiwaniu pomocy. Jeśli nie rozwinie się przesadnie, jeżeli nie stanie się lękiem paraliżującym, czyli blokującym wszelkie użyteczne działanie, może być dobrym punktem wyjścia do udanej terapii. W tym celu należy złagodzić go do poziomu mądrej, mobilizującej troski o dziecko. Redukcja lęku jest pierwszym zadaniem logopedy – dać rodzicowi poczucie, że jest ktoś, kto panuje nad sytuacją, kto rozumie problem i będzie starał się pomóc w jego rozwiązaniu. Trzeba rozbudzić w rodzicu przekonanie, że ma do czynienia z osobą przyjazną, a jednocześnie kompetentną, odpowiedzialną i empatyczną, która będzie umiała nawiązać kontakt z dzieckiem, rozpozna jego potrzeby w wymiarze indywidualnym (np. wzmocni jego samoocenę) i odpowie na nie w sposób rzetelny i profesjonalny. Umiejętność spojrzenia partykularyzującego należy zresztą uznać za klucz do sukcesu – dziecko musi być dla terapeuty przede wszystkim osobą, a nie przypadkiem. Jest to tym trudniejsze, że pojawia się ono w gabinecie niejako „wyjęte z kontekstu”, przede wszystkim z kontekstu grupy rówieśniczej, w której posiada określony status socjometryczny, ale także z kontekstu rodziny, która reprezentowana w najlepszym wypadku przez obojga rodziców siłą rzeczy nie bierze pełnego udziału w terapii. Konteksty te logopeda dla pełnego oglądu sytuacji musi sobie niejako zrekonstruować czy dopowiedzieć, aby otrzymać w miarę konkretny obraz swojego pacjenta, który podczas pierwszego spotkania istnieje tylko w sprzężeniu z problemem mowy. Problem ten nie może być w terapii jedynym pryzmatem. Wypaczenie indywidualizującej optyki wiąże się także z zagrożeniami, które Antoni Kępiński sklasyfikował (na potrzeby psychiatrii) jako błąd postawy (podmiotu do przedmiotu), błąd maski i błąd sędziego (2002). W zasadniczym zarysie błędy te polegają na uprzedmiotowieniu pacjenta, przyjmowaniu względem niego wyuczonych, sztucznych pozy i waloryzowaniu jego osoby w oparciu o wiedzę zdobytą w trakcie terapii. Błędy te mogą łatwo stać się także udziałem logopedy. Podobnie też jak w medycynie profesjonalna odpowiedź na potrzeby pacjenta może w niejednym wypadku okazać się – przynajmniej tymczasowym – brakiem odpowiedzi, wymagając uczciwego przyznania się do niemożności znalezienia pomysłu na diagnozę czy następny krok w terapii. Jest to sytuacja, która wymaga od logopedy zestawu kolejnych kompetencji, to jest elastyczności rozumianej jako umiejętność wykroczenia poza schemat postępowania i kreatywności bazującej na sprawnym przejściu od podpowiadającej rozwiązanie teorii do praktyki konkretnego przypadku.

Szczerść postawy spod znaku „nie wiem, ale szukam” sprzyja w znacznym stopniu budowaniu zaufania – wartości, do której przyjdzie tu jeszcze powrócić. Tymczasem, pozostając przy zagadnieniu redukcji lęku, należy podkreślić, że powinna mieć ona – paradoksalnie – charakter umiarkowany. Pozytywne działanie lęku o dziecko wiąże się bowiem z poczuciem odpowiedzialności za przebieg terapii i gwarantuje jej rzetelną kontynuację poza gabinetem logopedy. Jak ważny jest to czynnik, można przekonać się w sytuacji, gdy rodzic w ogóle nie przejawia obaw o rozwój mowy dziecka (mimo jego ewidentnych trudności w tym zakresie), wręcz bagatelizuje problem, zobligowany do wizyty w poradni reprimendami (przed)szkolnego psychologa czy wychowawcy. Nie ma też w związku z tym żadnych oczekiwań wobec logopedy poza wydaniem stosownego zaświadczenia o braku wskazań do terapii logopedycznej. W takiej sytuacji, aby rozpocząć pracę z dzieckiem, trzeba najpierw „przepracować” problem z rodzicem, uświadomić mu – taktownie, lecz skutecznie – że zaburzenia mowy to nie kosmetyczny defekt, który można zatuszować czy po prostu zignorować, ale dysfunkcja mogąca w decydujący sposób wpłynąć na przyszłość dziecka. Przydatny w takich okolicznościach jest autorytet logopedy jako osoby reprezentującej w pewnym wymiarze środowisko medyczne – to właśnie w takim przypadku logopeda powinien stać się „lekarzem”, do którego przychodzi nasza modelowa „baba”. Rozumienie troski o mowę jako przejawu troski o zdrowie w ogóle jest wystarczającym uzasadnieniem dla przyjęcia takiej postawy. Zaakcentowania wymaga w tym miejscu rola rodzica, która nie jest standardową rolą rodziny „chorego”, ograniczającą się do pomocy w terapii – w tym wypadku rola ta polega na pełnym w niej udziale, bez którego nie ma szans na „wyleczenie”. Ideałem byłby układ równorzędny, w którym logopeda jako specjalista od zaburzeń mowy jest partnerem rodzica jako specjalisty od rozwoju konkretnego dziecka<sup>2</sup>. Również w zgodzie z medycznymi standardami (a przynajmniej z ich założeniami) rodzic przed rozpoczęciem terapii powinien zostać poinformowany o jej celach oraz metodach, tak aby zminimalizować obszar nieznanego, z jakim przyjdzie mu się zmierzyć – informacja ta musi być w miarę możliwości precyzyjna i wyczerpująca (w identyczny sposób powinny

---

<sup>2</sup> O takim układzie pisze m.in. Jon Kabat-Zinn, autor programu terapeutycznego Kliniki Redukcji Stresu Ośrodka Medycznego przy University of Massachusetts: „W optymalnej relacji pomiędzy pacjentem i lekarzem każdy z nich ma swój własny zakres wiedzy i doświadczeń i oba te zakresy są równie ważne dla procesu zdrowienia, który rozpoczyna się już od pierwszego spotkania, nawet przed postawieniem diagnozy” (2009: 253).

być sformułowane oczekiwania względem rodzica i dziecka). Czynny udział rodzica w terapii ma polegać także na współdecydowaniu o konkretnych krokach i posunięciach oraz aktywnej nauce metod pracy z dzieckiem. Wszystkie te działania mają aktywizować rodzica, uświadomić mu współodpowiedzialność, jaką ponosi za przebieg terapii (jeżeli rodzic nie uwierzy w dziecko, to dziecko nie uwierzy w siebie), a przy okazji (a może nawet przede wszystkim) obudzić w nim poczucie sprawczości stłumione dotąd przekonaniem, że nic się nie da zrobić. Należy tu podkreślić, że powodzeniu terapii logopedycznej zagraża w równym stopniu lekceważenie potrzeby jej podjęcia, co – znajdujące się na przeciwległym biegunie – przesadne zaangażowanie się w jej przebieg w związku z wyolbrzymieniem problemu, który przecież – dzięki systematycznemu rozwojowi metod diagnozy i leczenia – coraz częściej jest problemem rozwiązywalnym. Napędzany strachem (przed przyszłością, przed popełnieniem błędu, przed reakcją otoczenia itp.) rodzic stawia zaburzenia mowy dziecka w centrum życia – swojego i swojej pociechy. Tymczasem dla powodzenia terapii konieczne jest zachowanie równowagi pomiędzy codziennością a problemem mowy, który nie może tej codzienności zdominować<sup>3</sup>. Uświadomienie rodzicowi potrzeby utrzymania takiego balansu, tak aby afazja czy jąkanie nie stały się treścią życia dziecka i jego rodziny, również jest zadaniem logopedy. Zdejmując z rodzica odium dysfunkcji mowy, przyczyniamy się do jej usprawnienia.

**...i nic nie rozumie.** Logopedia, jak każda nauka, posługuje się specjalistyczną terminologią potrzebną do sprawnego definiowania pojęć i łączących je zależności. W relacji rodzic–logopeda ważne jest jednak, aby terminologia ta pozostała „własnością” logopedów, aby profesjonalizm terapeuty manifestował się nie tyle przez język (także tytuły i dyplomy), co przez działanie. Już sam przedmiot terapii, czyli mowa, ujawnia wiążące się z nią trudności poznawcze na poziomie ogólnej słownikowej definicji, nieuchronnie skażonej tautologią (mowa jako „mówienie, zdolność mówienia”, ale też mowa jako „sposób wymawiania wyrazów, sposób mówienia, wymowa” (Szymczak, 1992: 219). Wiąże się z nią *mare tenebrarum* specjalistycznych terminów, które logopedia z racji swej

<sup>3</sup> Nie do przecenienia jest w tym wypadku rola, jaką może odegrać towarzyszące ludziom zwierzę (kot, pies). W terapii logopedycznej może zarówno stanowić skuteczny „rozpraszacz” problemu, skupiający na sobie (a nie na dysfunkcji dziecka) uwagę domowników, jak i pełnić funkcję „partnera do rozmowy”, z którym dziecko może się komunikować bez obaw o popełnienie błędu. Temat ten zasługuje z pewnością na odrębne omówienie.



interdyscyplinarności (pedagogika, psychologia, psychiatria, fizjologia, neurologia, językoznawstwo) posiada z nadstatkiem. Po drugiej stronie stoi rodzic – znów niczym przysłowiowa „baba ze wsi” – z wyjątkowo wątlą w tym kontekście wiedzą o samogłoskach i spółgłoskach, tudzież z podstawową umiejętnością dzielenia wyrazów na sylaby, wyniesioną z odległych czasów przedszkolnej edukacji. Sukces terapii logopedycznej tkwi tymczasem w znacznej mierze także w języku, którym komunikują się jej uczestnicy. Parafrazując całą sytuację, można by zaryzykować stwierdzenie, iż w przebiegu terapii mowy uczą się mówić wszyscy, którzy biorą w niej udział: i dziecko, i rodzice, i logopeda. Ten ostatni musi mieć świadomość, że spotka w swym gabinecie rodziców z rozmaitych środowisk, o różnych poziomach wykształcenia i zróżnicowanych profilach emocjonalnych, które to czynniki w oczywisty sposób rzutują na język, jakim rodzice ci się posługują, i ich światopogląd. Kształtowana na drodze praktyki terapeutycznej umiejętność rozpoznawania typu osoby i osobowości, jaki reprezentuje rodzic, wydaje się niezwykle ważnym elementem warunkującym powodzenie relacji, o której tu mowa. Umiejętność tę należy wzbogacić o uważność i cierpliwość, potrzebne zarówno podczas objaśniania kolejnych kroków terapii, jak i w trakcie odbioru rodzicielskich sprawozdań z jej przebiegu na gruncie domowym i (przed)szkolnym. Niedopuszczalne jest bagatelizowanie objawów zaburzeń mowy, jakie zgłasza rodzic, rezygnacja z diagnostyki w przekonaniu o nieistotności symptomów czy przerzucanie problemu na specjalistę z placówki edukacyjnej, do której uczęszcza dziecko (choć jego rola w terapii jest nie do przecenienia, szczególnie jako orędownika dziecka na terenie przedszkola czy szkoły). Tego typu zachowania nie tylko noszą znamiona braku profesjonalizmu, lecz także kolidują z normami etycznymi, którym praca logopedy powinna być bezwzględnie podporządkowana. Dla uświadomienia głębi i znaczenia relacji rodzic–logopeda warto posłużyć się w tym miejscu Levinasowską koncepcją Innego jako tego, za którego jestem odpowiedzialny w jednostkowej, niepowtarzalnej przestrzeni łączącej nas relacji. Celowo poszerzamy tu kontekst o myśl filozoficzną formułowaną wokół pojęć dialogu i spotkania, aby – niejako korzystając z okazji – uwypuklić, bliski nam, humanistyczny wymiar logopedii jako pracy z człowiekiem i dla człowieka.

**...i nie ufa.** W tym miejscu odślania się w sposób szczególny całe skomplikowanie relacji między rodzicem a logopedą, której fundamentem musi być zaufanie. Można chyba przyjąć, że stanowi ono pewien kapitał wyjściowy każdej

nowo podjętej relacji rodzica z logopedą, czasem wręcz powiększony o referencje, jakich udzielają logopedzie rodzice jego starszych stażem pacjentów. Kapitał ten łatwo może jednak ulec dewaluacji (bywa, że z powodu rzeczy pozornie mało istotnych, o ile takie w relacji: rodzic–logopeda w ogóle istnieją), której przyczyn należy szukać po obu stronach. Co zniechęca rodzica? Odbierane jako nadmierne, to jest nieuwzględniające jego kompetencji i możliwości, oczekiwania co do zakresu i stopnia udziału w terapii, zbyt mała lub zbyt duża liczba spotkań w ramach terapii, ich nieregularność i trudność rezerwacji terminu, nieprzyjazna (nieestetyczna, zbyt mała, nieuporządkowana, nieprzewietrzona) przestrzeń, w jakiej odbywa się terapia, niebudząca zaufania powierzchowność terapeuty (niestosowny strój, przesadna gestykulacja<sup>4</sup>, unikanie kontaktu wzrokowego oraz cechy rodzące podejrzenie, że „szewc bez butów chodzi”, na przykład zbyt szybka, niestaranna wymowa czy ewidentne wady zgryzu) oraz sposób bycia (introwertyzm, paternalizm, flegmatyczność, oschłość, sarkastyczność), niepunktualność terapeuty (spotkanie zaczyna się z opóźnieniem bądź kończy zbyt wcześnie), a przede wszystkim brak informacji o przebiegu terapii zarówno w zakresie jej porażek, jak i sukcesów, co powoduje, że rodzic czuje się wyeliminowany z relacji terapeutycznej i – co się z tym wiąże – zwolniony z odpowiedzialności za przebieg terapii. Na te zarzuty logopeda ma prawo odpowiedzieć: i *vice versa* – pracę utrudniają mu zarówno kwestie związane z czasem i organizacją (odwoływanie spotkań, spóźnienia pacjentów) oraz z samym partnerem relacji terapeutycznej (dziecko z objawami infekcji, zmęczone, głodne), jak i ogólne negatywne nastawienie do terapii jako obowiązku o szkolnym wręcz charakterze (ignorowanie zadanych do domu ćwiczeń, brak zainteresowania przebiegiem terapii i postępami dziecka). Listę tę z pewnością dałoby się rozbudować, uwzględniając obserwacje obu stron, ważniejsze jednak wydaje się to, iż wymienione tu czynniki zazwyczaj tworzą krzyżujące się komplikacje, których zarówno logopeda, jak i rodzic powinien być przynajmniej w podstawowym stopniu świadomy. Wiedza ta jest potrzebna do eliminacji utrudnień o charakterze, nazwijmy go, technicznym, tak by nie stracić z pola widzenia kwestii zasadniczej, czyli problemu niewłaściwie ukształtowanej mowy dziecka. Warto też pamiętać, że zarówno rodzic, jak i logopeda uczestniczą w terapii pod dużą presją odpowiedzialności, co daje im prawo do okresowego uczucia zmęczenia i irytacji, które powinni sobie wzajemnie wybaczać. Obie

---

<sup>4</sup> Na ten pozornie tylko nieistotny rys zwrócił uwagę Antoni Kępiński: „Złe robi wrażenie lekarz posługujący się gestykulacją kupca [...]” (2001: 270).

strony winny też pamiętać o tym, aby zostawić za drzwiami gabinetu logopedycznego osobiste sympatie i antypatie, przekonania polityczne i religijne, których manifestacja może zakłócić współpracę. Budowanie sojuszu terapeutycznego jest procesem, a każde spotkanie etapem tego procesu – warto śledzić z uwagą dynamikę relacji terapeutycznej, by mieć świadomość, jakie znaczenie mają wszystkie, nawet najbardziej szczegółowe, aspekty tej relacji.

**...i się niecierpliwi.** Tyrania czasu, której wszyscy dziś się poddajemy, nie omija także logopedycznych gabinetów. Opuszczanie wizyt i skracanie spotkań, o czym była już tu mowa, nie są jedynymi przejawami destrukcyjnego wpływu czasu na terapię zaburzeń mowy. Problem ten sięga głębiej, poczynając od kwestii czasu, w jakim po raz pierwszy „przychodzi baba do logopedy”. Zazwyczaj bowiem przychodzi za późno. Oczywiście, rzadko oznacza to całkowite przekreślenie szans na rozwiązanie problemu, często jednak zwłoka ta jest przyczyną znacznego wydłużenia terapii i konieczności jej zintensyfikowania, co wiąże się ze zwiększonym nakładem pracy i (znow) czasu ze strony wszystkich jej uczestników. A nie jest to przecież łatwy czas – ćwiczenia, często żmudne i monotonne, dłużej się małym pacjentom niemiłosiernie, trudno też oczekiwać od nich cierpliwości, która w młodym wieku nie jest cechą, delikatnie rzecz ujmując, często spotykaną. Niecierpliwią się również rodzice. Spotkania z logopedą figurujące w wypełnionym do granic możliwości terminarzu współczesnego rodzica nie mają sezonowego charakteru, przeciwnie, to obowiązek rozpisany na lata. Co gorsza, brak tu – tak dziś pożądanego – natychmiastowego efektu. Na ponaglenia rodzica: „czas, czas, czas”, logopeda może tylko odpowiedzieć: „praca, praca, praca”. Bywa, że efektu ćwiczeń brak, bywa, że następuje regres – na takie sytuacje rodzic również musi być przez logopedę przygotowany. Z tego też powodu tak istotne są pozytywne sygnały ze strony logopedy, słowa potwierdzenia, że rodzic sprawdza się w terapii, daje sobie radę z zadaniami, jakie postawił przed nim terapeuta. Te pozytywne bodźce podtrzymują dynamikę terapii – akcentując każdy poprawnie wykonany krok, logopeda nie musi dodatkowo zachęcać rodzica do podjęcia kolejnego zadania. To ważne tym bardziej, że proces terapeutyczny składa się właśnie z małych kroków odmierzanych kolejnymi poprawnie wykonanymi ćwiczeniami o rosnącym stopniu trudności. Ich zmienny rytm (właściwy przecież dla całego, z natury skokowego, rozwoju dziecka) można porównać do wysokogórskiej wspinaczki, której sukces jest warunkowany, przynajmniej po części, cierpliwością i wytrwałością. Poko-

nywanie kolejnych etapów wiąże się także ze ścieżką edukacyjną, jaką musi podążać dziecko. Rolą logopedy jest w tym wypadku wspieranie rodzica w kwestiach związanych z organizacją nauki na kolejnych jej odcinkach, które można by opisać za pomocą – zapożyczzonej z historiozofii – kategorii „długiego trwania” jako perspektywy czasowej lokującej się ponad biegiem codzienności. Przez organizację należy tu rozumieć nie tyle wskazanie placówek edukacyjnych przyjaznych dziecku borykającemu się z konkretnym problemem logopedycznym (choć z pragmatycznego punktu widzenia jest to wiedza dla rodzica bezcenna), co sprzężenie terapii z tempem pracy przedszkola czy szkoły, to jest działań prowadzonych zarówno w zakresie realizacji standardowego programu nauczania, jak i działań pomocowych na rzecz dziecka prowadzonych przez placówkę (praca pedagoga/psychologa/logopedy, nauczanie indywidualne). Dlatego też, między innymi, tak ważne jest wczesne podjęcie interwencji logopedycznej, by mieć ów nieszczęsny czas na systematyczne, cykliczne spotkania, które będą w spokojny, niejako naturalny, sposób wpisywać się w nurt życia małego pacjenta. W terapii logopedycznej warto ujarzmić presję czasu, warto być *slow*.

**...i ma nadzieję.** Matkę głupich, która umiera ostatnia. Mimo tej kiepskiej opinii, jaką nadzieja cieszy się na gruncie frazeologii, warto docenić jej kluczowy udział w przebiegu logopedycznej terapii. Wszak bez niej terapia ta nigdy by się nie zaczęła – bez przekonania, że warto spróbować, logopedia nie miałaby ani szans, ani sensu. Zadanie logopedy w tej kwestii łatwiej jednak wyrazić niż wykonać. Polega ono na tym, by nie odbierać rodzicowi nadziei na rozwiązanie problemu mowy jego dziecka, ale też i nie rozbudzać jej przesadnie, ryzykując rozczarowanie, wyrzuty czy kompromitację. Sztuka polega zatem na byciu realistą, na dostosowaniu oczekiwań rodzica i obietnic logopedy do rzeczywistości. Cud – choć i on zdarza się w terapii logopedycznej – nie powinien być punktem odniesienia, podobnie jak przesadne dążenie do perfekcji (wcale nie-rzadkie w czasach, gdy kobietom nie wybacza się zmarszczek, a mężczyznom łysiny), odbierające radość z częściowych sukcesów terapii. Z całą pewnością warto jednak skupić się na pozytywach, które posiada każda, nawet najbardziej skomplikowana, sytuacja życiowa. Warto uświadomić rodzicowi, że za sprawą zaburzenia rozwoju mowy i wiążącą się z nim terapią jego rodzicielstwo staje się bardziej świadome i zaangażowane, sama terapia jest zaś okazją do aktywnego włączenia się w rozwój dziecka, na co wielu współczesnych rodziców nie

ma zazwyczaj czasu, a bywa, że i ochoty. Korzyść, jaką odnosi dziecko, to nie tylko wzmocniona więź z rodzicem, ale również kształtowanie nawyku systematycznej pracy, walki z własnymi ograniczeniami i słabościami, świadomego formowania siebie oraz cenny trening umiejętności interpersonalnych. Postrzeganie terapii logopedycznej jako szkoły charakteru powinno stanowić dodatkową zachętę do jej podjęcia. W budowaniu dobrej prognozy terapii warto też wykorzystać świadectwa osób, które podążały tą samą ścieżką i szczęśliwie dotarły do celu. Dla rodziców świadectwa takie mają czasem nawet większą wartość niż naukowe statystyki czy studia przypadków. Ważne jest, aby w miarę możliwości były one pozyskiwane drogą bezpośredniego kontaktu, a nie tylko za pośrednictwem Internetu. Ten ostatni jest zresztą zarówno sprzymierzeńcem rodzica (na przykład ułatwiając mu dotarcie do instytucji udzielających pomocy), jak i jego wrogiem, kiedy przesadnie podsyca obawy lub, przeciwnie, usypia czujność opowieściami na rodzicielskich forach o „bratanku, który też tak miał i mu samo przeszło”. Rzecz jednak w tym, że nawet gruntowna wiedza poparta latami praktyki terapeutycznej nie pozwala na sformułowanie ze stuprocentową pewnością przepowiedni o sukcesie lub niepowodzeniu terapii. Zbyt wiele czynników determinujących efekt leczenia (np. środowisko społeczne czy aspekty zdrowotne) pozostaje poza strefą wpływów logopedy. Płatanina neuronowych ścieżek, którymi mkną impulsy nerwowe, także te generujące mowę, dobrze ilustruje tę kwestię. W tym gąszczu uwarunkowań terapii i prognoz jej finału logopeda musi się odnaleźć przede wszystkim dla dobra swego pacjenta. Nie służy temu dobru ani przesadny defetyzm, ani życzeniowy huraoptymizm. Logopeda powinien być mistrzem taktu i umiaru, a przy tym wirtuozem strategii i taktyki, który w szczerej rozmowie z rodzicem (i dzieckiem) starannie rozłoży akcenty pochwały i przygany, ustali rytm pracy i – równie ważnego – odpoczynku, nie rozbudzi przesadnie nadziei, ale też jej nie stłumi. Nadziei, której przecież potrzebuje nie mniej niż jego pacjent.

\* \* \*

I wreszcie, *last but not least*, niezbędny składnik każdej udanej relacji międzyludzkiej, nie tylko tej, która ma połączyć rodzica i logopedę, czyli uśmiech, nazywany wszak najkrótszą drogą prowadzącą człowieka do człowieka. Gdy uśmiechnięta baba przychodzi do uśmiechniętego logopedy, jest szansa, że wszystko skończy się dobrze...

## Bibliografia

- Brammer L.M., 1984: *Kontakty służące pomaganiu. Procesy i umiejętności*. Studium Pomocy Psychologicznej Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa.
- Conture E.G., 1990: *Note to a beginning speech-language pathologist*. In: Idem: *Stuttering*. Prentice Hall, New Jersey, s. 304–311.
- Egan G., 2002: *Kompetentne pomaganie*. Zysk i S-ka, Poznań.
- Eichelberger W., Stanisławska I.A., 2013: *Być lekarzem, być pacjentem. Rozmowy o psychologii relacji*. Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa.
- Gibiński K., 1966: *Pacjent i lekarz*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Kraków.
- Gelso Ch.J., Hayes J.A., 2004: *Relacja terapeutyczna. Sojusz terapeutyczny, przeniesienie, przeciwprzeniesienie, rzeczywista relacja*. GWP, Gdańsk.
- Kabat-Zinn J., 2009: *Życie – piękna katastrofa. Mądrością ciała i umysłu możesz pokonać stres, ból i chorobę*. Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa.
- Kępiński A., 2001: *Lekarz i chory*. W: Idem: *Autoportret człowieka. Myśli-aforyzmy*. Wydawnictwo Literackie, Kraków, s. 268–273.
- Kępiński A., 2002: *Poznanie chorego*. Wydawnictwo Literackie, Kraków.
- Knapp H., 2009: *Komunikacja w terapii*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Shapiro D.A., 1999: *The clinician and the client – clinician relationship*. In: Idem: *Stuttering intervention: A collaborative journey to fluency freedom*. Pro-Ed., Austin, s. 448–471.
- Sikorski W., 2013: *Komunikacja terapeutyczna: relacja pozasłowna*. Impuls, Kraków.
- Szymczak M., 1992: *Słownik języka polskiego*. T. 2. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Tarkowski Z., 2005: *Neurologopedia*. Wydawnictwo Fundacji „Orator”, Lublin.
- Wachtel P.L., 2012: *Komunikacja terapeutyczna*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.

## **Streszczenie**

Rozdział jest próbą analizy relacji, jaka łączy rodzica i logopedę w przebiegu terapii zaburzeń mowy. Jako punkt wyjścia przyjmuje się pięć podstawowych odczuć i powiązanych z nimi postaw rodzica towarzyszących mu u progu leczenia: lęk, niewiedza, nieufność, niecierpliwość, nadzieja. Każdy z analizowanych czynników jest powiązany z szeregiem dodatkowych, sygnalizowanych w tekście, uwarunkowań (np. o charakterze praktycznym czy etycznym), których świadomość powinna towarzyszyć wszystkim uczestnikom terapeutycznej relacji w trosce o jej prawidłowy przebieg i finalny sukces.

## **Summary**

This chapter attempts to analyze the relationship between parents and speech language therapists during the process of therapy addressing speech disorders. The paper begins with the authors' description of five basic feelings and attitudes experienced by parents at the initiation of therapy such as fear, ignorance, distrust, impatience and hope. Each of the analyzed factors is associated with a number of additional conditions which are highlighted in the text (practical or ethical in nature) that all of those who participate in the therapeutic relationship should be aware of to achieve a treatment that is properly conducted and successful.





## CZĘŚĆ DRUGA

# ***Diagnostyczne i terapeutyczne aspekty jąkania***



## ***Wykorzystanie metody Rysunku Rodziny w ustalaniu przyczyn jękania***

*Using the Family Drawing method in recognizing the causes of stuttering*

### **Wprowadzenie**

Dziecko rozwijające się w danej rodzinie przyjmuje ją taką, jaka ona jest. Rosnie i rozwija się w tej, z którą jest związane od początku swojego życia. Rodzina winna stworzyć jak najlepszy klimat emocjonalny dla rozwoju dziecka. Ważne, by zapewniła mu poczucie bezpieczeństwa, miłość i wzajemny szacunek. Jeśli jednak w tej rodzinie stosowana jest przemoc bądź inne niewłaściwe zachowania, minie wiele czasu, nim dziecko zrozumie, że ten sposób postępowania prezentowany przez najbliższych jest nieprawidłowy. Zdarzyć się może, że obecność rodzeństwa i rosnące konflikty staną się przyczyną rozwoju u niego negatywnych emocji. Mimo tego, że dziecko nie będzie rozumiało tych patologicznych lub toksycznych zachowań i nie będzie umiało reagować oraz bronić się, wewnątrz będzie odczuwało strach, lęk<sup>1</sup>, a nawet frustrację i niechęć. Niemożność okazywania uczuć, ich tłumienie może przyczynić się do nieprawidłowego rozwoju emocjonalnego dziecka oraz do pojawienia się zachowań niepożądanych, np. nocnego moczenia się lub nawet jękania.

W niniejszym rozdziale przedstawiono zaburzenie mowy, jakim jest jękanie, z perspektywy psychologicznej. Opisany został walor wykorzystywania w diagnozie logopedycznej testu Rysunku Rodziny, mającego na celu ujawnienie skrywanych wewnętrznych konfliktów dziecka. Na początku ukazano rolę rodziny w rozwijaniu mowy dziecka, a następnie opis teorii psychologicznej jękania. W poniższej pracy dokonano charakterystyki narzędzia, jakim jest test Rysunku Rodziny. Na koniec zostały przedstawione dwa przypadki dzieci ze zdiagnozowanym jękaniem, u których podczas badania wykorzystano metodę projekcji.

---

<sup>1</sup> Emocja strachu jest wrodzona.

## Rola rodziny w rozwoju mowy dziecka

Rodzina odgrywa znaczącą rolę w życiu dziecka. Stanowi dla niego wzór, jest podporą oraz tworzy pierwszą grupę, w której dziecko rozwija się psychicznie i fizycznie. Prezentowany przez nią sposób wychowania ma znaczenie również dla rozwoju mowy dziecka. Rodzice winni stworzyć dziecku odpowiedni klimat emocjonalny, czyli stan, w którym będzie czuło się kochane i akceptowane, jego rozwój będzie wspierany, a poczucie bezpieczeństwa zapewnione. Maria Ziem-ska (1973)<sup>2</sup> wskazała potrzeby, które podopieczny powinien mieć zaspokajane, a są nimi:

- potrzeba życzliwości, ciepła i miłości, które stymulują osiągnięcia rozwojowe;
- potrzeba kontaktu z rodzicami, ich czujności i współdziałania, której niezaspokojenie może opóźnić rozwój mowy i funkcji poznawczych;
- potrzeba samourzeczywistnienia, wyrażająca się u małego dziecka aktywnością w zakresie poznania i działania;
- potrzeba szacunku dla rozwijającej się odrębnej jednostki, jej wysiłków i osiągnięć na miarę wieku rozwojowego oraz potrzeba wzoru, która jest dla dziecka źródłem wiedzy o czynnościach i zachowaniach.

Członkowie rodziny powinni stanowić dla dziecka wzór do naśladowania oraz umożliwiać i wspomagać rozwój. Wszelkie nieporozumienia, napięcia, sytuacje stresowe mogą zaburzyć rozwój dziecka, a w tym także jego mowy. Im bardziej naturalny, a nie wymuszony konkretną sytuacją, kontakt rodziców z dzieckiem, tym bezpieczniejsze i bardziej zmotywowane do nawiązywania komunikacji werbalnej dziecko (Sawa, 1990).

Wśród innych czynników wy wpływających ze strony środowiska rodzinnego, a mających znaczenie dla rozwoju mowy dziecka wyróżnia się: stymulację, kody językowe, mowę dorosłych kierowaną do dziecka, styl wychowawczy, postawy rodzicielskie, archetypy płci, status społeczno-ekonomiczny, kolejność dziecka w rodzinie i obecność rodzeństwa (por. Jurkowski, 1975; Hurlock, 1985; Zaleski, 2002; Hamerlińska-Latecka, 2012).

Dziecko uczy się mowy także poprzez naśladownictwo. Szybkie tempo mówienia jednego z rodziców oraz chaotyczny sposób formułowania wypowiedzi nie są czynnikami stymulującymi rozwój mowy dziecka. W kształtowaniu mowy dziecka znaczącą rolę odgrywa nie tylko to, jak rodzice porozumiewają się z in-

---

<sup>2</sup> Potrzeby opisane przez Marię Ziemską w 1973 roku, mimo upływu ponad 40 lat, są ponadczasowe.

nymi, ale również to, jak zwracają się do swego podopiecznego, czyli czy stosują odpowiednie tempo, akcent i intonację (por. Milewski, 2004).

Styl wychowawczy determinuje progres mowy dziecka. Spójny styl wychowania, stawianie dziecku takich samych wymagań, takie samo ocenianie za to samo zachowanie, jednolity system kar i nagród decydują o jego rozwoju. Brak jednorodnego stylu wychowania w rodzinie może wywołać zachwianie równowagi emocjonalnej, objawy nadpobudliwości lub zahamowania, a nawet poczucie zagrożenia i lęku. Określone postawy emocjonalne znajdują bardzo często swój wyraz w mowie dziecka. Wychowanie zbyt surowe przyczynia się do powstawania lęku, buntu, często agresji, czego konsekwencją bywa pojawienie się właśnie jękania u dziecka. Wychowanie nadopiekuńcze, rozpieszczające sprzyja postawie lekceważącej wobec otoczenia, a u dzieci tak wychowanych obserwuje się mowę niestaranną, niedbałą. Niekonsekwentne postępowanie rodziców wytwarza niepewność, zmienność nastrojów u dzieci, czego rezultatem mogą być zaburzenia tempa, rytmu mowy prowadzące do jękania (por. Sawa, 1990).

Pojawienie się rodzeństwa jest ważnym wydarzeniem w życiu dziecka. Nie zawsze przeżycie to ma wydźwięk wyłącznie pozytywny. Bywa, że nadchodzące zmiany lub pojawienie się silnych emocji, np. zazdrości, stają się przyczyną stresu, którego objawem jest rozwinięcie niepełności mowy. Ponadto warto zauważyć, że dzieciom urodzonym jako pierwsze w rodzinie rodzice poświęcają więcej czasu, aby nauczyć je mówić, i bardziej zachęcają je do mówienia, a ich mowa zawiera więcej elementów kształcących (Vasta, Haith, Miller, 1995; Filipiak, 2002).

### **Test Rysunku Rodziny projekcyjna metoda badania stosunków rodzinnych**

Słowo *projekcja* pochodzi od łacińskiego czasownika *proicere* – wyrzucać, wyciągać i oznacza „mechanizm obronny polegający na rzutowaniu własnych, nieakceptowanych treści psychicznych na osoby w swoim otoczeniu bądź niekontrolowany przez jednostkę proces rzutowania własnych cech osobowości, stanów emocjonalnych czy postaw na wieloznaczny materiał bodźcowy, wykorzystywany w testach projekcyjnych” (Łosiak, 2005: 201–202).

Pojęcie *techniki projekcyjne* wprowadził w 1939 roku Laurence Frank podczas wykładu na zebraniu Towarzystwa Psychologicznego w Nowym Jorku. Frank porównywał techniki projekcyjne do psychologicznych „promieni Roentgena”, za pośrednictwem których uzyskuje się wgląd w konflikty i impulsy psychiczne człowieka inaczej niedostępne. Zygmunta Freud w pracy *The Anxiety*

*Neurosis* (1894) użył tego terminu na określenie mechanizmu obronnego. Stwierdził, że psychika rozwija nerwicę lękową, wówczas gdy nie może opanować podniecenia seksualnego powstającego endogennie. Działa ona w taki sposób, jak gdyby dokonywała projekcji swego podniecenia na świat zewnętrzny (Kalinowska-Tomala, Pawłowska, 2011).

Rysunek Rodziny to metoda projekcyjna badająca nieświadome obszary psychiki. Test ten pozwala na zebranie wielu informacji o badanym i jego relacjach rodzinnych, dociera do motywów nieuświadomionych i nieświadomych sposobów radzenia sobie z sytuacjami trudnymi. Umożliwia diagnozę więzów emocjonalnych w rodzinie. Rysunek Rodziny wykorzystywany w badaniu dziecka jest dla niego mniej obciążający psychicznie, m.in. dlatego, że rysowanie jest czynnością naturalną w danym przedziale wiekowym. Rysunek wskazuje na poziom rozwoju umysłowego oraz jest projekcją widzenia samego siebie i innych. Dzięki tej metodzie poznaje się miejsce dziecka w rodzinie nie takim, jakie jest obiektywnie, ale takim, jakie dziecko samo sobie przypisuje. Ponadto Rysunek Rodziny uzewnętrznia to, czego dziecko nie potrafi wyrazić za pomocą słów.

Poniższy opis testu Rysunek Rodziny jest zaczerpnięty z książek Anny Frydrychowicz (1996) *Rysunek Rodziny. Projekcyjna metoda badania stosunków rodzinnych* oraz Marii Braun-Gałkowskiej (1985) zatytułowanej *Test Rysunku Rodziny*.

Zastosowanie Rysunku Rodziny składa się z czterech elementów: przeprowadzenia wywiadu z rodzicami, rysowania, obserwacji podczas rysowania oraz rozmowy z dzieckiem na temat rysunku.

Celem przeprowadzenia wywiadu jest zebranie informacji dotyczących rodziny dziecka, jej składu i sytuacji, w której się znajduje, oraz ustalenie problemu, z którym zgłaszają się rodzice. Sama czynność rysowania zaczyna się od wydania prośby: „Proszę, narysuj rodzinę”<sup>3</sup>. Warto pamiętać o tym, by kredki były dobrej jakości (co oznacza wyrazistość barw) oraz by były naostrzone. Dziecko nie może używać gumki do mazania czy też pisaków. Należy poinformować rysującego, że ma tyle czasu na rysowanie, ile go potrzebuje. W trakcie rysowania istotna jest także obserwacja, podczas której bierze się pod uwagę:

- kolejność rysowania postaci, a także ewentualnych zwierząt, przedmiotów itd.,

<sup>3</sup> Jeśli dziecko zapyta o to, jaką rodzinę ma rysować, nie można sugerować odpowiedzi. Najlepiej odpowiedzieć, że dowolną.

- czas poświęcony poszczególnym osobom lub przedmiotom, przerwy, zastanowienia itp.,
- szczególną staranność przy niektórych elementach rysunku,
- komentarze i uwagi słowne, a także bezsłowne objawy emocji, np. westchnienia, wiercenie się na krześle, uśmiech<sup>4</sup>.

Ostatnim etapem badania jest rozmowa na temat rysunku. Badający musi się dowiedzieć, co przedstawia rysunek: kto to jest, co robi, w jakim jest wieku, a także jakie są związki uczuciowe między narysowanymi osobami: kto kogo lubi, kogo nie lubi. Należy się zapytać, kto jest najmilszy lub najgrzeczniejszy w tej rodzinie, kto najmniej miły, kto jest najszczęśliwszy, kto najbardziej nieszczęśliwy. Warto zadać pytanie, dlaczego dziecko tak uważa. Podczas rozmowy należy zapytać badanego, kogo w tej rodzinie najbardziej lubi.

Rysunek ocenia się pod względem formalnym, następnie interpretuje się treści, a na końcu ustala się projekcję konfliktów rodzinnych przedstawionych na rysunku.

Na interpretację formalną składa się kilka elementów, a mianowicie: poziom formalny rysunku (czyli czy poziom odpowiada wiekowi)<sup>5</sup>, typ rysunku, elementy graficzne, symbolikę przestrzeni i symbolikę barw. Wyróżnia się dwa typy rysunków: sensoryczny i racjonalny. Rysunek sensoryczny tworzą osoby spontaniczne, witalne, dla których w grupie rodzinnej najważniejsze jest ciepło powiązań. W rysunkach tych linie są krzywe, zaokrąglone, dynamiczne, a postacie na rysunku ujęte w jakimś działaniu i interakcjach. Z kolei typ racjonalny rysunku wyraża się w liniach prostych i sztywnych. Postacie są nieruchome i wyizolowane, nieraz stereotypowo reprodukowane, ale często z dbałością o szczegóły. Rysunki takie dają osoby zahamowane przez wewnętrzną cenzurę, poddające się regułom.

Oceniając elementy graficzne, bierze się pod uwagę rozmach i siłę nacisku kredki<sup>6</sup>. Silny nacisk kredki (ujawniający się w grubości kreski i nacisku na

<sup>4</sup> Komentarze słowne powinny być zanotowane dosłownie, ponieważ są bardzo ważne.

<sup>5</sup> Jeśli poziom rysunku wskazuje na młodsze dziecko niż wiek badanego, należy skierować dziecko na badanie poziomu intelektualnego.

<sup>6</sup> Przyjmuje się, że są dwa rodzaje rysowanych kresek, które interpretuje się następująco:

- kreska „rozmachowa”, długa, powstająca od jednego pociągnięcia, zajmująca znaczną część kartki, mówi o energii, odwadze i łatwości uzewnętrzniania swoich tendencji;
- kreska krótka, wahająca się lub przy liniach dłuższych złożona z krótkich elementów, wskazuje na zahamowanie.

papier) często świadczy o dużym napięciu, odwadze, czasem gwałtowności. Z kolei słaby nacisk kredki mówi o nieśmiałości, łagodności, czasami nerwicy i wysokim niepokoju.

Rysunek analizuje się także poprzez pryzmat użytych barw, które świadczą przede wszystkim o emocjonalności badanego. Liczne występowanie kolorów mówi o bogatej emocjonalności, a brak kolorów, posłużenie się jedną tylko kredką, zwłaszcza szarą, wskazuje na zahamowanie emocjonalne i niepokój. Barwy jasne mówią zwykle o nastroju pogodnym, z kolei ostry kolor czarny o powściągliwości. Kolor czerwony ma różne znaczenia – może być kolorem aktywności, ale w połączeniu z czarnym mówi najczęściej o agresji. Chcąc przeanalizować rysunek pod kątem barw, najczęściej wykonuje się to według testu Luschera<sup>7</sup>.

Rozmieszczenie rysunku na kartce bywa bardzo różnorodne i jest ciekawym źródłem informacji o badanym. Rysujący przesuwają rysunek w lewo lub w prawo, w górę lub w dół, zajmują całą kartkę, jaką mają do dyspozycji, lub tylko jej małą część. Najzdrowsze jest wykorzystanie całości kartki. Przesunięcie istotnej części rysunku może wskazywać na określone tendencje. Nazwy poszczególnych rogów kartki określane są nazwami czterech żywiołów. Woda (lewy dolny róg kartki) wiąże się z początkiem życia. Rysowanie w ćwiartce sąsiadującej z tym

---

<sup>7</sup> Orientacyjne znaczenie barw wg testu Luschera:

- Szara – jest neutralna: ani jasna, ani ciemna, wyprana z wszelkich tendencji psychologicznych. Osoby ją wybierające nie chcą się angażować, podlegać wzruszeniom, są ostrożni, umiarkowani, chcą, by się nimi opiekowano.
- Niebieska – jest to kolor nieba w nocy, kiedy słabnie wszelka aktywność. Oznacza spokój, wrażliwość, pragnienie miłości, zacisznego i uporządkowanego środowiska, potrzebę uczucia, harmonii.
- Zielona – mówi o zdecydowaniu, o tendencji do konserwatyzmu, trwałości i byciu niezależnym od wpływów zewnętrznych. Wyraża postawę obronną, przypisywanie znaczenia swojemu „ja” i chęci utwierdzenia się.
- Czerwona – barwa krwi i intensywności. Wybierają ją ludzie zdobywcy, agresywni, aktywni. Mówi o chęci pełni życia, działania, sukcesu, o sile woli i o pragnieniach seksualnych.
- Żółta – kolor światła dziennego i słońca. Mówi o spontaniczności, pogodnym rozluźnieniu, swobodzie, otwartości. Osoby wybierające go szukają rozwiązań, które otwartyby nowe możliwości i pozwoliły na zrealizowanie oczekiwań i nadziei.
- Fioletowa – jest mieszaniną czerwonej i niebieskiej – barw wyrażających tendencje przeciwstawne. Symbolizuje niezdecydowanie, wahanie, gotowość do kontaktów niezobowiązujących.
- Brązowa – reprezentuje uczucia związane z ciałem, umiarkowanie. Osoby wybierające ją dążą do zakorzenienia i osiągnięcia poczucia bezpieczeństwa w prostym środowisku, rodzinnym, zmysłowym, nie są indywidualistami.
- Czarna – barwa najciemniejsza, właściwie jest to negacja koloru – wyraża nicość, koniec, zaprzeczenie. Osoby, które ją wybierają, poszukują sytuacji trudnych i wymagających. Odrzucają wszystko, co mogłoby wpływać na ich punkt widzenia, sprzeciwiają się temu, co nie jest zupełnie tak jak być powinno. Protestują z poczucia niedoceniania.



rogiem ma mówić o zajęciu się sobą, zatrzymaniu w rozwoju, regresji, chęci cofnięcia się do wcześniejszego etapu życia, który wydaje się bardziej szczęśliwy, w którym było się pod czujną i ciepłą opieką. Powietrze (górny lewy róg kartki) jest przejrzyste, niewidoczne, puste, niestawiające oporu. Z tą ćwiartką wiąże się bierność życiowa, niechęć do angażowania, brak odwagi do działania, postawa obserwatora życia, może kontemplacji. Ogień (górny prawy róg kartki) jest symbolem życia, rysowanie w ćwiartce od niego nazwanej mówi o aktywności, sile projektów, nastawieniu na cel, zaangażowaniu. Ziemia (dolny prawy róg kartki) w tej symbolice kojarzy się z ciężarem, przytłaczającą materią, porażką, pogrzebanymi marzeniami. Zdarza się, że cały rysunek mieści się tylko w jednej ćwiartce lub nawet wciśnięty jest w róg, najczęściej jednak zajmuje więcej przestrzeni. Rysowanie na górze kartki mówi o marzeniach i wyobraźni. Umieszczenie rysunku na środku kartki wskazuje, że odnosi się do spraw najbardziej uświadomionych, podczas gdy innych badany nie chce ujawnić, nie chce się odstąpić. Przesunięcie rysunku w dół wskazuje na zmęczenie, nerwice, depresję. Lewa strona kartki mówi o przeszłości i bierności, prawa o przyszłości i aktywności. W interpretacji równie ważne jest, jak wiele pozostało pustych przestrzeni<sup>8</sup>.

W Rysunku Rodziny badany ukazuje siebie, swoje tendencje i swój obraz członków rodziny, życia rodziny i swojego w niej miejsca. Może dać realistyczny obraz swojej rodziny lub wyobrażoną rodzinę zgodną ze swymi marzeniami. Sposób narysowania postaci wyraża uczucia z nimi związane. Osoba, z którą badany jest najbardziej związany, którą najbardziej podziwia, kocha albo której się boi, która jest dla niego najważniejsza, jest w rysunku waloryzowana, to znaczy przedstawiona w jakimś sensie lepiej niż inne osoby. Z tą osobą badany najczęściej się identyfikuje. Istnieje kilka wskaźników waloryzacji, nie muszą one występować wszystkie jednocześnie, zwykle jednak połączenie paru z nich w jednej osobie wskazuje na osobę waloryzowaną. Wskaźniki waloryzacji są następujące:

- osoba rysowana jako pierwsza,
- osoba umieszczona w centrum kartki,
- rysunek najczęściej rysowany jest od strony lewej do prawej osoba ta może być umieszczona raczej z lewej strony, ale nie na samym brzegu<sup>9</sup>,

<sup>8</sup> Im bardziej pusta kartka, tym większe poczucie lęku.

<sup>9</sup> Odnosi się to do praworęcznych.

- miejsce tej osoby na rysunku jest „najlepsze” w tym sensie, że inni są do niej zwrócen, stoi, górując nad innymi, lub np. siedzi na fotelu, podczas gdy inni stoją itp.,
- osoba większa od innych, czasem rysowana wyżej,
- osoba najdłużej rysowana, czasem z powracaniem do niej po przerwie,
- osoba rysowana najstaranniej, z największą ilością szczegółów, najładniejszą fryzurą itp.,
- osoba, przy której badany użył więcej kolorów niż przy innych,
- osoba, która ma najwięcej przedmiotów dodanych, takich jak kapelusz, torebka, fajka, kwiatek,
- osoba, której w rozmowie badany przypisał najwięcej pozytywnych przedmiotów.

Osoba budząca niepokój, lęk, niechęć może być w rysunku pominięta. Badany często racjonalizuje potem tę nieobecność, mówiąc, że zabrakło miejsca. Brak osoby na rysunku wskazuje, że badany ma z nią relacje co najmniej trudne. Pominięcie siebie wskazuje na nieakceptowanie siebie w swojej sytuacji. Wskaźniki dewaloryzacji są następujące:

- osoba rysowana jako ostatnia,
- osoba narysowana z brzegu, w kącie, z dala od innych postaci; inni mogą być zwrócen do niej tyłem,
- osoba proporcjonalnie mniejsza,
- osoba narysowana niestarannie, z mniejszą ilością szczegółów, czasem brakiem części ciała,
- osoba narysowana z użyciem mniejszej liczby kolorów,
- osoba rysowana pośpiesznie,
- osoba, której w rozmowie badany przypisał cechy negatywne,
- wykreślenie osoby po narysowaniu.

Relacje między postaciami przedstawionymi na rysunku wskazują na relacje prawdziwe lub upragnione przez badanego. Bliska odległość, trzymanie się za ręce, wspólna zabawa wskazują na zażyłość. Duża odległość, odwrócenie od siebie wskazują na niechęć. Jeżeli autor przedstawia siebie z dala od innych,

wskazuje to na poczucie wyobcowania lub agresję. Izolacja ta może być wzmocniona na rysunku przez oddzielenie kreską lub jakąś przeszkodą, np. drzewem, szafą itp., albo przez przedstawienie jednej osoby jakby w innym planie.

Rysunek rodziny prawdziwej wskazuje na to, że dziecko jest zadowolone ze swojej sytuacji i z przyjemnością ją przedstawia lub też, że jego spontaniczność jest zahamowana. Rodzina wymyślona im mniej jest podobna do realnej, tym silniej wyraża projekcję. Analiza identyfikacji jest szczególnie ważną częścią interpretacji. Jej celem jest uzyskanie odpowiedzi, czy dziecko utożsamia się z narysowaną rodziną i czy się w niej odnajduje.

Poprzez Rysunek Rodziny poznaje się, w jaki sposób dziecko przeżywa swoje relacje z innymi członkami rodziny. W sytuacji prawidłowej cechy formalne rysunku (kolor, kreska, przestrzeń itd.) nie wskazują na niepokój, a rodzina narysowana jest zgodna z rodziną realną. Dziecko najczęściej rysuje się blisko rodzica płci przeciwnej, ale waloryzuje rodzica swojej płci. Ta waloryzacja wskazuje na identyfikację dziewczynki z matką i chłopca z ojcem. Rodzina może być przedstawiona w różnych sytuacjach, ale nikt nie jest pominięty, czy wyobcowany. W sytuacji kiedy w rodzinie występują jakieś nieprawidłowości, wówczas na rysunku ujawniają się konflikty jawne i zamaskowane, najczęściej jedno i drugie razem. Konflikty jawne mają dotyczyć rodziców i rodzeństwa. Te konflikty wyrażają się w rysunku poprzez: pominięcie rodziców lub jednego z nich, dewaloryzację rodziców, dewaloryzację zwykle kogoś z rodzeństwa i/lub pominięcie rywala. Trudniejsze do rozwiązania są konflikty maskowane, których przyczyny są u badanego nieuświadomione, ale które powodują w nim poważniejsze następstwa<sup>10</sup>. Konflikty maskowane mogą się ujawniać podobnie jak jawne, ale także w inny sposób, np. ukrytą agresją.

### **Psychologiczne podłoże jękania**

Ustalanie przyczyn jękania wymaga interdyscyplinarnego podejścia i spojrzenia na problem z różnorodnych perspektyw. To stanowisko zgodne jest z definicją Mieczysława Chęćka (2005), w której „jękanie jest komunikatywnym zaburzeniem płynności mówienia o podłożu wieloczynnikowym, któremu towa-

---

<sup>10</sup> Ten rodzaj konfliktów wymaga bardziej skomplikowanej interwencji terapeutycznej nastawionej nie tylko na dziecko, ale na całą rodzinę.

rzyszą zakłócenia fizjologiczne, psychologiczne, językowe i socjologiczne, a przejawia się skurczami mięśni oddechowych, fonacyjnych i artykulacyjnych wywołujących kloniczne i toniczne blokowanie jednostek mowy oraz dysfunkcjami objawów pozajęzykowych pod postacią między innymi stanów logofobicznych i współruchów mięśniowych” (2012: 48).

W literaturze przedmiotu dostępny jest opis następujących teorii na temat etiologii jękania:

- teorie lingwistyczne (jękanie powstaje w okresie kształtowania się mowy na skutek specyficznych czynników działających w tym okresie na dziecko);
- teorie organiczne (jękanie jest wynikiem różnic konstytucjonalnych lub neurologicznych w centralnym układzie nerwowym);
- teorie neurotyczne (jękanie jest nerwicą);
- teorie psychologiczne (jękanie jest reakcją nabytą);
- teorie fizjologiczne (jękanie jest zaburzeniem somatopsychicznym);
- teorie biocybernetyczne (jękanie jest efektem uszkodzenia części „elektronowej” ośrodka mowy) (por. Tarkowski, 1999, 2003; Chęciek, 2012; Błachnio, Przepiórka, 2012).

Jako że celem niniejszego artykułu jest przyjrzenie się przyczynom jękania z perspektywy psychologicznej, opis istniejących teorii zawężony został tylko do teorii psychologicznych.

Według teorii psychologicznych jękanie ma rodowód psychogeny i jest reakcją nabytą, co więcej porównywane jest z nerwicą (Szamburski, 1996). Psychoanaliza traktuje jękanie jako objaw nerwicy monosymptomatycznej, która jest efektem stłumienia negatywnych uczuć i emocji, wypartych do nieświadomości (Tarkowski, 2003). Te ujemne treści ujawniają się w formie objawów niepełności mówienia. Powtarzanie sylab jest traktowane jako przejaw agresji, natomiast przeciąganie lub blokowanie dźwięków jako symptom stłumionej agresji. Według psychoanalityków zajmowanie się objawem, jakim jest jękanie, nie ma sensu. Należy dotrzeć do podświadomych źródeł, w których tkwią przyczyny niepełności mowy (Tarkowski, 2003)<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Zdaniem autorki niniejszego artykułu takie radykalne podejście nie jest słuszne. Najbardziej optymalnym byłoby równoległe prowadzenie psychoterapii i terapii logopedycznej.

Krzysztof Szamburski (1996) stwierdza, że do powstania jąkania potrzebnych jest kilka czynników, które dzieli na dyspozycyjne, wyzwalające i wzmacniające. Konflikt nerwiczny, do którego dana osoba musi mieć predyspozycję, często jest spowodowany przez obciążenie dziedziczne. Predyspozycje wrodzone mogły wystąpić przez nieprawidłowości podczas porodu lub w późniejszym rozwoju. Czynnikiem wyzwalającym może być przestrach lub pojawienie się rodzeństwa, czyli coś, co wyzwała duże emocje. Tym, co może wzmacniać jąkanie, może być naśladowanie jednego z opiekunów, odzyskanie uwagi rodziców po pojawieniu się rodzeństwa, chęć rywalizacji ze starszym rodzeństwem o względy rodziców, chęć ukarania rodziców, ucieczka od trudnej sytuacji. Według tego poglądu jąkający się cierpi z powodu istniejącego konfliktu nerwicowego. Szamburski wskazuje, że przyczyną tegoż konfliktu jest wystąpienie rywalizacji na poziomie: rodzice–dziecko, rodzeństwa, rodziny jako całości, rodziny w konflikcie ze światem zewnętrznym (2012). W jąkanu występuje lęk nerwiczny, strach przed jąkanem, stres komunikacyjny, poczucie, że nie można sobie poradzić z problemem i skierowaniem całej swojej uwagi na problem jąkania (Szamburski, 1996; Błachnio, Przepiórka, 2012).

Jąkanie może pojawić się w wyniku zaburzeń emocjonalnych, nieprzystosowania społecznego czy też niesprzyjających czynników kulturowych bądź środowiskowych. Wśród czynników psychologicznych powodujących jąkanie Mieczyśław Chęć (2012) wymienia:

- poczucie niepewności, aż do lęku przed mówieniem włącznie;
- ujemną, nadmierną samokontrolę procesu mówienia wraz z przewidywaniem trudnych słów, głosek czy też świadomość tych zaburzeń prowadzącą do autosugestywnego przekonania, że nie potrafi się mówić płynnie.

Kazimierz Głogowski (1969) dodaje jeszcze do tychże czynników zaburzenia osobowości (osobowość jąkającego się jest „nerwicowo uszkodzona”, a w jego świadomości powstają dwie sprzeczne tendencje: mówić albo milczeć; jego mowa jest zatem „rozdarta” jeszcze przed rozpoczęciem wypowiedzi, przeżywa lęk nie przed mówieniem, lecz przed osobą, której ma coś zakomunikować).

### **Wykorzystanie metody Rysunku Rodziny – analiza studium przypadku**

Na potrzeby niniejszego rozdziału przedstawiono dwa studia przypadków dzieci, u których zdiagnozowano jąkanie.

Pierwszym dzieckiem, którego rysunek jest analizowany (załącznik 1), jest Weronika, lat 7. Uczęszcza do pierwszej klasy szkoły podstawowej. Pochodzi z rodziny pełnej, ma młodszą, 5-miesięczną siostrę. Weronika na początku badania stwierdziła, że lubi rysować, zatem z chęcią przystąpiła do zadania. Pierwszą osobą, którą narysowała, była mama (postać pierwsza od prawej), drugą osobą była jej koleżanka (postać środkowa), a trzecią sama autorka rysunku. Rysunek można ocenić następująco:

- poziom formalny rysunku jest adekwatny do wieku poznawczego dziecka;
- osobą waloryzowaną jest matka badanej, została narysowana jako pierwsza, była rysowana najdłużej, badana jej poświęciła najwięcej uwagi, na głowie ma narysowaną koronę;
- drugą osobą waloryzowaną jest koleżanka Weroniki narysowana jako druga, znalazła się na jej rysunku rodziny, co oznacza, że jest jej bardzo bliska;
- osobami dewaloryzowanymi są: ojciec dziewczynki i jej młodszą siostrą osoby te w ogóle nie zostały narysowane, nawet po zadaniu pytania: „Czy chciałabyś kogoś jeszcze narysować?”, odpowiedziała, że nie;
- osobą dewaloryzowaną jest również sama autorka narysowała siebie jako ostatnią, po lewej stronie kartki w części woda, czyli przeszłość;
- typ rysunku jest raczej racjonalny, chociaż sprawia wrażenie bardzo ciepłego, emocjonalnego;
- siła i rozmach kreski wskazują na powściągliwość i niepewność czynów dziecka;
- na kartce pozostało dużo białej, niewykorzystanej przestrzeni, co może świadczyć o ukrywaniu lęku;
- na samej górze kartki badana napisała swoje imię i umieściła je w ramce, co można odebrać jako prośbę o zwrócenie na siebie uwagi.

Na podstawie obserwacji, wywiadu, rozmowy z dziewczynką i oceny rysunku można stwierdzić, że dziecko czuje się osamotnione i odrzucone. W jej życiu wydarzyły się dwie ważne rzeczy: narodziny siostry, które odsunęły ją od matki, oraz pójście do szkoły, którą odbiera również jako barierę przed zbliżeniem się do najbliższych. Koleżanka badanej została narysowana obok mamy, co można zinterpretować, że jest ona substytutem siostry, która zajęła jej miejsce przy

mamie. W życiu Weroniki ojciec w ogóle nie jest obecny. Z wywiadu wynika, że pracuje od rana do wieczora, zatem dziecko pomija rolę ojca w swoim życiu, co tym bardziej umacnia ją w odrzuceniu i samotności. Weronika tęskni za czasami, kiedy była młodsza (dlatego narysowała siebie w tej części kartki) – wówczas czuła się bezpieczniejsza i bardziej zauważana oraz potrzebna. Wszystkie opisywane wyżej przeżycia sprawiają, że dziewczynka nie jest pewna siebie, ma obniżoną samoocenę, nie czuje wsparcia ze strony rodziny, po pewnym czasie uczęszczania do szkoły zaczęła się jąkać. Największy problem sprawia jej rozpoczęcie rozmowy, wydłuża pierwszy dźwięk lub powtarza pierwszą sylabę. Kiedy już rozpocznie, udaje się jej w miarę dość płynnie mówić, jednakże w sytuacji stresującej bądź zaskakującej ma trudności z wypowiedzeniem zdania. Zamyka się w sobie i rezygnuje z wypowiedzi.

Drugą opisywaną osobą jest chłopiec Łukasz, lat 6. Pochodzi z rodziny pełnej, jest jedynakiem. Chłopcem zajmuje się matka, która jest na rencie (wada serca). Rodzinę utrzymuje ojciec, który jest rolnikiem. Łukasz na początku badania stwierdził, że nie lubi rysować i niechętnie przystąpił do zadania. Podczas rysowania prosił o podanie gumki, dwa razy chciał zaczynać od początku. Pierwszą osobą, którą narysował, był ojciec (postać pierwsza od prawej), drugą osobą był sam badany (postać środkowa), a trzecią jego mama. Rysunek można ocenić następująco:

- poziom formalny rysunku jest adekwatny do wieku poznawczego dziecka;
- osobą waloryzowaną jest ojciec badanego, został narysowany jako pierwszy;
- osobą dewaloryzowaną jest matka dziecka, narysowana najpóźniej, podczas rysowania zdarzyło się chłopcu narzekać, że już nie chce rysować;
- typ rysunku jest zdecydowanie racjonalny, sprawia wrażenie bardzo surowego;
- siła i rozmach kreski wskazują na tłumione emocje, chłopiec ma silny temperament i jest dość pewny siebie;
- na kartce pozostało dużo białej, niewykorzystanej przestrzeni, co może świadczyć o ukrywanym lęku;
- podczas rysowania mama chłopca go pouczała, że ma się nie spieszyć i „ładnie” rysować, na co chłopiec odpowiedział: „Daj mi spokój, to ja

rysuję. Czy musisz się znowu odzywać?”; ojciec dziecka również pouczał syna, mówiąc, że ma być dokładny.

Na podstawie obserwacji, wywiadu, rozmowy z chłopcem i oceny rysunku można stwierdzić, że dziecku stawiane są zbyt wysokie wymagania w stosunku do jego osiągnięć w zerówce. Rodzice bardzo często kontrolują to, co syn robi. Wielokrotnie go poprawiają i pouczają, że ma daną czynność wykonać starannie i dokładnie. Chłopiec stara się bronić, na co wskazuje jego reakcja werbalna. Może się wydawać, że ojciec narysowany jako pierwszy jest tym, który najbardziej blokuje dziecko przed okazywaniem chłopięcej beztroski i chęci poznawania świata. Z kolei matka, którą Łukasz rysował już niechętnie, przypomina mu nieustanne strofowanie. Rysunek jest bardzo mało barwny, osobom brakuje ciepła, bliskości. Jedyne ciepło bije z narysowanego słońca oraz z machającej ręki chłopca. Można to odebrać jako prośbę, by spojrzeli na niego jako na dziecko, które ma prawo jeszcze się bawić. Niestety obecny stan pozostawia swoje odbicie w rozwoju emocjonalnym Łukasza. Badany czuje się wciąż oceniany; wie, że wiele się od niego wymaga, ponad wiek, i zdaje sobie sprawę, że oczekiwania rodziców przewyższają jego możliwości. Na podstawie rozmowy z matką można wywnioskować, że ta nie zdawała sobie sprawy, że przyjęła postawę nadmiernie wymagającą. Sama pochodzi z rodziny, w której domino wało wyższe wykształcenie, którego z uwagi na chorobę nie udało się jej uzyskać i być może dlatego zaczęła przekładać marzenia o swoim wykształceniu na syna. Z kolei ojciec uważał, że syna należy pilnować i nie pozwalać mu na samowolne zabawy, jego zdaniem wszystko powinno być pod kontrolą. Można przypuszczać, że taki prezentowany styl wychowania stał się przyczyną jękania kłoniczno-tonicznego u chłopca.

## Podsumowanie

Wykorzystanie Rysunku Rodziny w badaniu dziecka jękającego się umożliwia poznanie jego lęków oraz ukrywanych emocji, przeżyć, a także potrzeb. Ujawnia również ucieczkę przed czymś nieprzyjemnym. Rysunek Rodziny uzewnętrznia to, czego dziecko nie potrafi wyrazić za pomocą słów. Jego zastosowanie ma zatem szczególne znaczenie w przypadku dziecka jękającego się.

W artykule przedstawiono dwa studia przypadków dzieci, u których zdiagnozowano jękanie. Na podstawie analizy rysunków można wysunąć wniosek, że mowa stanowi odzwierciedlenie dla sfery emocjonalnej jękających się dzieci. Jedno z przedstawionych dzieci borykało się z samotnością i odrzuceniem,



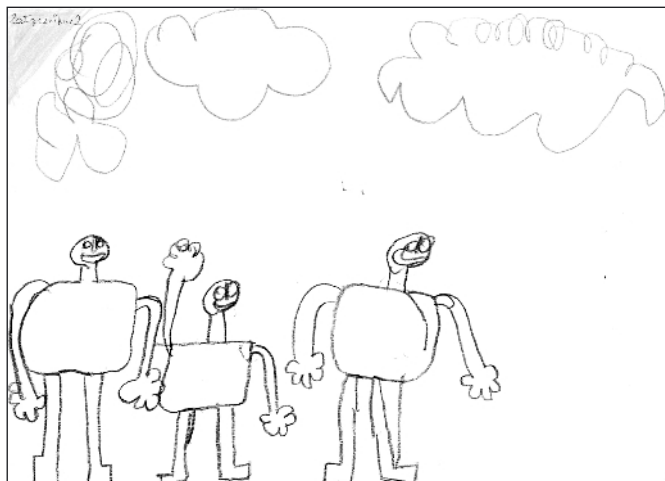
drugie z kolei zmagало się z postawami nadmiernie wymagającymi ze strony rodziców.

Uważa się, że Rysunek Rodziny można stosować w diagnozie jękania jako metodę wspierającą ów proces. Warto jednak pamiętać, że nie można oceniać rysunku bez wcześniejszego wywiadu i obserwacji podczas rysowania.

### Załącznik 1.



### Załącznik 2.



## Bibliografia

- Błażnio A., Przepiórka A., 2012: *Jękanie jako zaburzenie z perspektywy psychologicznej: przegląd badań*. „Psychologia Jakości Życia”, t. 11, nr 2, s. 211–222.
- Braun-Gałkowska M., 1985: *Test Rysunku Rodziny*. Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin.
- Chęć M., 2005: *Cała prawda o jękanii*. „Psychologia w Szkole”, nr 3, s. 127–140.
- Chęć M., 2012: *Jękanie. Diagnoza-Terapia-Program*. Impuls, Kraków.
- Filipiak E., 2002: *Konteksty rozwoju aktywności językowej dzieci w wieku wczesnoszkolnym*. Wydawnictwo Uczelniane Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz.
- Frydrychowicz A., 1996: *Rysunek Rodziny. Projekcyjna metoda badania stosunków rodzinnych*. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej, Warszawa.
- Hamerlińska-Latecka A., 2012: *Dyslalia. Psychospołeczny aspekt terapii logopedycznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz.
- Hurlock E., 1985: *Rozwój dziecka*. PWN, Warszawa.
- Głogowski K., 1969: *Jękanie w aspekcie zdeintegrowanej osobowości*. „Logopedia”, nr 8-9, s. 58–70.
- Jurkowski A., 1975: *Ontogeneza mowy i myślenia*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
- Kalinowska-Tomala J., Pawłowska B., 2011: *Udział graficznych technik projekcyjnych w diagnozie zaburzeń psychicznych*. „Current Problems of Psychiatry”, No. 12, s. 175–178.
- Łosiak W., 2005: *Projekcja*. W: Siuta J., red.: *Słownik psychologii*. Wydawnictwo Zielona Sowa, Kraków, s. 201–202.
- Milewski S., 2004: *Mowa dorosłych kierowana do niemowląt. Studium fonostatyczno-fonotaktyczne*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- Sawa B., 1990: *Uwarunkowania i konsekwencje psychologiczne zaburzeń mowy u dzieci*. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Szamburski K., 1996: *Nerwica jękania – inny sposób spojrzenia na problem niepełności mówienia*. „Logopedia”, nr 23, s. 191–213.
- Szamburski K., 2012: *Diagnoza niepełności mówienia*. W: Czaplewska E., Milewski S., red.: *Diagnoza logopedyczna*. GWP, Sopot.
- Tarkowski Z., 1999: *Jękanie*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Tarkowski Z., 2003: *Jękanie. Giełkot*. W: Gałkowski T., Jastrzębowska G., red.: *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. T. 2: *Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci i osób dorosłych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole.
- Vasta R., Haith M.M., Miller S.A., 1995: *Psychologia dziecka*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
- Zaleski T., 2002: *Opóźnienia w rozwoju mowy*. Polski Związek Wydawnictwa Lekarskiego, Warszawa.
- Ziemska M., 1973: *Postawy rodzicielskie*. Wydawnictwo Pedagogiczne, Warszawa.

## Streszczenie

Rysunek Rodziny to metoda projekcyjna badająca nieświadome obszary psychiki. Test ten pozwala na zebranie wielu informacji o badanym i jego relacjach rodzinnych. Dzięki tej metodzie poznaje się miejsce dziecka w rodzinie nie takim, jakie jest obiektywnie, ale takim, jakie samo sobie przypisuje. Przyjmując, że rodzina jest jednym z najważniejszych czynników umożliwiających rozwój mowy dziecka, zakłada się, że metoda, jaką jest Rysunek Rodziny, wykorzystana w diagnozie dzieci jękających się daje możliwość przyjrzenia się przyczynom wymienionego zaburzenia mowy.

## Summary

The Family Drawing method is a projection method used to investigate subconscious areas of the psyche. This test allows a diagnostician to collect a multitude of information about the child and his/her family relations. The method helps to establish the child's position in the family as perceived by the child him-/herself. Recognizing that the family is one of the most important factors in the development of the child's speech, it is assumed that the Family Drawing method will provide the diagnostician with an opportunity to look closely at the causes of the disorder in the children who stutter.



## ***Terapia jękania dziecka w wieku szkolnym z zespołem Downa – studium przypadku\****

*Stuttering treatment for a school-age child with Down syndrome – a case study*

### **Wprowadzenie**

Wiedza na temat optymalnych metod terapii jękania oraz ich skuteczności w przypadku dzieci z zespołem Downa (ZD) jest na ten moment dość ograniczona, pomimo szacowanego na 21–48% rozpowszechnienia tego zaburzenia wśród tej populacji (Bloodstein, Bernstein Ratner, 2008). W literaturze przedmiotu można znaleźć również sugestie, że u osób z zespołem Downa mogą występować objawy gielkotu (van Borsel, Vandermulen, 2008; van Borsel, Tetnowski, 2007) oraz że w tej grupie osób rozpowszechnione jest współwystępowanie opóźnień mowy i języka (Manning, 2001; Paul, 2001). Dotyczy to także dzieci z niepełnosprawnością intelektualną lub innymi zaburzeniami genetycznymi (np. zespołem łamliwego chromosomu X lub zespołem Pradera–Williego) (van Borsel, Tetnowski, 2007).

Badania sondażowe wskazują, że wobec dzieci z zespołem Downa (Bray, 2003) logopedzi stosują szeroką gamę podejść – od metod terapii bezpośredniej: *mówienia bardziej płynnego* lub *warunkowania behawioralnego*, jak na przykład w Lidcombe Program (ang. *Lidcombe Program of Early Intervention*) (Onslow, Packman, Harrison, 2003), do metod pośrednich, takich jak praca nad środowiskiem komunikacyjnym czy podejście interakcyjne rodzic–dziecko (Bray, 2003). Od kilku lat trwa debata – w odniesieniu do *mówienia bardziej płynnego* – czy dzieci z zespołem Downa powinny być uczone technik upłynniających mówienie. Monica Bray (2003) twierdzi, że logopedzi są zaniepokojeni brakiem umiejętności generalizowania nabywanych umiejętności. Ponadto niektórzy

---

\* Materiał jest skróconą wersją artykułu autorstwa Jessicy Harasym i Marilyn Langevin opublikowanego w wersji oryginalnej (w języku angielskim) w 2012 roku w „Journal of Fluency Disorders” pod tytułem: *Stuttering treatment for a school aged child with Down syndrome: A descriptive case report*. Przedruk za zgodą autorek i wydawcy JFD.

logopedzi uważają, że stosowanie technik płynności u dzieci z zespołem Downa może być niewskazane, gdyż nacisk kładziony na uzyskanie kontroli nad płynnością mowy przy jednoczesnych niepełnych możliwościach lingwistycznych oraz słabej autokontroli może prowadzić do porażki, zwątpienia we własne możliwości oraz pogorszenia samooceny. Podobnie Judith Eckardt (2008) ostrzega, że „łagodne starty” czy „inne techniki modyfikowania jąkania” mogą być zbyt trudne i mogą spowodować frustrację oraz pojawienie się wstydu z powodu własnego jąkania. Sugeruje ona jednak, że pomocne może być uczenie zwolnionego tempa mowy wraz z technikami frazowania (ang. *phrasing*) oraz używania pauz. Niektórzy badacze z kolei w pełni popierają bezpośrednią naukę technik upłynniających mowę. Odwołując się na przykład do badań Eugene’a B. Coopera (1986), Waltera Manninga (2001), Bruce’a Ryana i Barbary Ryan (1995) oraz Charlesa Healeya, Roberta Reida i Josepha Donahera (2005), zalecają użycie technik kształtowania płynności mówienia w terapii dzieci z zespołem Downa (np. zwalnianie tempa mowy i delikatne starty). Sugerują oni również modyfikowanie długości i poziomu skomplikowania wypowiedzi, odpowiednio systematyczne prowadzenie ćwiczeń w sytuacjach ustrukturyzowanych oraz nieustrukturyzowanych (czyli podczas sesji terapeutycznych oraz w domu i w szkole). Zalecają także, by rodzice, nauczyciele oraz personel szkolny byli zaangażowani w utrwalanie użycia technik płynności mówienia. Mimo iż wydaje się, że istnieje więcej argumentów za użyciem w terapii dzieci z zespołem Downa technik *mówienia bardziej płynnego* niż zastrzeżeń wobec ich stosowania, to jednak dostępnych jest stosunkowo niewiele wyników badań nad efektywnością tego podejścia terapeutycznego u dzieci z ZD.

## Badania własne

Celem podjętego badania było opisanie postępów w terapii jąkania prowadzonej z dziewczynką z zespołem Downa w wieku szkolnym, u której występowało opóźnienie rozwoju językowego i języka. Mierzenie postępów w terapii uwzględniało redukcję objawów jąkania oraz percepcję rodziców i dziecka związaną z wpływem terapii na pewność siebie dziewczynki, jej samoocenę, obniżenie poziomu lęku oraz chęć brania udziału w interakcjach społecznych. Autorki były zainteresowane ustaleniem, czy jest możliwe, że w wyniku zastosowania terapii wystąpią negatywne skutki w odniesieniu do wymienionych powyżej kwestii (zmiennych).

## Zastosowana metodologia

Sara, dziewczynka w wieku 8 lat i 10 miesięcy, na początku badania prezentowała nasilony poziom jękania, charakteryzujący się powtarzaniem części słów, niemymi oraz słyszalnymi prolongacjami. Często objawy zająknięć występowały na kilku sylabach w jednym słowie. Wśród cech drugorzędowych jękania widoczne było napięcie w okolicy ust oraz otwieranie ust podczas momentów zająknięcia. Podczas badania płynności mowy Sary, które miało miejsce dwa miesiące przed rozpoczęciem terapii, jej jękanie plasowało się pomiędzy 29,8% sylab zająkniętych (ang. *syllables stuttered* – SS) w próbie czytania a 54,7% SS podczas dialogu. Odpowiedzi Sary na pytania z kwestionariusza *Samoocena skutków jękania – wersja dla dzieci* (ang. *Self-Rating of Effects of Stuttering – Children*) (Langevin, Kully, 1997) wskazywały, że jękanie miało negatywny wpływ na jej życie w szkole i w domu. Podczas badania mama Sary wspomniała, że jękanie jest dla dziewczynki frustrujące i prowadzi do unikania niektórych sytuacji. Zważywszy na obecność tych czynników oraz brak przyspieszonego tempa mowy, u dziecka stwierdzono występowanie jękania. Kiedy Sara została skierowana na konsultację logopedyczną, jękanie w jej mowie było obecne od prawie roku. Sara nie uczęszczała wcześniej na terapię z powodu jękania, ale od czasu przedszkola była objęta opieką logopedyczną w związku z opóźnionym rozwojem mowy. Wyniki badania logopedycznego przeprowadzonego w wieku 5 lat i 2 miesięcy wskazywały łagodne opóźnienie w zakresie artykulacji. Badanie sprawności językowej wykonane narzędziem *Clinical Evaluation of Language Fundamentals – Preschool 2* – CELF-P2 (Wiig, Secord, Semel, 2004) w wieku 5 lat i 9 miesięcy wskazało umiarkowane opóźnienia funkcji nadawczych i odbiorczych. Wynik dotyczący opanowania struktur językowych plasował się na poziomie silnego. Mama Sary poinformowała również, że od czasu operacji usunięcia migdałków w wieku 7 lat mowa Sary jest silnie unosowiona. Mimo iż podczas badania płynności mowy w wypowiedziach Sary występowały deformacje (zniekształcenia) oraz substytucje, jej mowa była zrozumiała. Matka poinformowała również, że aż do drugiej klasy dziewczynka uczęszczała na terapię w celu pracy nad wadami artykulacyjnymi. Późniejsza terapia koncentrowała się na rozwijaniu językowych umiejętności nadawczych i odbiorczych.

Na początku terapii Sara była uczennicą klasy trzeciej w szkole masowej z programem przystosowanym do wspierania jej specjalnych potrzeb edukacyjnych. Na podstawie informacji od rodziców ustalono, że w badaniu psycho-

pedagogicznym na zakończenie trzeciej klasy wynik ilorazu inteligencji (IQ) Sary wyniósł 69 punktów, co wskazuje na łagodne zaburzenie intelektualne (American Academy of Pediatrics, 2011). Rodzice Sary wspierają jej potrzeby komunikacyjne i edukacyjne. Sara jest starszą z dwójki dzieci.

## Terapia

W terapii został użyty model sekwencyjny (Bernstein Ratner, 1995) – terapia językowa została zawieszona do czasu zakończenia terapii jękania. W piątej fazie terapii (zobacz poniżej) mama Sary otrzymywała wsparcie w postaci konsultacji w celu pomocy córce w jej ciągłym rozwoju językowym.

Programowanie terapii oparte było przede wszystkim na zastosowaniu *Kompleksowego programu terapii jękania dla dzieci w wieku szkolnym* (ang. *Comprehensive Stuttering Program for Children – CSP-SC*) (Kully, Boberg, 1991; Langevin, Kully, Ross-Harold, 2007). CSP-SC jest zintegrowanym programem, który bezpośrednio bada jękanie i jego następstwa społeczne oraz emocjonalne. Zawiera on również trening monitorowania własnej mowy oraz prowadzenia terapii w domu dla rodziców. Opanowywanie umiejętności upłynniania mowy oraz korygowania zająknięć są wykorzystywane w celu zredukowania jękania. W programie CSP-SC rodzice stosują warunkowanie za pomocą informacji zwrotnych (ang. *contingencies*) dla płynnej mowy uzyskiwanej poprzez użycie technik płynnego mówienia oraz warunkowania dla jękania (np. prośba o skorygowanie zająknięcia). Rodzice prowadzą również codzienne ogólne pomiary płynności mowy w warunkach domowych (poza gabinetem logopedycznym). W roku 2004 do programu dodane zostało warunkowanie mowy płynnej bez używania technik płynności mówienia, a ogólna ocena jękania została zamieniona na numeryczne oceny nasilenia jękania przyznawane przez rodziców. Zmiany te zostały wprowadzone zgodnie ze wskazówkami twórców Lidcombe Program (Onslow, Packman, Harrison, 2003).

Program terapii Sary składał się z sześciu faz. Częstotliwość terapii zmniejszała się w zależności od fazy terapii. Podczas faz od I do V skupiano się na uzyskaniu płynności mówienia, wykorzystywaniu tej umiejętności w różnych sytuacjach, a następnie na utrwaleniu i doskonaleniu płynnej mowy. W fazie VI (okresie utrzymania wyników) sesje w gabinecie logopedycznym zostały zawieszone, a działania prowadzone wyłącznie w domu przez rodziców polegały na stopniowym wycofywaniu terapii.



Na przestrzeni 17 miesięcy Sara wzięła udział w 41 sesjach terapeutycznych, które trwały w sumie 43 godziny. Dziewczynka uczestniczyła w zajęciach zorganizowanych w szkole, podczas których zastosowano symulację pozwalającą na przeniesienie ćwiczeń do warunków panujących w klasie. Dodatkowo rodzice Sary wzięli udział w wizycie konsultacyjnej w szkole wraz z logopedą prowadzącym terapię (współautorką artykułu). Cztery miesiące po zakończeniu terapii nastąpiło spotkanie utrwalające, podczas którego zostały zebrane dodatkowe dane.

**Faza I: Uzyskanie umiejętności płynnego mówienia.** W fazie I Sara nauczyła się wydłużać (rozciągać) mowę do 40–60 sylab na minutę. Nauczyła się też następujących technik płynności: łatwego oddechu, delikatnego startu mowy, gładkiego połączenia i delikatnego kontaktu narządów artykulacyjnych. Techniki te zostały opisane bardziej szczegółowo w artykule Marylin Langevin i współpracowników (2007).

W czasie I fazy terapii oraz podczas intensywnych ćwiczeń w fazie II (opis poniżej) długość wypowiedzi i złożoność używanego języka ewoluowała, od krótkich, koncepcyjnie prostych wypowiedzi, do coraz trudniejszych, bardziej abstrakcyjnych konwersacji, które nie wykraczały poza możliwości rozwijających się umiejętności językowych Sary. Zróżnicowana była również spontaniczność ćwiczeń. Rozpoczynano od bardzo ustrukturyzowanych ćwiczeń w mowie, stopniowo przechodząc do naturalnych dialogów. Celem tych zabiegów było ułatwienie dziecku przejścia do używania umiejętności płynnego mówienia w naturalnych sytuacjach. Sara była chwalona za spontaniczne używanie „rozciągania” mowy podczas ćwiczeń lub przed, lub po nich.

Dodatkowo, oprócz wymienionych technik płynnego mówienia, Sara uczyła się również modyfikować momenty zajknięcia poprzez użycie autokorekty. Aby wykonać taką autokorektę, dziewczynka musiała nauczyć się rozluźnić (obniżyć napięcie), a następnie wziąć wdech i rozpocząć wypowiedź przy użyciu delikatnego startu. Technika ta wymaga opanowania umiejętności samokontrolowania płynności, a szczególnie umiejętności samodzielnego identyfikowania i modyfikowania momentu zajknięcia.

Mama Sary nauczyła się modelować stosowanie technik płynności mówienia oraz wdrażać codzienne ćwiczenia w domu, tak by ułatwić generalizację w naturalnym środowisku nabywanych przez dziecko kompetencji. W tej fazie ćwiczenia składały się z krótkiej rozgrzewki używania technik płynności w poje-

dynczych słowach i krótkich frazach, po czym następowały ćwiczenia używania technik płynności w zdaniach o zróżnicowanym poziomie długości i złożoności, odpowiednim do uzyskiwanych efektów. Kiedy Sara zaczęła spontanicznie używać rozciągnięć podczas ustrukturyzowanych ćwiczeń w gabinecie i w domu, była za to chwalona. Mama Sary nauczyła się też skalować nasilenie jej jękania (na skali od 1 do 10, gdzie 1 oznaczało brak jękania, a 10 najsilniejsze jękanie, jakie można sobie wyobrazić). Codzienne oceny były odnotowywane przez matkę. W tej fazie tata Sary wziął udział w jednej z sesji terapeutycznych, by zaznajomić się z technikami płynności.

**Faza II: Intensywne ćwiczenia umiejętności płynnego mówienia.** Sara i jej mama brały udział w spotkaniach terapeutycznych raz w tygodniu – sesje trwały godzinę (pięć sesji). Podczas tych sesji ćwiczenia z wydłużania (rozciągania) mowy odbywały się w tempie 60–90 sylab na minutę. Zwiększony został poziom trudności oraz długość wypowiedzi (np. opisywanie obrazków, odpowiadanie na bardziej złożone pytania itd.). Mama Sary nauczyła się modelowania rozciągnięć w tempie 60–90 sylab na minutę oraz udzielania informacji zwrotnej w odpowiedzi na wypowiedzi bez zastosowania mowy rozciągniętej (np.: „Czy możesz to powiedzieć jeszcze raz, rozciągając mowę?”) oraz zająkniętej podczas codziennych zajęć w domu. Dla przykładu, prosiła o autokorektę, używając zwrotów typu: „Powiedzmy to bardziej gładko” lub „Czy możesz to rozciągnąć?”. Zachowana była proporcja 10 pochwał za mowę rozciągniętą do jednej prośby o poprawienie mowy niewydłużanej lub zająkniętej. Matka zaczęła również chwalić spontaniczne użycie przez dziewczynkę rozciągniętej mowy w naturalnych wypowiedziach. Aby ułatwić formułowanie wypowiedzi oraz rozwijać umiejętność radzenia sobie z presją czasu, Sara opanowywała również zasadę 3Z (ang. *3T: Think, Take a breath, Talk using Fluency Skills*). Zasada 3Z jest stosowana w celu polepszania płynności mówienia, pomaga dzieciom radzić sobie z wymaganiami językowymi oraz z presją czasu. Składa się z trzech sekwencyjnych elementów: *Zastanów się, Zacerpnij powietrze, Zaczynij mówić, wykorzystując techniki płynnego mówienia* (lub *gładką mowę* w późniejszym stadium terapii). Wdrażając pierwszy element zasady: *Zastanów się*, dzieci są zachęcane do pomyślenia o zastosowaniu pauzy, zanim zaczną mówić, zastanowienia się nad tym, co chcą powiedzieć i jak to powiedzą oraz jakich technik użyją.

**Faza III: Przenoszenie umiejętności (transfer).** Podczas tej fazy Sara uczestniczyła w siedmiu sesjach terapeutycznych (w sumie dziewięciu godzinach terapii). *Mówienie bardziej płynne* było ćwiczone w tempie 90–120 sylab na minutę w różnych sytuacjach i z różnymi osobami. Sara bawiła się w poszukiwanie skarbów lub przeprowadzała inspekcje z pracownikami poradni oraz wzięła udział w dwóch symulacjach dni w szkole z udziałem innych jękających się dzieci. Mama Sary uczyła się, jak stosować pochwały za płynność mowy osiągniętej dzięki zastosowaniu technik płynności lub bez ich pomocy. Mówiła na przykład: „To było powiedziane gładko”, jeśli mowa Sary była płynna. Mama Sary nauczyła się planować i wdrażać ćwiczenia związane z transferem nabywanych przez dziewczynkę umiejętności. Ponieważ Sara doświadczała dokuczania ze strony kolegi w klasie, wzięła udział w dyskusji innych dzieci, które uczestniczyły w intensywnym programie terapii grupowej. W toku realizacji CSP-SC odbywają się dyskusje na temat dokuczania i znęcania się (np. czym jest dokuczanie, dlaczego dzieci dokuczają, jak czuje się ofiara dokuczania, możliwe strategie reakcji na dokuczanie). Rodzice również biorą udział w tych dyskusjach, by mogli jak najlepiej pomagać swojemu dziecku radzić sobie z dokuczaniem.

**Faza IV: Utrwalanie *mówienia bardziej płynnego* oraz trening pracowników szkoły.** W tym okresie Sara uczęszczała na terapię dwa razy w miesiącu przez okres siedmiu miesięcy (w sumie 16 spotkań). Logopeda zaaranżował też spotkanie z rodziną Sary i pracownikami szkoły. Podczas tej fazy *mówienie bardziej płynne* było ćwiczone w tempie około 120 sylab na minutę. Sesje w gabinecie logopedycznym oraz ćwiczenia w domu skupiały się na uzyskiwaniu płynności w mowie Sary w różnorodnych sytuacjach i w rozmowach z różnymi osobami. Dodatkowo została wprowadzona strategia wspomagająca samokorektę. Sara uczyła się bycia „spokojną i rozluźnioną”, a jej mama uczyła się ją za to chwalić. Mama Sary dalej modelowała i wzmacniała jej użycie strategii 3Z. Inni dorośli w środowisku Sary również byli uczeni tych strategii. Dodatkowo uczyli się wydłużać mowę, aby móc modelować zwolnione tempo mowy i wspierać płynność Sary w domu i w szkole. Podczas tej fazy udział w sesjach brali tata Sary oraz jej asystent szkolny. Również logopeda Sary brała udział w spotkaniach w szkole dziewczynki, by udzielić wsparcia nauczycielowi.

**Faza V: Udoskonalenie *mówienia bardziej płynnego* i programowania w domu.** W tej fazie Sara uczęszczała na sześć jednogodzinnych sesji terapeutycznych przez osiem miesięcy (sesje mniej więcej co miesiąc). Terapia skupiała się na doskonaleniu *mówienia bardziej płynnego* i, w konsultacji z mamą Sary, dalszej adaptacji programowania dostosowanego do potrzeb Sary. Matka planowała ćwiczenia transferu zaprojektowane tak, by pomóc Sarze być bardziej płynną w różnych środowiskach. Logopedzi udzielali matce wsparcia w postaci konsultacji, by pomóc jej zaadaptować ćwiczenia wspierające rozwój językowy Sary w odniesieniu do rozwijających się kompetencji językowych. Przykładowo, podczas ćwiczeń umiejętności budowania bardziej rozwiniętych opisów i używania oraz rozumienia pytań (np.: jak?, dlaczego?, kiedy?) mama Sary podpowiadała jej ramowe składniki takich wypowiedzi. Na koniec tej fazy dokonano oceny umiejętności opanowanych w czasie całej terapii.

**Faza VI: Utrzymywanie efektów i spotkanie kontrolne.** W tym okresie mama Sary zaczęła wycofywać ćwiczenia bezpośrednie i pochwały za płynną mowę. Logopeda była do dyspozycji matki w razie potrzeby dodatkowych konsultacji. Uzupełniające pomiary zostały zebrane na końcu okresu utrzymywania efektu, cztery miesiące po terapii.

### **Adaptacje programu zainicjowane przez dziecko**

Ze sprawozdania rodziców wynika, że Sara często samodzielnie rozgrzewała się i ćwiczyła *mowę bardziej płynną*. Inicjowała i wykonywała swoje własne ćwiczenia. Działo się to podczas trwania programu terapii. Często można też było usłyszeć, że dziewczynka używa technik *mówienia bardziej płynnego* podczas zabawy (np. kiedy bawiła się w szkole).

### **Pomiary wyników terapii**

**Pomiary mowy.** Pomiary częstotliwości sylab zająkniętych (% SS) oraz sylab wypowiedzianych na minutę były wykonywane podczas rozmów w gabinecie oraz czytania nagranego kamerą przed terapią, po terapii i na spotkaniu kontrolnym. Nagrano też próbkę wypowiedzi w domu przed terapią (nagranie audio) i podczas spotkania kontrolnego (nagranie wideo). Częstotliwość zająknięć i wypowiedzianych sylab była mierzona z użyciem elektronicznego narzędzia z guzikiem i czasomierzem (Boberg, Kully, 1985). Każda sylaba była liczona tylko raz,

bez względu na to, czy była zająknięta, czy nie. Pauzy o długości ponad jedną sekundę używane do formułowania wypowiedzi były pominięte. Tempo mowy było obliczane przez podzielenie wypowiedzianych sylab przez czas wypowiedzi. Korelacje wewnątrzklasowe zostały użyte do pomiaru rzetelności pomiędzy diagnostami (ang. *inter-rater reliability*) dla sylab zająkniętych na minutę w 75% próbek wypowiedzi. Korelacje wyniosły 0,99 dla obu pomiarów.

**Ocena stopnia nasilenia.** Mama Sary codziennie dokonywała pomiarów stopnia nasilenia jękania, używając opisanej wcześniej 10-punktowej skali. Korelacja wewnątrzklasowa poziomu rzetelności pomiędzy pomiarami dokonywanymi przez matkę Sary i logopedę w 79% zebranych danych wyniosła 0,96.

**Sprawozdanie Sary, rodziców i nauczyciela.** Przed rozpoczęciem terapii oraz na spotkaniu kontrolnym Sara wypełniła kwestionariusz *Samoocena skutków jękania – wersja dla dzieci* (ang. *Self-Rating of Effects of Stuttering – Children, SRES-C*) (Langevin, Kully, 1997). W kwestionariuszu używa się 7-punktowej skali w celu pomiaru wpływu jękania na różne aspekty życia, zarówno w szkole, jak i w domu (np.: „Jak bardzo twoje jękanie wpływa na... rozmawianie z rodziną..., rozmawianie ze znajomymi..., twoje wyniki w nauce?”). Odpowiedzi są zaznaczane na skali od 0 do 6 (0 = wcale, 1–2 = trochę, 3–4 = dość mocno, 5–6 = bardzo).

Na koniec terapii użyto również kwestionariusza opracowanego specjalnie na potrzeby tego badania w celu dokonania oceny opinii rodziców na temat postępów Sary w terapii. Porównano odpowiedzi uzyskane podczas spotkania kontrolnego z odpowiedziami sprzed terapii. Kwestionariusz badał również, jak bardzo terapia wpłynęła na poziom pewności siebie i samoocenę Sary, czy terapia podobała się Sarze, czy wywoływała u niej lęk. Możliwe były następujące opcje odpowiedzi dotyczących udziału w terapii: „nigdy”, „czasami”, „często” i „zawsze”. Opcje oceny poziomu lęku to: „brak lęku”, „niewielki poziom lęku”, „trochę lęku” lub „duży poziom lęku”. Opcje oceny wpływu terapii na samoocenę i poziom pewności siebie umieszczono na skali od „bardzo się zmniejszył” do „bardzo się zwiększył”. W tym kwestionariuszu mama Sary była również poproszona o skomentowanie wyzwań, którym stawiały czoła podczas terapii.

Użyto również kwestionariusza stworzonego przez ISTAR, stosowanego regularnie na koniec terapii w celu oceny umiejętności w mowie i zbadania ogólnego poziomu płynności i pewności siebie Sary w jej własnym odczuciu. Zakres odpowiedzi obejmował sformułowania od „bez zmian” do „znacznej

poprawę”. Podczas przeprowadzania badania kwestionariuszowego najpierw terapeuta wytłumaczył dziewczynce opcje odpowiedzi, a potem odczytywał pytania, a Sara dokonywała wyboru przez zaznaczanie swoich odpowiedzi kółkiem. Sara często dodawała komentarze do swoich odpowiedzi, by je uzasadnić (np. kiedy wybierała „bardzo dobre”, komentowała, że jej mowa była gładka).

Ostatni zastosowany kwestionariusz, również stworzony przez ISTAR, badał spostrzeżenia nauczycieli na temat płynności Sary w szkole, jej reakcje na trudności w mowie, trudności związane z odpowiadaniem na pytania i reagowaniem na presję czasu oraz na trudności, których doświadcza w innych sytuacjach. Przed rozpoczęciem terapii kwestionariusz został wypełniony przez nauczyciela Sary w trzeciej klasie, a po zakończeniu terapii przez jej nauczyciela z piątej klasy.

### **Uzyskane wyniki badań**

**Pomiary mowy i pomiary nasilenia dokonywane przez rodziców.** Sara zrobiła znaczące postępy w zakresie nabywania płynności i regulowania tempa mowy. W próbkach mowy zebranych w gabinecie logopedycznym jej jękanie zostało zredukowane z 59,25% sylab zająkniętych w pomiarze przed rozpoczęciem terapii do 6,35% sylab zająkniętych bezpośrednio po zakończeniu terapii i 0,80% zająkniętych w badaniu na spotkaniu kontrolnym. Jej tempo mowy wzrosło z 33,40 sylab na minutę przed terapią do 149,75 bezpośrednio po terapii i 182,85 na spotkaniu kontrolnym. Próbkę mowy nagrane w warunkach domowych wykazały redukcję nasilenia jękania z 28,9% sylab zająkniętych przed terapią do 1,3% sylab zająkniętych w momencie spotkania kontrolnego.

Pomiary nasilenia jękania czynione przez rodziców wahały się przez okres trwania terapii, jednak średnie wyniki tygodniowe Sary zmniejszyły się z 8,2 przed terapią do 2 na spotkaniu kontrolnym. Jej oceny w ostatnich pięciu tygodniach fazy utrzymania efektów (od oceny numer 92 do 96) odzwierciedlały większą stabilność w jej płynności – cztery z tych pięciu ocen miały wartość 2 i jedna ocena miała wartość 3 (średni wynik 2,25).

**SRES-C.** Na spotkaniu kontrolnym wyniki Sary pokazały znaczną poprawę w odniesieniu do negatywnych efektów, jakie jękanie miało na komunikację z rodziną i znajomymi. Podkreśliła, że nie martwiła się i nie przejmowała już swoim jękaniem. Mimo tych postępów jękanie dalej miało pewien wpływ na jej kontakty społeczne i wyniki w szkole.

**Ocena wpływu terapii dokonana przez rodzica i dziecko.** Wypowiedzi Sary i jej mamy wskazały, że terapia miała pozytywny wpływ na Sarę pod względem polepszenia jej pewności siebie i zwiększenia częstotliwości użycia technik terapeutycznych poza gabinetem logopedycznym. Według mamy Sary podniósł się poziom pewności siebie i samoocena dziewczynki oraz jej poziom zaangażowania w zajęcia. Według mamy dzięki terapii Sara nie odczuwała lęku i dziewczynka lubiła przychodzić na sesje.

**Ocena płynności według nauczyciela.** Ocena płynności mowy Sary dokonana przez jej nauczyciela również pokazała znaczącą poprawę pod względem ilości jękania w szkole. Według nauczyciela Sara nie miała już problemu z odpowiadaniem na pytania, radziła sobie z presją czasu i nie unikała mówienia. Wręcz przeciwnie, sama korygowała swoje zająknięcia. Jeśli chodzi o pozostałe trudności, Sara dalej miała problem z czytaniem na głos – miała tendencję do zbyt szybkiego czytania, co mogło doprowadzać do pojawiania się jękania.

**Relacje rodziców dotyczące napotykanых wyzwań.** Mama Sary przyznała, że trudno jej było znaleźć czas na codzienne ćwiczenia w domu oraz że trudne było nauczenie się dokonywania oceny płynności wypowiedzi Sary przy jednoczesnym skupianiu się na treści jej wypowiedzi. Przyznała też, że „ilość czasu, którą musiała poświęcić na skupianie się na potrzebach Sary, była tak znacząca, że pozostawało jej niewiele czasu dla rodzeństwa Sary” oraz że świadomość, iż była „jedyną osobą”, na której Sara mogła polegać w ciężkich chwilach, była wyzwaniem.

## Dyskusja

Wyniki tego opisowego studium przypadku sugerują, że terapia składająca się z połączenia bezpośredniego treningu płynności mówienia oraz prowadzonego przez rodziców warunkowania behawioralnego może być stosownym podejściem terapeutycznym dla jękających się dzieci z zespołem Downa w wieku szkolnym oraz że taka terapia może być przyjemnym doświadczeniem dla dziecka. Wyniki badań przeprowadzonych w gabinecie po upływie terapii wykazały 89-procentowy wzrost płynności mowy bezpośrednio po zakończeniu terapii oraz polepszenie wyników o 98,6% w próbkach wypowiedzi zebranych podczas spotkania kontrolnego. Ocena próbki mowy zebranej poza gabinetem wykazała 95,5-procentową poprawę (dla spotkania kontrolnego). Współtowarzyszący wzrost tempa mowy sugeruje, że poprawa płynności Sary nie była zagrożona jej nadmiernie wolnym tempem mowy oraz że dziewczynka była



bardziej skuteczna w komunikowaniu się. Poprawa płynności Sary jest zgodna z wynikami innych dzieci, które wzięły udział w badaniu CSP-SC mierzącym ich wyniki przed i po terapii, których rozwój, poza jąkaniem, przebiegał normalnie. Według danych zebranych od rodziców i nauczyciela wyraźnie zauważalne jest, że Sara lepiej funkcjonowała w szkole oraz że jej kontakty społeczne poprawiły się po zakończeniu terapii. Terapia nie była dla Sary uciążliwa, nie powodowała u niej reakcji lękowych – wręcz przeciwnie, była dla dziewczynki przyjemnym przeżyciem.

Pod względem wyzwań doznawanych przez rodziców mama Sary miała podobne doświadczenia do tych wspomnianych od lat przez rodziców typowo rozwijających się dzieci, które się jękają. Najbardziej powszechnym wyzwaniem dla rodziców jest przede wszystkim znalezienie czasu na codzienne ćwiczenia w domu. Pod tym względem wyniki w tym badaniu są zgodne z tymi przywoływanymi przez Saritę Koushik, Rosalee Shenker i Marka Onslowa (2009). Badacze ci opisują, że rodzice dzieci w wieku szkolnym, które biorą udział w Lidcombe Program (Onslow, Packman, Harrison, 2003), przyznali, że trudno jest im znaleźć czas na codzienne prowadzenie ustrukturyzowanych konwersacji.

Wyniki badań potwierdzają wcześniejsze rekomendacje w literaturze przedmiotu sugerujące, że technika mówienia bardziej płynnego może być skutecznym sposobem terapii jękających się dzieci z zespołem Downa.

Tłumaczenie: Marta Węsierska

## Bibliografia

- American Academy of Pediatrics, 2011: *Health supervision for children with Down syndrome*. „Pediatrics”, Vol. 107, s. 442–449.
- Bernstein Ratner N., 1995: *Treating the child who stutters with concomitant language or phonological impairment*. „Language, Speech, and Hearing Services in Schools”, Vol. 26, s. 180–186.
- Bloodstein O., Bernstein Ratner N., 2008: *A handbook on stuttering*. 6th ed. Thomson-Delmar, Clifton Park.
- Boberg E., Fong L., 1980: *Therapy program for young retarded stutterers*. „Human Communication”, Summer, s. 95–102.
- Boberg E., Kully D., 1985: *Comprehensive stuttering program*. College-Hill Press, San Diego.
- Borsel J. van, Tetnowski J.A., 2007: *Fluency disorders in genetic syndromes*. „Journal of Fluency Disorders”, Vol. 32, s. 279–296.
- Borsel J. van, Vandermulen A., 2008: *Cluttering in Down syndrome*. „Folia Phoniatria et Logopaedica”, Vol. 60, s. 312–317.



Bray M., 2003: *The nature of dysfluency in Down's syndrome*, [http://www.stammering.org/downs\\_survey.html](http://www.stammering.org/downs_survey.html) [marzec 2010].

Cooper E.B., 1986: *The mentally retarded stutterer*. W: St. Louis K., ed.: *The atypical stutterer: Principles and practices of rehabilitation*. Academic Press, Orlando, s. 123–154.

Eckhardt J., 2008: *Treating Down's children who stutter*, <http://www.mnsu.edu/comdis/isad11/papers/eckardt11.html> [marzec 2010].

Harasym J., Langevin M., 2012: *Stuttering treatment for a school aged child with Down syndrome: A descriptive case report*. „Journal of Fluency Disorders”, Vol. 37, s. 253–262.

Healey E.C., Reid R., Donaher J., 2005: *Treatment of the child who stutters with coexisting learning, behavior, and cognitive challenges*. W: Lees R., Stark C., eds.: *The treatment of stuttering in the young school-aged child*. Whurr Publishers, London, s. 178–196.

Koushik S., Shenker R., Onslow M., 2009: *Follow-up of 6-10-year-old stuttering children after Lidcombe Program treatment: A Phase I trial*. „Journal of Fluency Disorders”, Vol. 34, s. 279–290.

Kully D., 1986: *Counting guidelines*. Institute for Stuttering Treatment & Research, Edmonton.

Kully D., Boberg E., 1991: *Therapy for school-age children*. „Seminars in Speech and Language”, Vol. 12, s. 291–300.

Langevin M., Kully D., 1997: *Self rating of effects of stuttering – Children (SRES-C)* (unpublished questionnaire). Institute for Stuttering Treatment & Research, Edmonton.

Langevin M., Kully D.A., Ross-Harold B., 2007: *The comprehensive stuttering program for school-age children with strategies for managing teasing and bullying*. W: Conture E.G., Curlee R.F., eds.: *Stuttering and related disorders of fluency*. 3rd ed. Thieme, New York, s. 131–149.

Manning W., 2001: *Clinical decision making in fluency disorders*. 2nd ed. Singular, Thomson Learning Inc., Vancouver.

Onslow M., Packman A., Harrison E., 2003: *The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention: A clinician's guide*. Pro-Ed, Austin.

Paul R., 2001: *Language disorders from infancy through adolescence: Assessment and intervention*. 2nd ed. Mosby, St. Louis.

Ryan B.P., Ryan B.V.K., 1995: *Programmed stuttering treatment for children: Comparison of two establishment programs through transfer, maintenance and follow-up*. „Journal of Speech, Language, and Hearing Research”, Vol. 38, s. 61–75.

Wiig E.H., Secord W.A., Semel E., 2004: *Clinical evaluation of language fundamentals Preschool: Celf 2*. 2nd ed. Harcourt Assessment, San Antonio.

## Streszczenie

W opisywanym studium przypadku zaprezentowano wyniki terapii jękanącego się dziecka z zespołem Downa. Terapia składała się z połączenia podejścia *mówienia bardziej płynnego* (ang. *fluency shaping*) z wykorzystaniem tzw. werbalnych komentarzy rodziców dla mowy płynnej, wydłużonej i zająkniętej. Ocena mowy prowadzona w gabinecie bezpośrednio po zakończeniu terapii oraz podczas wizyty kontrolnej po czterech miesiącach wykazała poprawę w płynności z 89,0% do 98,6%. Próba wypowiedzi poza gabinetem logopedycznym wykazała poprawę o 95,5%. Po zakończeniu terapii badane dziecko wykazywało wyższy poziom pewności siebie, wyższą samoocenę oraz było bardziej aktywne i lepiej funkcjonowało w szkole. Wyniki sugerują, że stosowanie podejścia polegającego na kształtowaniu płynności mówienia połączonego z warunkowaniem prowadzonym przez rodziców może być korzystną formą terapii redukcji jękania u dzieci z zespołem Downa. Wyniki te sugerują potrzebę dalszych badań przy użyciu eksperymentalnej metody badawczej.

## Summary

The purpose of this study was to investigate therapy outcomes for a child with Down syndrome who received a combination of fluency shaping therapy and parent delivered contingencies for normally fluent speech, prolonged speech, and stuttered speech. In-clinic speech measures obtained at post-treatment and at 4 months follow-up reflected improvements in fluency of 89.0% and 98.6%, respectively. The participant's beyond-clinic follow-up sample reflected an improvement of 95.5%. Following treatment, the participant demonstrated improved self-confidence, self-esteem, and improved participation and functioning at school. Findings suggest that fluency shaping with parental contingencies may be a viable treatment approach to reduce stuttering in children with Down syndrome. Future research using an experimental research design is warranted.

## ***Jąkanie u dziecka z wadą wymowy – studium przypadku***

*Stuttering in a child with articulation problems – a case study*

### **Jąkanie**

Jąkanie to bardzo zmienne zjawisko, o wielu postaciach. Oto jedna z wielu jego definicji: „Jąkanie jest nie płynnością mówienia, spowodowaną nadmiernymi skurczami mięśni oddechowych, fonacyjnych lub artykulacyjnych, której [...] towarzyszą różnorodne reakcje indywidualne lub społeczne, zakłócające komunikację międzyludzką” (Tarkowski, 2001: 13). Zdaniem autora można je opisać jako funkcję niepłynności mówienia oraz reakcji jej towarzyszących (Tarkowski, 2001). Jąkanie jest zatem bardzo złożone, ale autor podanej wyżej publikacji za najważniejsze uznaje rozstrzygnięcie, czy jest to niepłynność zwykła, czy patologiczna. W tym celu radzi ustalić: nasilenie objawów (niepłynność prosta czy złożona), przyczyny (spastyczna czy niespastyczna) oraz reakcje osoby z jąkaniami na własną niepłynność (lękowa czy bezlękowa). U osób dorosłych, zgłaszających się na terapię logopedyczną, obserwujemy często pełną, utrwaloną postać jąkania. U dzieci, szczególnie w początkowym okresie rozwoju mowy, o utrwalonych nawykach w mówieniu nie może być jeszcze mowy, ale jeśli wystąpią liczne czynniki ryzyka i w swoim otoczeniu dziecko nie odnajdzie wystarczającego wsparcia, może dołączyć w późniejszym wieku do grupy osób z jąkaniami w pełni rozwiniętym. Odpowiednio wcześniej podjęte działania mogą dać dziecku szansę, by mówić płynnie. Badania wskazują bowiem, iż wczesna interwencja logopedyczna w jąkanii u małych dzieci jest skuteczna (Węsierska, 2012a).

### **Jąkanie u dzieci w wieku przedszkolnym – diagnoza i terapia**

Objawy niepłynności towarzyszą mowie człowieka na każdym etapie życia, jednakże w wieku przedszkolnym rozwijająca się mowa szczególnie jest podatna na zakłócenia płynności i wyrazistości. Sprawności: narządów mowy, słuchu fonemowego, funkcji pokarmowych, toru oddechowego, koordynacji

oddechowo-fonacyjnej, będące wówczas w trakcie rozwoju, warunkują zrozumiałość wypowiedzi. Kształtowanie się mowy dziecka trwa do ok. 6.–7. r.ż. (Czaplewska, 2012). Proces ten może utrudniać niepełność, którą obserwujemy zwykle u dzieci w wieku przedszkolnym (Węsierska, 2012b). Jąka się ok. 5% dzieci między 2. a 5. r.ż. (Węsierska, 2012b). U 75% dzieci jąkanie ustępuje samoistnie, częściej u dziewczynek (Węsierska, 2012b). Zadaniem logopedy jest więc prognozowanie, czy w danym wypadku nastąpi rozwój (do pełnego obrazu jąkania), czy też wycofanie się objawów (rodzaj przejściowych trudności). Dla rozróżnienia tych dwóch rodzajów niepełności w literaturze polskojęzycznej używa się ukutych przez Zbigniewa Tarkowskiego określeń: rozwojowa niepełność mówienia (RNM) oraz jąkanie wczesnodziecięce (JW) (Tarkowski, Humeniuk, Dunaj, 2011). Diagnostyka różnicowa, zaproponowana w podanej wyżej publikacji, opiera się na analizowaniu objawów niepełności pod względem jakościowym i ilościowym. Objawy decydujące o uznaniu niepełności za rozwojową to:

- powtarzanie słów wielosylabowych lub fraz,
- embolofazje,
- rewizje.

Objawy charakterystyczne dla jąkania wczesnodziecięcego to:

- powtarzanie głosek lub sylaby,
- przeciąganie głosek,
- blokowanie wypowiedzi,
- rozerwanie słowa.

Za badaczami anglojęzycznymi Zbigniew Tarkowski, Ewa Humeniuk i Jolanta Dunaj (2011) uważają, iż JW i RNM różni proporcja objawów: znaczna przewaga niepełności zwykłych (66% do 24%), właściwa dla RNM, oraz znaczna przewaga niepełności patologicznych (76% do 24%) w JW. W krytycznym dla jąkania okresie (5–6 lat) RNM zanika, JW zaś utrwała się (Tarkowski, Humeniuk, Dunaj, 2011). Częstotliwość niepełności, mieszczącą się w granicach normy, po wielu sporach naukowych ustalono na 3%. Określenie stopnia nasilenia jąkania jest możliwe w odniesieniu do podziału ustalonego w literaturze polskojęzycznej na: 3%–10% – stopień lekki, 10%–20% – umiarkowany, powyżej 20% – ciężki (Woźniak, 2008; Węsierska, 2012c), lub anglojęzycznej odpowiednio: 3%–7%, 7%–14%, powyżej 15% (Kelman, Nicholas, 2013; Węsierska, 2012c). Liczba sylab w analizowanych próbkach mowy nie została jednomyślnie usta-

lona, rozpiętość wypowiedzi waha się od 100 do 500 słów i obejmuje głównie dialogi, w których najczęściej ujawnia się nie płynność mowy (Tarkowski, Humeniuk, Dunaj, 2011).

Etiologia jąkania nie została w pełni dowiedziona, jeżeli jednak uznamy, że jest ono uwarunkowane wieloczynnikowo, powinniśmy zwrócić uwagę na predysponujące, zdaniem Elaine Kelman i Alison Nicholas (2013), czynniki ryzyka (ze sfer: fizjologicznej [biologicznej] i lingwistycznej) oraz czynniki mające wpływ na stopień nasilenia i uporczywość jąkania (ze sfer: psychologicznej i środowiskowej [społecznej]<sup>1</sup>). Zbigniew Tarkowski grupuje je następująco:

- biologiczne – napięcie mięśniowe, współruchy, objawy wegetatywne, dyskoordynacja oddechowo-fonacyjno-artykulacyjna, leworęczność, asymetria, dziedziczność,
- lingwistyczne – typ nie płynności; długość, konstrukcja gramatyczna i semantyczna wypowiedzi; spójność tekstu; sprawność językowa,
- psychologiczne – tempo myślenia i mówienia, świadomość, lęk, niepokój, złość, stres, frustracja,
- społeczne – reakcje na nie płynność mówienia, przebieg konwersacji, bariery komunikacyjne (Tarkowski, Humeniuk, Dunaj, 2011).

Elaine Kelman i Alison Nicholas (2013) podają ponadto:

- fizjologiczne – mózgowie różnice strukturalne i funkcjonalne u osób z jąkaniem i mówiących płynnie; sprawność narządów mowy; płeć,
- lingwistyczne – sprawność artykulacyjna,
- psychologiczne – temperament,
- środowiskowe – styl komunikowania się i rodzaj interakcji rodzic–dziecko.

Jak wynika z badań, problemem w mówieniu u dzieci w wieku przedszkolnym, któremu najczęściej towarzyszą wady wymowy – występującym u 30%-40% badanych – jest jąkanie (Tarkowski, Humeniuk, Dunaj, 2011). W badaniach anglojęzycznych nad kompetencjami językowymi dzieci z jąkaniem i płynnie mówiących – wymienionych przez Kelman i Nicholas (2013) – nie wykazano

---

<sup>1</sup> Różnice terminologiczne – określenia: *fizjologiczne* i *środowiskowe* występują u Elaine Kelman i Alison Nicholas (2013), *biologiczne* i *społeczne* u Zbigniewa Tarkowskiego (2011).

znaczących różnic, choć mogą one występować w zakresie poszczególnych sprawności językowych. W badaniach nad związkiem jąkania i trudności artykulacyjnych – jak podają autorki – jednoznacznych wyników nie uzyskano, niektórzy badacze wskazują natomiast na zależność sprawności fonologicznej i utrzymywania się nie płynności. Badania dzieci polskojęzycznych (Tarkowski, Humeniuk, Dunaj, 2011) wykazały zaś, że dzieci z jąkaniami mają „istotnie niższą sprawność językową” niż dzieci mówiące płynnie (w podteście zdolności komunikowania się), ich wypowiedzi mają uboższą strukturę semantyczną, są mniej spójne treściowo, mniej płynne semantycznie, krótsze i zawierają więcej równoważników niż zdań złożonych. Ponieważ jedną z przyczyn występowania wad wymowy jest obniżona sprawność narządów mowy, przytoczę jeszcze wyniki badań cytowane przez Kelman i Nicholas (2013): u dzieci z jąkaniami sprawność narządów mowy może być zmniejszona; mogą wystąpić trudności w stabilizowaniu i kontrolowaniu ruchów krtani, także podczas płynnych wypowiedzi. Wiadomo również, iż mowa dzieci w wieku przedszkolnym często odbiega od normy nie tylko z powodu nieprawidłowości artykulacyjnych, może ona wykazywać cechy opóźnienia lub innych zaburzeń (np. SLI, ADHD, autyzmu). Wydaje się więc uzasadnione twierdzenie, iż wady wymowy, towarzyszące jąkaniami, powinny podlegać terapii podobnie jak inne problemy w komunikacji językowej, gdyż mają wpływ na sprawne i skuteczne porozumiewanie się. Pewną trudność stanowi jednak podjęcie decyzji: rozpocząć od terapii jąkania czy od innych problemów w mowie.

Autorzy publikacji *Jąkanie w wieku przedszkolnym* (Tarkowski, Humeniuk, Dunaj, 2011) postulują objęcie terapią logopedyczną wszystkich dzieci wykazujących nie płynność w mowie. Również Carl W. Dell jest zdania, iż nie ma nic złego w postawieniu diagnozy „na wyrost”, gdyż terapia oparta na zabawie i nieoddziałująca bezpośrednio na jąkanie może przynieść korzyści również dzieciom mówiącym płynnie. Choć ze względów praktycznych nie jesteśmy w stanie objąć terapią wszystkich dzieci z nie płynnością mowy, warto postarać się o działania profilaktyczne, gdyż – jak pisze Dell (2008: 13) – „wczesna interwencja [...] pozwala co najmniej zahamować niekorzystny bieg wydarzeń, prowadzący do pogłębiania się trudności”. Działania owe można zaliczyć do profilaktyki pierwszo-, drugo- i trzeciorzędowej, przy czym profilaktyka pierwszorzędowa polega na upowszechnianiu wiedzy logopedycznej wśród rodziców, lekarzy pediatrów, personelu przedszkolnego; drugorzędowa na identyfikacji problemu (przesiew, monitoring, porady dla rodziców, ewentualnie wczesna interwencja logopedyczna); trzeciorzędowa natomiast to dbałość

o dobre relacje i skuteczną współpracę z rodziną i nauczycielami (Węsierska, 2012a). Współpraca, nie *praca*, z rodzicami, powinna być naszym celem, bo – jak twierdzą specjaliści w terapii metodą Lidcombe – „logopedzi są ekspertami w terapii jąkania wczesnodziecięcego, ale rodzice są ekspertami w zakresie swoich dzieci” (Onslow, 2003 [za:] Jeziorczak, Węsierska, 2011a). Jest to relacja partnerska, ale często rodzice oczekują innej: logopeda ma działać jak serwis, a rodzic ma odebrać „naprawione” dziecko. Bywa, że rodzice, skierowani do logopedy przez nauczyciela bądź pediatrę, deklarują współpracę, ale w rzeczywistości nie podejmują w domu żadnych działań. Tymczasem rodziców autentycznie zaniepokojonych mową dziecka i chętnie angażujących się w proces terapii można włączyć do niej, uzyskując trwałe efekty.

Skuteczna terapia powinna rozpocząć się od postawienia trafnej diagnozy. Proces zbierania informacji o dziecku ułatwiają gotowe narzędzia, np. *Arkusz wstępny badania przesiewowego*, element programu *Palin PCI* (Kelman, Nicholas, 2013). Jeżeli uznamy, że niepełność zauważona u dziecka rokuje niepomyślnie, dokonujemy pełnego badania logopedycznego. Diagnoza powinna zawierać: wywiad z rodzicami, obserwację interakcji rodzic–dziecko, badanie objawów niepełności w mowie (np. z wykorzystaniem *Próby sylabowej do oceny niepełności mówienia* Zdzisława Marka Kurkowskiego, pozwalającej obliczyć natężenie niepełności w nagranych wypowiedziach), za najbardziej miarodajne uznaje się jednak nagrania dokonane przez rodziców w warunkach codziennego życia, charakterystykę postaw i uczuć związanych z problemem niepełności, ogólną ocenę mowy i języka, analizę wyników badań specjalistycznych (Węsierska, 2012b). Proces diagnostyczny w wypadku jąkania u małego dziecka powinien być rozciągnięty w czasie, gdyż niepełność jest sama w sobie zjawiskiem niestałym, a indywidualny rozwój dziecka może przebiegać w różnym tempie, a być zakłócony przez rozmaite dodatkowe obciążenia. Analizowanie zachodzących zmian powinno odbywać się w trakcie działań terapeutycznych i korekty w programie powinny być dokonywane na bieżąco. Dlatego też w czasie trwania terapii warto korzystać z narzędzi pozwalających na częste dokonywanie pomiaru natężenia jąkania, zarówno przez terapeutę, jak i rodziców, np. tabele w programie *Lidcombe* (Lattermann, 2010).

Decyzja o rozpoczęciu terapii pociąga za sobą konieczność wyboru odpowiedniego sposobu postępowania. Logopeda w wypadku jąkania może wykorzystać jedną z trzech metod: bezpośrednią (ćwiczenia oddechowe, emisyjne, artykulacyjne i słuchowe), na którą składa się mówienie bardziej płynne lub jąkanie się bardziej płynne; pośrednią (wpływ na procesy leżące u podstaw

mówienia, brak bezpośredniego korygowania nie płynności); kompleksową (połączenie metod bezpośredniego i pośredniego oddziaływania na nie płynność) (Chęć, 2007). Metody stosowane w jąkaniu u osób dorosłych nie są odpowiednie dla dzieci (Tarkowski, Humeniuk, Dunaj, 2011). Terapia logopedyczna na świecie bogatsza jest od polskiej o konkretne narzędzia pracy – całościowe programy do terapii jąkania wczesnodziecięcego, oparte na wynikach badań naukowych, jak np. *Palin PCI* (Wielka Brytania) – przykład terapii kompleksowej, czy też *Lidcombe Program* (Australia) – bezpośredniej. Oba te sposoby działania łączy przekonanie o konieczności ścisłej współpracy z rodzicami. Co do kolejności postępowania w przypadku sprzężonych zaburzeń mowy (np. jąkania i wady wymowy) badacze nie zawsze są zgodni. I tak np. Carl W. Dell uważa, iż presja skierowana na poprawną wymowę może skutkować nasileniem jąkania lub unikaniem pewnych słów i postuluje poszukiwanie innego sposobu korekty artykulacji z jednoczesnym zapobieganiem rozwojowi jąkania oraz zmniejszenie wymagań w terapii indywidualnej (2008). Christina Lattermann pisze natomiast o doświadczeniach praktycznych (własnych i terapeutek z Niemiec), z których wynika, iż w niektórych wypadkach terapia jąkania wpływa pośrednio na poprawę wymowy, a coraz lepsza wymowa ma korzystny wpływ na płynność mówienia. Dodaje, że nie należy mylić korekty w trakcie artykulacji, związanej z dążeniem do poprawności w wymowie, z objawami jąkania. Jest przekonana o konieczności rozdzielenia pracy nad wymową i terapii jąkania (2010). Elaine Kelman i Alison Nicholas (2013) zalecają stosowanie pośredniej terapii *Palin PCI*, a po jej zakończeniu interwencję bezpośrednią w zakresie sprawności artykulacyjnej, ale tylko wtedy, gdy problemy te wpływają na płynność mowy dziecka, powodują, że obawy rodziców są silniejsze niż sama nie płynność mowy, mają negatywny wpływ na naukę dziecka, utrudniają mu skuteczną komunikację. Co więc wybrać: równoczesną pracę nad płynnością i wymową, pracę nad każdą z nich po kolei czy też tylko nad jedną z nich, licząc na samoistne ustąpienie trudności drugiego rodzaju? Stopień komplikacji podczas jednoczesnej pracy nad wymową i płynnością jest tak duży, iż nie waham się zanegować go ze względów praktycznych: dziecko nie wie, na co ma zwracać uwagę – na tempo, pauzy, łagodny start, pionizację języka, zwarcie warg czy wibracje. W terapii jąkania u małych dzieci pracuję głównie na dłuższych wypowiedziach (zdaniach). Klasyczne metody utrwalania wywołanych głosek: powtarzanie głosek, sylab, słów, stosowane w procesie korekty artykulacji, kierują uwagę dziecka na drobne fragmenty wypowiedzi i wprowadzają pewną dezorientację w wyobrażenie dziecka o mówieniu. Korekta złożonej wady



wymowy wymaga czasu, w wypadku jąkania wczesnodziecięcego czas działa na niekorzyść dziecka – objawy się utrwalają. Rodzice, zmuszeni wcześniej posłać dziecko do szkoły, chcą uniknąć problemów w nauce czytania i pisania, nalegają więc na korektę artykulacji. Wyjście z tej sytuacji nie jest łatwe. Własne doświadczenia w pracy z dziećmi pozwalają mi na sformułowanie postulatu, by po wybraniu kolejności postępowania uważnie je obserwować i szybko reagować na zachodzące w ich funkcjonowaniu zmiany, gdyż nie może być jednej, gotowej recepty na dobrą, skuteczną terapię mowy małego dziecka z zaburzeniami łączonymi. Ilość czynników, mających wpływ na kompetencję komunikacyjną dzieci, jest zbyt duża.

### Opis przypadku

Chłopiec w wieku 4 lat i 9 miesięcy (maj 2013 roku) został zgłoszony przez mamę do badania logopedycznego z powodu wady wymowy. W trakcie rozmowy z dzieckiem oprócz trudności artykulacyjnych zauważyłam również objawy nie płynności mowy. Z wywiadu z mamą wynika, że jąkanie pojawiło się w 3. r.ż. (w przedszkolu). Mama wini za pojawienie się jąkania nauczycielkę przedszkola, która miała wyciągać chłopca spod stolika wbrew jego woli, co zaowocowało agresją skierowaną przeciwko niej. Wychowawczynie zaleciła konsultację psychologiczną. Według relacji mamy psycholog nie stwierdził nic niepokojącego, ale jego zdaniem nauczycielka powinna postępować z chłopcem w inny sposób. Od tego czasu nie płynność w jego mowie stopniowo się nasilała, ale mama zgłosiła się do gabinetu, gdyż przeszkadzało jej seplenienie syna, jąkanie w ogóle nie stanowiło dla rodziny problemu. Zauważyłam u mamy chłopca wadę wymowy oraz przyspieszone tempo mowy. Chłopiec mieszka z matką i dziadkami, ojciec pracuje na stałe za granicą, przyjeżdża 3–4 razy w roku na okres ok. 2 tygodni. W czasie pobytu w domu tata nie uczestniczy w procesie wychowania syna, zdaniem mamy traktuje go raczej jak młodszego kolegę. Oboje rodzice zajęci są zdobywaniem środków na budowę domu rodzinnego, w którym mają zamieszkać wspólnie z synem. Dziadek chłopca ma na niego dobry wpływ, jest konsekwentny, chłopiec nie buntuje się przeciw jego decyzjom. Mama, żeby mieć spokój, ulega żądaniom syna, który ogląda bez ograniczeń kreskówki przeznaczone dla dzieci starszych, pełne przemocy. W czasie oglądania telewizji mama podaje synowi posiłki. Chłopiec sprawia trudności wychowawcze, jest często karany w domu i przedszkolu za rozmaite przewinienia: wulgaryzmy, zachowania destrukcyjne i agresywne w stosunku do

rówieśników. Z obserwacji w gabinecie: zauważalny jest negatywny wpływ oglądanych w nadmiarze kreskówek niedostosowanych do wieku dziecka. Zabawy, jakie chłopiec inicjuje, wykorzystując przyniesione figurki z ulubionych „bajek”, mają zazwyczaj na celu zabijanie innych postaci, rozrzucanie rekwizytów, niszczenie papierowych elementów dekoracji itp. W zabawach parateatralnych dziecko wykazuje się pomysłowością w rozwiązaniach technicznych, próbuje narzucić swoją wolę, ale daje sobie wyperswadować niebezpieczne zachowania. Przebieg wydarzeń w zabawach inicjowanych przez chłopca jest bardzo szybki. Zauważyłam u niego objawy obniżonej samooceny: często mówi o sobie, że jest „niegrzeczny” lub że nie potrafi czegoś zrobić („nie umiem”).

Badanie przesiewowe – *Arkusze badania przesiewowego* (wg Kelman, Nicholas, 2008; adaptacja polska: Katarzyna Węsierska):

- opis problemu wg mamy: powtarzanie całych wyrazów, brak powtarzania fragmentów słów, przeciągania, bloków i współruchów, syn nie rezygnuje z wypowiadania się i nie boi się mówić, chociaż ma świadomość swoich problemów z mową; nasilenie objawów: 6, objawy pojawiły się ok. 1,5 roku temu (po 3. r.ż.) i mowa pogarsza się, szczególnie gdy dziecko chce coś szybko powiedzieć, w emocjach; poziom obaw mamy w związku z niepełnością dziecka: 7; rodzina prosi chłopca, by mówił wolniej, gdy trudności w mowie są widoczne.
- historia jękania w rodzinie dziecka: brak jękania u rodziców, dziadek chłopca jąka się nadal w sytuacjach stresowych;
- inne zagadnienia dotyczące mowy i języka dziecka: wada wymowy, umiejętności językowe przeciętne.

Z powodu sprzeczności w informacjach, jakich udzieliła mama chłopca (z jednej strony jękanie nie jest problemem, z drugiej zakreślono najwyższy poziom obaw), i sygnałów wskazujących na ryzyko utrwalenia się problemu (płeć, dziedziczność, wada wymowy), zdecydowałam o przeprowadzeniu pełnego badania logopedycznego.

## Diagnoza jękania

*Próba sylabowa do oceny niepełności mówienia:* średni procent niepełności – 4%, nazywanie obrazków i powtarzanie zdań – 2%, historyjka obrazkowa – 5%, dialog – 5% (w całości nagrania 10,02% – umiarkowany stopień

jąkania). Objawy charakterystyczne dla zwykłej nie płynności: powtarzanie słów (dwukrotne), embolofazje (i, y, a, o), rewizje. Objawy jąkania wczesnodziecięcego: powtarzanie głosek (dwu- i trzykrotne), powtarzanie części słów (jednokrotne), przedłużanie głosek (1–2 sek.), blok (ok. 1–2 sek.), pauza nienapięta wewnątrz słowa, objawy łączone – powtarzanie głoski i fragmentu słowa. Przewaga objawów typowych dla jąkania wczesnodziecięcego. Czynniki mające wpływ na powstanie i utrzymanie się nie płynności:

- lingwistyczne: typ nie płynności właściwy dla jąkania wczesnodziecięcego; wada wymowy; wypowiedzi jednowyrazowe i równoważniki zdań, rzadziej zdania proste; sporadyczne błędy gramatyczne;
- biologiczne: dziedziczność, napięcie mięśniowe (w momentach blokowania);
- psychologiczne: świadomość trudności w mówieniu, duża ruchliwość, skłonność do odgrywania scenek zawierających zachowania agresywne, destrukcyjne, zgłaszana przez mamę wybuchowość i trudności w regulacji (jedzenie, sen);
- społeczne: reakcje na nie płynność – komentarze najbliższych („Mów wolniej!”).

Problem z perspektywy dziecka: przyszło do logopedy, żeby „ćwiczyć język”. Z mówieniem radzi sobie „tak trochę”, czasem trudno mu się mówi, ale nie wie, co się wówczas dzieje, czuje się wówczas „niegrzecznie” (często używa tego słowa). Na pytanie, czego nie lubi robić w przedszkolu, odpowiedział: „rzucać kredek i deptać”. Pani się na niego gniewa, gdy używa wulgaryzmów, więc chciałby, żeby go zamienić w grzecznego chłopca. Zademonstrowane typy nie płynności: potwierdził przeciąganie i blokowanie. Pomagał sobie, nabierając powietrza. W jego ocenie mama i tata nie pomagali mu w mówieniu, ale on tej pomocy nie potrzebował („ja umiem, tylko muszę załapać”). Dokonanie transkrypcji nagranych podczas badania wypowiedzi dziecka pozwoliło również na analizę trudności artykulacyjnych (*Dialogowy test artykulacji, 2001*) oraz umiejętności językowych dziecka.

Wyniki badania logopedycznego: niska sprawność narządów mowy, nieprawidłowa funkcja połykania, obniżone czucie ułożenia narządów mowy, obniżona sprawność słuchu fonemowego w zakresie niepoprawnie wypowiedzianych głosek, wada wymowy – dyslalia wieloraka (seplenienie międzyczębowe, parasygmatyzm: głoski szumiące realizowane jako syczące, [v] – [z] oraz [f] – [s])

w nagłosie przed spółgłoską, pararotacyzm: [r] – [l]), elizje sylab i zbitek spółgłoskowych, znacznie obniżona wyrazistość mowy. Trudności w opisywaniu obrazków – pojedyncze słowa (głównie rzeczowniki), równoważniki i zdania proste, sporadyczne błędy gramatyczne. Typ niepełności mowy: przewaga objawów jąkania wczesnodziecięcego nad objawami niepełności zwykłej; trudności we wszystkich czterech sferach: biologicznej, lingwistycznej, psychologicznej i społecznej.

### **Wybór postępowania terapeutycznego**

Programowanie terapii rozpoczęłam od rozważenia kolejności działań.

#### **1. Korekta artykulacji, następnie terapia jąkania**

Główny cel terapii: poprawa funkcji połykania i korekta artykulacji. Założenia: poprawa jakości wymowy będzie miała wpływ na zrozumiałość wypowiedzi chłopca, poprawią się wówczas relacje z matką. Działania profilaktyczne w zakresie niepełności mowy. W przypadku pogorszenia płynności mowy główny ciężar terapii zostanie przeniesiony z artykulacji na jąkanie.

#### **2. Terapia jąkania, następnie korekta artykulacji**

Niwelowanie ryzyka nasilenia objawów jąkania, zmiana negatywnych odczuć na własny temat (zachowanie, mowa), co ułatwiłoby społeczne funkcjonowanie chłopca, a także późniejszą korektę artykulacji i trening prawidłowego połykania. Stała obserwacja zmian w sposobie wypowiadania się. Postępowanie preferowane przez logopedę.

Pomimo rojujących niepomyślnie wyników badania logopedycznego mama chłopca zdecydowanie odmówiła podjęcia działań upłynniających mowę syna. Głównym problem była dla niej wymowa. Zdecydowałam o wyborze pierwszego wariantu terapii.

Zajęcia logopedyczne objęły m.in. usprawnianie narządów mowy oraz słuchu fonemowego, pionizację języka w spoczynku oraz podczas połykania, korektę położenia żuchwy (redukcję jej wysunięcia podczas wymowy głosek dentalizowanych). W zakresie niepełności mowy mama zgodziła się wyłącznie na działania z zakresu profilaktyki logopedycznej, m.in. zastosowano strategię „parasol ochronny” (swoboda w mówieniu, wzór mówcy, wzmacnianie wiary

w siebie, atmosfera bezpieczeństwa, spokój dziecka), opracowaną przez Barbarę Jeziorczak i Katarzynę Węsierską (2011b); rozmowy o niepełności mowy z mamą, nauczycielką, materiały informacyjne dla osób najbliższych chłopcu; próby uregulowania trybu życia dziecka – telewizja, posiłki, sen, powtarzalny rytm dnia. Po 1,5-miesięcznej pracy nastąpiła 3-miesięczna przerwa. W październiku mama chłopca wróciła na terapię, zgłaszając nasilenie objawów niepełności w przedszkolu i w domu oraz wyśmiewanie się z syna przez rówieśników.

### Ponowna diagnoza jąkania

Podczas dwóch sesji terapeutycznych dokonałam ponownej oceny mowy dziecka, następnie przeprowadziłam rozmowy z mamą i nauczycielką wychowania przedszkolnego. *Próba sylabowa do oceny niepełności mówienia*: średni procent niepełności – 8%, nazywanie obrazków i powtarzanie zdań – 6%, historyjka obrazkowa – 4% (w całym opowiadaniu – 11,5%), dialog – 14%, próby przezwyciężania trudności – nabieranie powietrza i ponowne usiłowanie wypowiedzenia zaplanowanych słów, przyspieszone tempo mowy. Objawy charakterystyczne dla zwykłej niepełności: powtarzanie słów (dwu- i trzykrotne), embolofazja „yyy”, rewizje. Objawy jąkania wczesnodziecięcego: powtarzanie głosek (dwu- i trzykrotne), powtarzanie części słów (jedno- i dwukrotne), przedłużanie głosek (1–2 sek.), blok (ok. 1 sek.). Objawy łączone: przeciąganie i powtarzanie głosek w jednym słowie. Wzrost natężenia niepełności w stosunku do poprzedniego badania oraz utrzymanie wzajemnego stosunku objawów: przewaga symptomów typowych dla jąkania wczesnodziecięcego. Utrzymująca się wada wymowy. Niewielka poprawa w zakresie sprawności narządów mowy, kontroli położenia żuchwy i czucia ułożenia narządów mowy. Pojawiła się prawidłowo realizowana głoska [r]. Wywiad z nauczycielką: chłopiec jest bardzo inteligentny, ale konfliktowy, sprawia kłopoty wychowawcze. Zależy mu na zdaniu rówieśników, jest w stanie wiele dla nich zrobić. Jąkanie nasiliło się i zauważalne są momenty rezygnacji z wypowiedzi oraz wycofywanie się z udziału w dyskusjach na forum grupy. Konieczne było przeprowadzenie z dziećmi rozmowy na temat trudności w mówieniu, m.in. jąkania, aby zapobiec dokuczaniu. Rozmowy z mamą chłopca nie zawsze skutkowały ustalonymi zmianami w sposobie postępowania z dzieckiem, tłumaczyła się ona brakiem czasu.

## Przebieg terapii jąkania

Główne założenia: terapia niepełności mowy, łącząca oddziaływania pośrednie z bezpośrednimi. Włączenie mamy chłopca do działań terapeutycznych: zmiana sposobu komunikowania się z dzieckiem, wolniejsze tempo mowy, słuchanie dziecka, czas na zabawę z nim, próby zmiany negatywnych nawyków domowych. Stały kontakt z nauczycielką. Tworzenie dobrej atmosfery dla sytuacji komunikacyjnych w gabinecie, zabieganie o nią w domu i w przedszkolu. Budowanie dobrego obrazu samego siebie (miłe myśli o sobie, mocne strony itp.) oraz pewności siebie. Wykorzystywanie technik spowalniających mowę, ułatwiających łagodny start mowy oraz wyznaczanie przerw między składowymi częściami wypowiedzi (plan wypowiedzi, gospodarowanie powietrzem).

Sposób realizacji programu: 8 godzinnych sesji terapeutycznych (3 miesiące), przerwa 2-miesięczna, badanie kontrolne, dalsza terapia mowy (podtrzymywanie efektów terapii niepełności mowy, usprawnianie funkcji połykania, słuchu fonemowego, korekta artykulacji). Najtrudniejsze było dla chłopca mówienie w wolnym tempie – próbując przezwyciężyć trudności, zaczął skandować. Pomocne okazało się krążenie ramionami („wiatraki”), potem mówienie w zwolnionym tempie podczas zabaw żółwikiem – maskotką. Ze względu na bloki na starcie mowy włączyłam do zajęć również formę zabawy z samolocikiem (łagodny start mowy). Planowanie wypowiedzi odbywało się dzięki przerwie na zastanowienie (przystanki na trasie autobusu). Chłopiec chętnie wchodził w role w zabawach parateatralnych, wykorzystywał różne sposoby mówienia. Stosowałam technikę chwalenia za konkretne działania, ale początkowo chłopiec nie czuł się z tym dobrze, nie wiedział, jak się zachować. Stopniowo uznał, że pochwały stanowią potwierdzenie jego nowych umiejętności i reagował stwierdzeniem: „bo to umiem”. To był jeden z celów terapii, by mój podopieczny poczuł choć przez chwilę, że panuje nad własnym mówieniem. Starłam się rozwijać jego umiejętności komunikacyjne, tak by opowiadanie było sprawniejsze na etapie planowania i wykonania – słownictwo bierne i czynne, różne formy gramatyczne, coraz bardziej rozwinięte zdania.

Inspiracją do pracy z dzieckiem było podejście interakcyjne *Palin PCI* (początkowo tylko w zakresie oddziaływań pośrednich i współdziałania z rodzicami, później również technik bezpośredniego oddziaływania na dziecko). Korzystałam też z propozycji Renee Byrne (1989) dotyczących współpracy z rodzicami, Kristin A. Chmeli i Niny Reardon (2014) oraz Paula Stallarda (2006)

dotyczących postrzegania siebie i emocji dziecka z jąkaniem. Wykorzystałam również sposób pomiaru natężenia niepełności w mowie dziecka z programu *Lidcombe*. Tabele te służyły mamie chłopca i mnie do oceny natężenia jąkania w końcowej fazie terapii, wcześniej mama nie chciała uczestniczyć w pomiarach. Początkowo poszukiwała gabinetu, w którym jej syn zostanie doprowadzony do stanu, w jakim chciałaby go widzieć i słyszeć, ale bez jej udziału. Stopniowo nastawienie to uległo zmianie i mama zaczęła ze mną współpracować. Momentem zwrotnym było spontaniczne zastosowanie przez jej syna w domu poznanych technik upłynniających mowę. Dzięki stałemu kontaktowi z nauczycielką udało się w dużym stopniu wypracować wspólny tor postępowania w domu, przedszkolu i gabinecie. Niestety, z różnych powodów (święta, choroby itp.), brakło systematyczności w tych spotkaniach. Mimo to terapia stopniowo przynosi efekty. Badanie kontrolne (kwiecień 2014 roku): znaczne zmniejszenie ilości incydentów jąkania w wypowiedziach chłopca, zarówno w gabinecie (średni procent niepełności – 3%, w dialogu podobnie), w domu (nasilenie niepełności utrzymuje się od kilkunastu tygodni na najniższym poziomie), jak i w przedszkolu (informacje od nauczycielek); przewaga niepełności zwykłych (korekta w trakcie artykulacji, powtarzanie fraz, sporadyczne powtarzanie słów, przyspieszone tempo mowy w momentach przeżywania silniejszych emocji), sporadycznie powtarzanie sylab nagłosowych. Chłopiec zaczął używać bardziej rozwiniętych zdań i częściej stosuje poprawne formy gramatyczne. Obecny etap terapii mowy chłopca: podtrzymywanie efektów terapii jąkania, powrót do treningu połykania, pionizacji języka w spoczynku i korekty artykulacji.

## Podsumowanie

Decydując o kolejności postępowania terapeutycznego w przypadku jąkania z towarzyszącą wadą wymowy, uwzględnić należy z jednej strony: typ niepełności mowy, poziom nasilenia objawów jąkania w powiązaniu z niepokojem rodziców, świadomością problemu u dziecka, jego samooceną, ewentualną logofobią, specyficzne dla danego dziecka okoliczności towarzyszące jąkanemu, cechy, potrzeby i wymagania, zarówno dziecka, jak i jego rodziców; z drugiej natomiast m.in.: rodzaj i stopień złożoności wady wymowy, jej wpływ na wyrazistość mowy, naukę czytania i pisanie. Jeżeli wada wymowy jest złożona, znacznie zmniejsza wyrazistość mowy i ogranicza możliwość odniesienia sukcesu komunikacyjnego, a jąkanie przedstawia typ pomyślnie rokujący

(RNM), zasadnym wydaje się połączenie działań profilaktycznych w zakresie niepełności i procesu korekty artykulacji. Jeśli natomiast mowa dziecka przejawia cechy jękania wczesnodziecięcego, rodzice są mocno zaniepokojeni, istnieje ryzyko utrwalenia objawów, a wada wymowy jest prosta (np. jedna głoska lub szereg nieprawidłowo realizowany), warto rozważyć pierwszeństwo terapii niepełności. Najtrudniej jest podjąć decyzję, gdy zarówno wymowa, jak i jękanie wymagają wspomagania w znacznym stopniu. Należy wówczas drobiazgowo przeanalizować wszystkie cztery grupy czynników mających wpływ na niepełność (szczególnie utrwalające – psychologiczne i środowiskowe) oraz trudności językowe i zdecydować o rodzaju oddziaływań. Istotny jest stały monitoring niepełności podczas pracy nad wymową i odwrotnie, by odpowiednio szybko zareagować na zmiany. Wsparciem dla dziecka powinno być jego otoczenie, stąd tak istotna jest współpraca z nauczycielami i rodziną. Warunkiem sukcesu jest bowiem częste przebywanie dziecka w otoczeniu osób, które zapewniają odpowiednią atmosferę do utrwalania płynności.

## Bibliografia

- Byrne R., 1989: *Pomówmy o zacinananiu*. PZWL, Warszawa.
- Chęć M., 2007: *Jękanie. Diagnoza-Terapia-Program*. Impuls, Kraków, s. 75.
- Chmela K.A., Reardon N., 2014: *Jak skutecznie pracować nad postawami i emocjami w terapii jękania*. Wydawnictwo Centrum Logopedyczne, Katowice.
- Czaplewska E., 2012: *Diagnoza zaburzeń rozwoju artykulacji*. W: Czaplewska E., Milewski S., red.: *Diagnoza logopedyczna*. GWP, Gdańsk.
- Dell C.W., 2008: *Terapia jękania u dzieci w młodszym wieku szkolnym. Podręcznik dla logopedów*. Impuls, Kraków, s. 13–23.
- Jeziorczak B., Węsierska K., 2011a: *Jakość relacji logopeda-rodzic dziecka jęknącego się a skuteczność terapii jękania wczesnodziecięcego*. W: Gruba J.: *Wybrane problemy logopedyczne*. Fonem.eu., Gliwice, s. 51–66.
- Jeziorczak B., Węsierska K., 2011b: *Sprawmy, by potykający się w mowie maluch został królem płynności. Wczesna interwencja logopedyczna wobec dzieci z objawami rozwojowej niepełności mówienia*. „Wychowanie Na Co Dzień”, nr 7–8 (214–251), s. I–VII.
- Kelman E., Nicholas A., 2013: *Praktyczna interwencja w jękanii wczesnodziecięcym*. Harmonia, Gdańsk, s. 17–64, 96–98, 137–229.
- Kurkowski Z.M., 2003: *Próba Sylabowa do Oceny Niepełności Mówienia*. Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa.



Lattermann Ch., 2010: *Das Lidcombe-Programm zur Behandlung fruekindlichen Stotterns*. Natke Verlag, Neuss, s. 130–131, 186.

Majewska-Tworek A., 2001: *Dialogowy Test Artykulacji*. Wydawnictwo Fundacji „Orator”, Lublin.

Scott L., Guitar C., 2012: *Jak mówić w szkole o jękanii? Podręcznik dla nauczycieli i logopedów*. Wydawnictwo Centrum Logopedyczne, Katowice.

Stallard P., 2006: *Czujesz tak, jak myślisz*. Zys i S-ka, Poznań.

Tarkowski Z., 2001: *Jękanie*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 13–20.

Tarkowski Z., Humeniuk E., Dunaj J., 2011: *Jękanie w wieku przedszkolnym*. Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn, s. 18–35, 129.

Węsierska K., 2012a: *Wczesna interwencja w przypadku objawów jękania u małych dzieci*. W: Porayski-Pomsta J., Przybysz-Piwko M., red.: *Interwencja logopedyczna. Zagadnienia ogólne i praktyka*. Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa, s. 217–222.

Węsierska K., 2012b: *Problemy jękania się dzieci w wieku przedszkolnym*. W: Skibska J., Larysz D., red.: *Neurologopedia w teorii i praktyce. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii dziecka*. Wydawnictwo Naukowe ATH, Bielsko-Biała, s. 108–117, 125–126.

Węsierska K., 2012c: *Kompleksowa diagnoza jękania wczesnodziecięcego podstawą skutecznej terapii*. W: Michalik M., Siudak A., Orłowska-Popek Z., red.: *Nowa Logopedia. T. 3. Diagnoza różnicowa zaburzeń komunikacji językowej*. Polskie Towarzystwo Logopedyczne, Oddział Małopolski, Collegium Columbinum, Kraków, s. 418.

Węsierska K., Jeziorczak B., 2011: *Czy moje dziecko się jęka? Przewodnik dla rodziców małych dzieci, które mają problem z płynnym mówieniem*. Wydawnictwo Centrum Logopedyczne, Katowice.

Woźniak T., 2008: *Standard postępowania logopedycznego w przypadku jękania*. „Logopedia”, t. 37, s. 217–226.

## Streszczenie

Rozdział prezentuje zagadnienie terapii logopedycznej dziecka w wieku przedszkolnym z jękaniem i współtowarzyszącą wadą wymowy. Autorka opisuje komplikacje, jakie napotyka logopeda, starając się prawidłowo ocenić trudności w mówieniu, ustalić hierarchię problemów, dobrać odpowiednią metodę terapii, dostosować postępowanie do zmian, jakie zachodzą w mowie dziecka w trakcie trwania terapii. Odwołując się do wieloczynnikowej etiologii jękania oraz koncepcji różnych podejść do terapii jękania dzieci z wadami wymowy, autorka umieszcza opis przypadku, diagnozę, wstępny plan postępowania, zmiany zachodzące w mowie i dostosowanie do nich postępowania logopedycznego, a także efekty terapii jękania. Konkludując, autorka wskazuje na niemożność podania jednego obowiązującego wszystkich sposobu postępowania. Postuluje konieczność bliskiej współpracy z rodzicami i osobami z otoczenia oraz elastyczne podejście do zmian zachodzących w mowie dziecka.

## Summary

This chapter presents issues concerning speech therapy for a preschool-aged child with concomitant stuttering and articulation problems. The author describes the complications faced by a speech-language therapist when trying to accurately assess the child's difficulty in speaking, to establish a hierarchy of problems, select the appropriate method of therapy, and finally, to adapt the course of therapy to changes that occur in the child's speech during the treatment. While referring to the multifactorial model of etiology of stuttering and the availability of different approaches to the treatment of stuttering in children with comorbid speech problems, the author describes the process of diagnosis, the drafting of the initial treatment plan, the changes in the child's speech and the needed adaptations to be made by the therapist during the course of the speech therapy in light of these changes, as well as the effects of stuttering therapy. In conclusion, she points out that it is impossible to implement a single procedure which would apply to all problems. She also advocates the need for close cooperation with parents and significant others, and a flexible approach to changes occurring in the child's speech.

## ***Zastosowanie techniki *appoggio* w pracy terapeutycznej z osobami jękającymi się***

*Using the appoggio technique in therapy with people who stutter*

### **Niepłynność mowy, jękanie**

Niepłynność mówienia występuje w wielu zaburzeniach mowy, choć tradycyjnie jest kojarzona z jękaniem. Pojawia się również u przeciętnego mówcy w sytuacjach zdenerwowania czy zmęczenia, zatem sporadycznie niepłynność wypowiedzi jest zjawiskiem uniwersalnym. Określenie różnych typów niepłynności i ich odróżnienie od siebie ma niebagatelne znaczenie poznawcze i badawcze. Dopiero na podstawie takiej wiedzy i dogłębnej analizy możliwe jest ustalenie odpowiedniego postępowania terapeutycznego. Proces ten jest jednak utrudniony z powodu braku jednoznacznej definicji płynności mówienia (Tarkowski, 1999).

Płynne mówienie jako zjawisko wielowymiarowe stawia przed nami wiele pytań, na które odpowiedzi należy szukać w takich dyscyplinach wiedzy jak na przykład: neuropsychologia, psycholingwistyka, socjolingwistyka, logopedia (Chęciek, 2012). Aldona Grzybowska i Zbigniew Tarkowski piszą, że płynność wypowiedzi oznacza swobodne przechodzenie od jednego do drugiego elementu wypowiedzi, od głoski do głoski, od wyrazu do wyrazu, od zdania do zdania ([za:] Chęciek, 2012). Jest to wypowiadanie się bez oznak niepłynności, takich jak: powtórzenia głosek, powtórzenia sylab, powtórzenia części frazy czy też całej frazy, przedłużanie głosek, dysrytmie oddechowe i fonacyjne, pauzy, wykrzykniki (Johnson, Darley, Sprietersbach, 1963 [za:] Chęciek, 2012). Ważne jest również utrzymanie wypowiedzi w odpowiednim tempie i rytmie. Płynne mówienie to wypowiadanie około 120 słów na minutę, utrzymanie regularnego tempa oraz zachowanie rytmu wypowiedzi przy równoczesnym przestrzeganiu następstw jej elementów akcentowanych i nieakcentowanych. Tak rozumiana płynność jest zmienną umiejscowioną między dwiema formami jej zaburzeń: bradyłalią (zbyt wolne, nieregularne i nierytmiczne mówienie) i tachylalią (zbyt szybkie, nieregularne i nierytmiczne mówienie) (Grzybowska, Tarkowski, 1987).

Grzybowska i Tarkowski przyjmują, że płynność mówienia jest rezultatem synchronizacji w obrębie trzech organizacji wypowiedzi: treści, formy językowej i substancji fonicznej. Polega na sprawnym wiązaniu elementów semantycznych, syntaktycznych i fonicznych wypowiedzi (1987). Wyróżnić można zatem: płynność semantyczną, syntaktyczną oraz fizjologiczną, polegającą na swobodnej koordynacji ruchów oddechowych, fonacyjnych i artykulacyjnych, umożliwiającej fluktuacyjne przechodzenie od jednej głoski do drugiej.

Płynność mówienia jest wskaźnikiem stopnia automatyzacji procesu budowania wypowiedzi słownej. Tak ujmowana jest przeciwstawiana niepłynności, której objawy towarzyszą niepłynnościom wymienianym przez Zbigniewa Tarkowskiego. Autor zalicza do nich niepłynność fizjologiczną, której wyrazem są trudności w swobodnym przechodzeniu od jednej artykulacji do drugiej. Występuje ona przede wszystkim podczas artykułowania wyrazów fonetycznie skomplikowanych. Dla małego dziecka takim wyrazem może być na przykład [lokomotywa], który wymawia: *loko, loko, lokomotywa*. Niepłynność fizjologiczna jest również związana z występowaniem skurczów tonicznych, klonicznych i kloniczno-tonicznych mięśni oddechowych, fonacyjnych i artykulacyjnych w czasie mówienia. Wówczas symptomami tej niepłynności jest przeciąganie głosek, dysrytmie oddechowe i fonacyjne, pauzy i napięte bloki (Tarkowski, 1999).

Niepłynność mówienia jest wypadkową niepłynności semantycznej, syntaktycznej oraz fizjologicznej i jest zależna od czynników różnej natury, w tym fizjologicznej (głównie motoryka i koordynacja narządów mowy). Jako samoistne zaburzenie płynności mowy Tarkowski wyróżnia jąkanie (Quiros, 1975), które przez badaczy przedmiotu jest różnie definiowane. Mieczysław Chęciek, cytując definicję Gavina Andrews, pisze: „[...] jąkanie jest przerwą w normalnym rytmie mowy, podczas której jąkający wie dokładnie, co chce powiedzieć, ale w tym momencie nie jest zdolny do wypowiedzenia tego w łatwy sposób z powodu mimowolnych powtórzeń, przeciągania lub przerywania wypowiedzianej głoski lub sylaby” (Chęciek, 2012: 45). Powyższą definicję terapeuta uzupełnia o stwierdzenie Charlesa van Ripera: „[...] jąkanie to niezgodność równoczesnego i stopniowanego programowania ruchów mięśniowych potrzebnych do wytwarzania dźwięków mowy lub ich połączeń z następnymi dźwiękami w wyrazie” (Chęciek, 2012: 45). Trudności w programowaniu ruchów mięśniowych Chęciek wiąże z walką i reakcjami unikania, które są wtórne, niestałe i wyuczone (2012). Terapeuta podsumowuje zatem, iż jąkanie

wyływa z dyskoordynacji ruchowej aparatów mowy i charakteryzuje się brakiem płynności mówienia w procesie komunikacyjnym między jękającym się nadawcą a odbiorcą wypowiedzi (Chęciek, 2012).

Aleksandra Mitrinowicz-Modrzejewska różnicuje jękanie na czynnościowe i organiczne. Jękanie czynnościowe definiuje jako następstwo zmian czynnościowych w centralnym układzie nerwowym, wpływających na ruchome mechanizmy oddychania, fonacji i artykulacji. Niedostateczna koordynacja tych mechanizmów skutkuje przyspieszeniem tempa mowy, zaburzeniem toru oddechowego i brakiem synchronizacji pomiędzy fazą wydechową, czynnością głosotwórczą krtani i jam rezonansowych, głównie jamy ustnej i gardła. Jękanie organiczne uczona określa mianem wyosobnionej jednostki chorobowej, występującej jako objaw towarzyszący afazji lub dyzartrii spastycznej. Wyróżnia również jękanie rozwojowe, powstające w okresie kształtowania się mowy dziecka, będące skutkiem braku zdolności koordynowania czynności mięśni odpowiedzialnych za mówienie. Początkowy okres tego typu jękania badaczka nazywa klonicznym. Wraz ze wzrostem napięcia mięśni aparatu mowy może nastąpić przekształcenie się okresu jękania klonicznego w okres jękania tonicznego. Jest to już trwałe zaburzenie mowy, które – w przeciwieństwie do pierwszego okresu – nie mija samoistnie (Mitrinowicz-Modrzejewska, 1993).

Jękanie jako rozpad koordynacji wszystkich ruchów biorących udział w mowie, tj. oddechowych, artykulacyjnych, fonacyjnych, mimicznych i gestykulacyjnych, definiuje Antoni Pruszevicz. Uczony wymienia również następujące postacie jękania:

- jękanie fizjologiczne i rozwojowe,
- jękanie wywodzące się z tachyphemii (mowy bezładnej),
- jękanie wywodzące się z zaburzeń prawidłowego rozwoju mowy,
- jękanie w następstwie wczesnodziecięcych uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego,
- jękanie pourazowe – po urazach fizycznych i psychicznych,
- jękanie afatyczne u dorosłych i dzieci (1992).

W literaturze przedmiotu spotykamy, podobnie jak w przypadku definicji jękania, wielość koncepcji dotyczących przyczyn powstawania tego zaburzenia. „W ich wykrywaniu napotyka się wciąż ogromne trudności, gdyż u większości osób jękanie rozwija się już we wczesnym dzieciństwie” (Chęciek, 2012: 48).

Teorie tłumaczące przyczyny jego powstawania najogólniej można podzielić na sześć grup: rozwojowe/lingwistyczne, organiczne, neurotyczne, psychologiczne, fizjologiczne, biocybernetyczne.

Teorie fizjologiczne/lingwistyczne zakładają, że około 60% przypadków jąkania ma początek w okresie wczesnodziecięcego powtarzania. Nieodpowiednie postępowanie z dzieckiem, karcenie, poprawianie mowy powodują utrwalenie patologii. W okresie przedszkolnym, gdy dziecko znajduje się jeszcze na etapie myślenia konkretnego, reagując zazwyczaj emocjonalnie, nie potrafi należycie wyrazić swoich myśli. W takich momentach zdarza się, że dziecko, zaczynając już krytycznie oceniać własny brak sprawności w wypowiedaniu się, powtarza wyrazy tak długo, aż wypowie je bez trudu. Często jednak im dziecko bardziej pragnie przezwyciężyć jąkanie, tym bardziej się ono pogłębia, implikując coraz większe poczucie strachu i wstydu (Chęciek, 2005).

Mieczysław Chęciek, omawiając teorię organiczną jąkania, cytuje Brynga Bryngelсона, który uważał, że „jąkanie to niezależne od woli ludzkiej toniczne i kloniczne skurcze, które przerywają płynność wypowiedzi” (1935 [za:] Chęciek, 2012: 51). Kojarzą się one z nerwowym zachowaniem oraz takimi współruchami jak: wysuwanie języka, grymasy twarzy, mrużenie oczu, napięcie całego ciała przeszkadzające w swobodnej ekspresji. Bryngelson uważa, że 40% przypadków to wynik atawizmu centralnego układu nerwowego. Wsunął hipotezę, że zanim człowiek uzyskał wysoko rozwiniętą korę mózgową z reprezentacją ośrodków mowy w półkuli dominującej (zwykle lewej), obie półkule mózgowe posiadały reprezentację ośrodków mowy (1935 [za:] Chęciek, 2012).

Przedstawicielami fizjologicznej teorii jąkania są głównie lekarze foniatry, którzy zakładają, iż jest ono zaburzeniem somatopsychicznym, w którym przyczyny pierwotne są neurofizjologiczne, wtóre zaś psychiczne. Teoria ta skupia się przede wszystkim na wyjaśnieniu mechanizmu jąkania, mniejszą uwagę poświęcając reakcjom na tę niepłynność. Klasyczna teoria jąkania, opracowana pod koniec XIX wieku głosi, że jest ono skutkiem dyskoordynacji pracy aparatu oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego. Impulsy nerwowe, docierając do mózgu w nieprawidłowej kolejności, powodują jąkanie (Tarkowski, 1999). Na przestrzeni lat owa koncepcja była wielokrotnie przepracowywana, jednak jej definicja nadal pozostaje aktualna, sam mechanizm dysfulencji mowy nie uległ bowiem zmianie (Chęciek, 2012).

Woodruff Starkweather w swojej „prostej teorii jąkania” stwierdza, że bezpośrednią przyczyną jąkania jest wzmożona aktywność mięśni biorących

udział w tworzeniu mowy. Badacz twierdzi, że nadmierna aktywność mięśni mownych jest reakcją częściowo wyuczoną i zautomatyzowaną już we wczesnym dzieciństwie. Wraz z rozwojem dziecka jest ona niejako wpleciona w wysoce nawykowe, semioautomatyczne wzorce kontroli motoryki mowy, które są rezultatem „zaprogramowanej” kolejności ruchów mowy. Istnieją również wtórne reakcje, zarówno behawioralne, jak i emocjonalne, które charakteryzują jękanie. Wiele z nich może się pojawić jako odpowiedź na nadaktywność mięśniową, która przyspiesza objawy jękania, w obecności takich bodźców jak na przykład: oczekiwanie, walka, prosty strach, podekscytowanie, presja czasowa, szybkie tempo mówienia, problemy lingwistyczne (Starkweather 1995 [za:] Chęciek, 2012).

### ***Appoggio – termin, metoda***

Nieoceniony wkład w pracę terapeutyczną mającą na celu uzyskanie płynności wypowiedzi może wnieść również doświadczenie specjalistów zajmujących się śpiewem solowym, głównie w aspekcie nauki prawidłowego oddechu w trakcie fonacji. Do wytwarzania mowy potrzebne jest współdziałanie następujących elementów: mechanizmu powodującego rytmiczne otwieranie i zamykanie się głośni (krtań ze strunami głosowymi); pęchłeniowego ciśnienia wydechowego wytwarzającego podmuch o wysokim ciśnieniu; przestrzeni rezonansowej klatki piersiowej oraz gardła, jamy ustnej i nosowej, które wybiórczo wzmacniają lub osłabiają niektóre składowe dźwięku krtaniowego, nadając mu charakterystyczną barwę (Pruszewicz, red., 1992). Wytwarzanie głosu i mowy wymaga ścisłego współdziałania ze sobą wielu narządów i oparte jest między innymi na procesie oddychania. Wiąże się ono z ruchami oddechowymi obejmującymi wdech i wydech. W całym procesie oddychania bierze udział wiele grup mięśniowych: wszystkie te, które zaczepione są o mostek, żebra i kręgosłup, mięśnie brzuszne, a przede wszystkim przepona. Przepona jest mięśniem oddzielającym jamę brzuszną od jamy klatki piersiowej. Ma kształt dwóch kopułów: jedna (większa) umiejscowiona jest nad wątrobą, druga (mniejsza) znajduje się nad żołądkiem. Praca przepony nie jest zależna od naszej woli, możemy jednak kierować jej ruchami pośrednio – przez sterowanie pracą żeber i mięśni brzucha. Aktywność przepony nabiera szczególnego znaczenia w fazie wydechu wykorzystywanego podczas fonacji. Praca przepony reguluje bowiem ciśnienie wydychanego powietrza. Nie bez znaczenia są również mięśnie brzucha. Tłocznią brzuszna działa jak motor napędzający pracę przepony w trakcie wydechu.

Doświadczeni nauczyciele śpiewu solowego, omawiając właściwą metodę oddychania, używają określenia *appoggio*, często błędnie tłumaczonego jako *podparcie*. W literaturze przeznaczanej dla przyszłych śpiewaków można znaleźć wiele tłumaczeń i rozróżnień między podparciem a oparciem, zwraca się też uwagę na błędne tłumaczenie określenia *appoggio*. W wydanej już w 1926 roku pozycji Stefanii i Ludomira Różyckich można przeczytać, iż „[...] głęboko wzięty oddech wprowadza w działanie mięśnie brzucha, te, odpowiednio wygimnastykowane, pobudzają do współdziałania przeponę brzuszną, jako podstawę oddechu, dalej działalność przenosi się na żebra i całą wierzchnią połowę ciała. Tak opanowany oddech daje śpiewakowi automatyczne oparcie dla tonu, oparcie, którego on samowolnie nie potrzebuje wywoływać, a który się sam przez się kształtuje przy atakowaniu tonów” (Różyccy, 1926: 12). W 1957 roku Bronisław Romaniszyn pisał: „W związku ze sprawą »oddechowego« należy jeszcze wspomnieć o słynnym włoskim *appoggio*. Otóż Włosi używają terminu *appoggiarsi in petto* i *appoggiarsi in testa*. Pierwsze wyrażenie ma związek z oparciem oddechu, drugie z rezonansem, a więc z dźwiękiem” (Romaniszyn, 1957: 44).

Metoda bezpośredniego działania na aktywność mięśni dotyczy zatem pracy nad mięśniami oddechowymi, mającej na celu znalezienie właściwego podparcia oddechowego. W licznych pracach opublikowanych przez pedagogów śpiewu termin *appoggio* nabrał cech dalece enigmatycznych. Brak naukowych definicji oraz błędne czy niedokładne tłumaczenia doprowadzały często do zagmatwania jego sensu. Dla osób, które nigdy nie uczyły się śpiewu, *appoggio* pozostaje ciągle terminem nieznanym. Niestety, śpiewacy nie zmierzają do wyjaśnienia problemu. Omówienia prawidłowego rozumienia terminu oraz samej techniki podjęła się Halina Zielińska, która zauważa, że swoboda fonacji zależy od naturalnego, harmonijnego współdziałania części składowych narządu głosowego. Przeszkodę stanowią niepożądane lub zbyt silne, usztywniające napięcia mięśni. Niewskazane podczas fonacji są napięcia mięśni szyi, karku, barków, żuchwy, gardła, krtani. Zbyt silne napięcia mięśni mogą dotyczyć utrzymywania wyprostowanej postawy oraz podparcia oddechowego. Napięcie mięśni biorących udział w przybieraniu odpowiedniej postawy naszego ciała i głowy w czasie fonacji oraz zaangażowanych podczas *appoggio* winno oscylować w sposób elastyczny między całkowitym rozluźnieniem a szczytowym napięciem, co powoduje likwidację niepożądanego napięcia mięśni aparatu głosowego. Zielińska zwraca również uwagę, iż ogromnie ważne, tak dla



śpiewaków, jak i dla mówców, jest stosowanie w fonacji prawidłowego sposobu oddychania. Prawidłowym jest tor żebrowo-brzuszny, charakteryzujący się oddychaniem „wszerz”, a nie „wzwyż”. Podczas wdechu klatka piersiowa rozszerza się, a ściana brzuszna wysuwa się do przodu, natomiast oparcie oddechowe polega na zwolnieniu fazy wydechowej, co uzyskuje się poprzez utrzymywanie klatki piersiowej w czasie fonacji w formie wdechowej, czyli rozszerzonej. Przepona przy wdechu obniża się i przy zwolnionym wydechu powoli przesuwają, z kolei utrzymanie *appoggio* dokonuje się poprzez utrzymanie w elastycznym napięciu mięśni żeber i ściany, czyli powłoki brzusznej. Trzeba przestrzec przed przesadną i wypychaną oddechem artykulacją słowną, gdyż może ona doprowadzić do osłabienia lub zaniku *appoggio*, a także do zaniku płynności wymowy. Stopień napięcia mięśni utrzymujących klatkę piersiową w rozszerzeniu jest zmienny: zwiększa się przy stosowaniu crescendo do dynamiki forte i do wyższych dźwięków skali głosu, zmniejsza zaś w przechodzeniu do dynamiki piano z wyższych do niższych tonów skali. Zanik *appoggio* powoduje osłabienie i dekoncentrację głosu, cofnięcie jego pozycji, a więc i zanik dźwięczności, detonowanie i szumy w fonacji związane z tarciem uciekającego powietrza o ściany krtani i gardła (Zielińska, 1997).

Wacław Panek zanotował cenne uwagi Niny Stano, która – omawiając swą metodę pedagogiczną podczas zajęć ze studentami śpiewu – tłumaczyła: „Uczę studentów, by uruchamiali swoje rezonatory głowowe i piersiowe jednocześnie, co jest możliwe tylko przy – jak my to nazywamy – właściwie postawionym oddechu. Wtedy dźwięk jest oparty, a nie wyparty i wyrzucony z gardła [...]. Jeżeli wypychasz dźwięk, chcąc się dostać z nim do maski, jeśli czynisz to forsownie, to śpiewasz – jak my to nazywamy – z oddechem. A należy śpiewać na oddechu. Jeśli chcesz, aby powietrze oddechowe zostało wypchnięte mocnym strumieniem do góry, to musisz wywołać prężność tego gazu, stworzyć ciśnienie. Śpiewak więc – fizycznie rzecz ujmując – pracuje nad kompresją, prężnością oddechu. I teraz: jeśli pobudzę to ciśnienie i doprowadzę oddech tylko do wysokości krtani i strun głosowych, a nie do wysokości maski, to po drodze muszę pomóc sobie mięśniami krtani i więzadłami głosowymi, by ten strumień powietrza dopchnął wyżej, czyli do samej maski” (Panek, 1990: 2).

## Ćwiczenia

Zastosowanie techniki *appoggio* przez śpiewaków, osoby zawodowo posługujące się głosem czy jękające się daje możliwość świadomego, prawidłowego

oddychania. Nauka techniki powinna przebiegać pod okiem doświadczonego nauczyciela i łączyć się z samodzielnie wykonywanymi ćwiczeniami. Uczący powinien ocenić dotychczasowy sposób oddychania, podjąć decyzję dotyczącą ćwiczeń: czy mają na celu doskonalenie już prawidłowego sposobu oddychania, czy naukę i eliminację nieprawidłowych nawyków. Przystępując do ćwiczeń, należy pamiętać o rozluźnieniu mięśni szyi, swobodnej pozycji ramion i barków, pochyleniu głowy lekko do przodu. Jedno z podstawowych ćwiczeń polega na wykonywaniu wdechu nosem, wydechu ustami w pozycji leżącej na twardym podłożu. W pierwszej wersji należy położyć jedną dłoń na górnej części klatki piersiowej na wysokości mostka, drugą pomiędzy łukami żebrowymi. Wykonując szybkie wdechy ustami i nosem, powinno się wypełniać powietrzem całą klatkę piersiową. Podczas prawidłowego wykonania ćwiczenia dłoń leżąca między łukami żebrowymi powinna się unosić, druga zaś nie. Kolejno, poprzez wdech należy unosić książkę położoną zamiast dłoni, podczas powolnego wydechu powinna ona obniżać się, z przerwami na zatrzymanie 2–3-sekundowe w kilku punktach opadania. Wydychając powietrze, można wymawiać głoskę [f] lub [s].

Kolejne ćwiczenia wymagają pozycji stojącej, rozstawionych nóg, dłoni umieszczonych na bokach klatki piersiowej (na wysokości dolnych żeber) oraz oparcia w ten sposób, aby kciuki były zwrócone do tyłu. W tej pozycji należy wykonywać szybkie, pełne wdechy nosem i ustami, tak żeby poczuć rozsuwanie się żeber na boki przy równoczesnym wysunięciu powłok brzusznych w przód, następnie powolne wydechy z wymawianiem głoski [f] lub [s]. To ćwiczenie należy również wykonywać w wersji z dołączonym zatrzymywaniem powietrza w momencie między wdechem a wydechem oraz w kombinacji: wdech – zatrzymanie powietrza – powolny wydech z kilkukrotnym zatrzymaniem powietrza na 2–3 sekundy. W pozycji stojącej można również wykonywać szybkie wdechy przy równoczesnym ruchu rąk z ułożenia wzdłuż tułowia do wyprostu po bokach ciała na wysokości ramion. Podczas powolnego opuszczania rąk następuje wydech. Zachowując pozycję stojącą, można przejść do kolejnego ćwiczenia, w trakcie którego jedną dłoń należy położyć na brzuchu, w drugiej zaś trzymać lekki przedmiot, na przykład piórko, kartkę papieru czy strzępek waty. Po pełnym, szybkim wdechu strumień powietrza wydychanego powoli powinien być skierowany na przedmiot trzymany ok. 20 cm od twarzy, na wysokości ust. Wydechy powinny być wykonywane tak, aby przedmiot ciągle odchyłał się pod niewielkim kątem, po czym serią szybkich wdechów i wydechów powoduje się

rytmiczne odchylenia, stopniowo przyspieszając ich tempo. Ważne jest kontrolowanie wydechów, intensywna praca mięśniami tłoczni brzusznej, co można kontrolować dłonią położoną na brzuchu.

Bardzo istotne jest systematyczne wykonywanie powyższych ćwiczeń, które w celu zmniejszenia napięć, opanowania prawidłowej emisji głosu powinny być uzupełnione o fonacyjne. Ich podstawowym zadaniem o niemałym znaczeniu jest uruchomienie i prawidłowe wykorzystanie rezonatorów nad- i podkrtańowych. Do wykonywania takich ćwiczeń wygodna jest pozycja stojąca, przed lustrem. Pierwsze polega na pełnym, głębokim wdechu, chwilowym zatrzymaniu powietrza i powolnym wydechu z jak najdłuższą fonacją głoski [a], po czym, wykonując powtórzenia, należy wymawiać kolejno inne samogłoski. W następnym ćwiczeniu zostają one połączone w fonację [aaooouaaooou...]. Do tego zestawu dołącza się ruch ramion, które ze swobodnej pozycji wzdłuż tułowia podczas wdechu powinny być energicznie wyrzucone na boki, opuszczane zaś podczas powolnej fonacji samogłosek. Następnie należy przejść do głoski [m] oraz połączenia [m] z samogłoskami, tak aby tworzyły ciąg [mmaammaammaa]. To samo ćwiczenie można stosować podczas fonacji głoski [n]. Istotna w wykonywaniu powyższych ćwiczeń jest kontrola słuchowa, zarówno [m], jak i [n] powinno odbywać się na jednym poziomie głośnościowym. Można również położyć dłoń na twarzy w okolicy nosa i wyczuwać powstałe podczas fonacji wibracje. Również dłoń położona na czubku głowy powinna pomóc w skierowaniu dźwięku, tak aby powodował wyczuwalne drgania. Ten podstawowy zestaw można zakończyć ćwiczeniem fonacji [a] prowadząc dźwięk od tonów niskich do wysokich, opierając na rezonatorach piersiowych do głowowych.

Opisane ćwiczenia są podstawowymi, które można wykonywać w celu wypracowania nawyku prawidłowego oddechu i płynnych połączeń samogłoskowych. Wykorzystując doświadczenie wykładowców wydziałów wokalnych, należy kłaść duży nacisk na naukę *appoggio*, traktowanej jako część terapii osób z niepełnością mowy. Równocześnie nie bez znaczenia pozostaje wiedza teoretyczna, która może zapobiec popełnianiu błędów przez terapeutów. Ważne jest bowiem odróżnienie przykładowo oddechu brzuszego od *appoggio*. „[...] stosowany dawniej oddech brzuszny – jak tłumaczy Janina Cygańska – czerpiący swe siły głównie z brzusznych mięśni jest bezskuteczny, a nawet szkodliwy; rozluźnia trzewia i nie daje przeponie pożądanej podpory, a tym samym nie może doprowadzić płuc przy śpiewie do całkowicie prawidłowego działania.

Przy prawidłowym oddechu, rola brzucha ogranicza się do jego mięśni, stanowiących podporę i umocnienie podpory, co się określa jako »oparcie«. Rezultatem śpiewania na nieopartym oddechu jest łamliwość głosu, brak siły brzmienia, nieczysta intonacja” (1963: 74–75).

## Bibliografia

- Bryngelson B., 1935: *A method of stuttering*. „Journal of Abnormal Psychology”, Vol. 30, s. 194–198.
- Chęć M., 2005: *Cała prawda o jękanii*. „Psychologia w Szkole”, nr 3, s. 135.
- Cygańska J., 1963: *Zarys metodyki nauczania śpiewu solowego. Cykl wykładów dyskusyjnych na Wydziale Wokalnym PWSM w Poznaniu*. PWSM, Poznań, s. 74–75.
- Chęć M., 2012: *Jękanie*. Impuls, Kraków, s. 16.
- Grzybowska A., Tarkowski Z., 1987: *O płynności mówienia*. „Przegląd Psychologiczny”, nr 4, s. 863–877.
- Kępiński A., 1989: *Poznanie chorego*. Wydawnictwo Literackie, Warszawa, s. 8.
- Mitrinowicz-Modrzejewska A., 1993, *Fizjologia i patologia głosu, słuchu i mowy*. Polskie Wydawnictwo Muzyczne, Warszawa, s. 281–292.
- Panek W., 1990: *Nina Stano o swej metodzie pedagogicznej*. „Ruch Muzyczny”, nr 11, s. 2.
- Pruszewicz A., 1992: *Jękanie*. W: Pruszewicz A., red.: *Foniatryka kliniczna*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Romaniszyn B., 1957: *Z zagadnień sztuki i pedagogiki wokalnej*. Polskie Wydawnictwo Muzyczne, Kraków.
- Różycki S.L., 1926: *Szkoła śpiewu według mistrzów włoskich Porpory, Garcii, Lampertiego oraz problem postawienia głosu oparty na zasadach sztuki śpiewaczej Enrico Caruso*. Warszawa–Kraków–Lublin–Łódź–Paryż–Poznań–Wilno–Zakopane.
- Starkweather W., 1995: *A simple theory of stuttering*. „Journal of Fluency Disorders”, Vol. 2, s. 91–116.
- Tarkowski Z., 1999: *Jękanie*. Wydawnictwo Harmonia, Warszawa.
- Quiros J.B. de, 1975: *Leczenie jękania*. W: Gałkowski T., red.: *Wybrane zagadnienia z defektologii*. T. III. Wydawnictwo Akademii Teologii Katolickiej, Warszawa, s. 173–199,
- Zielińska H., 1997: *Emisja głosu. Problem nie tylko dla śpiewaków*. „Liturgia Sacra”, nr 2, s. 85–90.

## Streszczenie

Tematyka rozdziału dotyczy zastosowania techniki *appoggio* w pracy terapeutycznej z osobami jękającymi się. Autorzy przybliżają niektóre aspekty niepłynności mowy w kontekście napięć mięśniowych aparatu artykulacyjnego oraz oddechowego. Przedstawiają podstawowe ćwiczenia pozwalające na usprawnienie oddechu brzuszno-przeponowego oraz jego utrwalenie. Pokróćce omawiają również ćwiczenia oddechowo-emisyjne oraz trening usprawniający płynne połączenia samogłoskowe oraz charakteryzują pozytywne i negatywne aspekty ćwiczeń oddechowych.

## Summary

This chapter discusses the application of the *appoggio* technique in conducting therapy with people who stutter. The authors attribute some aspects of speech disfluencies to the tension of the articulatory mechanism and the respiratory system. Basic training is presented for the improvement and consolidation of diaphragmatic breathing patterns. The authors also provide a short review of the breathing exercises as well as smooth vowel connection training while describing both positive and negative aspects of the management of these breathing exercises.



## ***Jakość wybranych czynników psychospołecznych a skuteczność terapii osób jękających się***

*Quality of selected psycho-social factors and the effectiveness of stuttering therapy*

### **Wstęp**

Jękanie to specyficzne zaburzenie o wieloczynnikowym podłożu i o wielu czynnikach odpowiadających za jego wyzwolenie, utrwalenie i rozwój (por. Szamburski, 1996, 1999, 2006; Tarkowski, 2005, 2007). Podjęcie badań nad skutecznością terapii ma na celu poprawę jej efektywności i opracowanie programu terapii dla osób jękających się. Złożona specyfika jękania przekłada się na skuteczność terapii osób jękających się. Czynniki psychospołeczne mogą zażywać na powodzeniu lub niepowodzeniu terapii. Praktyka terapeutyczna poparta badaniami dowodzi, że uniwersalne metody terapeutyczne nie mają przełożenia na poprawę mówienia i funkcjonowania osób jękających się (Feinberg, Griffin, Levey, 2000). Opisana sytuacja jest widoczna w Polsce, gdzie rozwijany jest model oparty na kształtowaniu płynności mówienia. Prywatne ośrodki podają informacje o 100-procentowej skuteczności ich metody. Nie są one poparte badaniami. Efekt terapii nie jest trwały, u osób poddanych terapii następują nawroty.

Autor przyjmuje, że zdiagnozowanie czynników psychospołecznych pozwala na opracowanie skutecznego programu terapii. W zależności od poziomu samooceny, nasilenia lęku, od przyjmowanych sposobów radzenia sobie ze stresem i poziomu przystosowania społecznego podjęte oddziaływania terapeutyczne są dostosowywane do danej osoby. Unika się wtedy sytuacji, kiedy osoba jękająca się jest dostosowywana do wymogów terapii według jednego schematu. Celem badań w niniejszej pracy jest określenie, jakie czynniki psychospołeczne pozostają w związku ze skutecznością terapii osób jękających się.

### **Problematyka badań**

Badanie skuteczności terapii to określenie zmiany, jaka ma miejsce pomiędzy stanem sprzed terapii, stanem po zakończeniu terapii i stanem w okreś-

lonym czasie po jej zakończeniu (Rakowska, 2005). Dla czynników psychospołecznych autor niniejszej pracy opracował własną definicję. Czynniki psychospołeczne to indywidualne właściwości człowieka. Dzielą się one na czynniki psychologiczne i społeczne. Czynniki psychologiczne to: obraz siebie, samoocena, temperament, osobowość, funkcjonowanie emocjonalne, styl radzenia sobie ze stresem. Czynniki społeczne dotyczą jakości funkcjonowania człowieka między ludźmi. W obrębie czynników psychologicznych i społecznych występują zależności wewnętrzne i zewnętrzne.

W badaniach zostały uwzględnione następujące *czynniki psychospołeczne*: funkcjonowanie emocjonalne, radzenie sobie ze stresem, samoocena, dostosowanie społeczne. Odwołano się do modelu terapeutycznego opartego na kształtowaniu płynności mówienia. W pracy badawczej postawiono następujący problem badawczy: Czy istnieje związek między jakością wybranych czynników psychospołecznych a skutecznością terapii osób, które się jękają?

W pracy postawiono cztery pytania badawcze: Czy istnieje związek między samooceną u osób jękających się a skutecznością terapii? Czy istnieje związek między funkcjonowaniem emocjonalnym osób jękających się a skutecznością terapii? Czy istnieje związek między radzeniem sobie ze stresem przez osoby jękające się a skutecznością terapii? Czy istnieje związek między dostosowaniem społecznym u osób jękających się a skutecznością terapii?

W pracy postawiono cztery hipotezy badawcze:

1. Badania przeprowadzone przez Grzegorza Chmielewskiego wykazały, że jękanie pozostaje w związku z samooceną. Wraz ze wzrostem samooceny maleją odczuwalne skutki jąkania. Osoby jękające się o wyższej samoocenie w mniejszym stopniu odczuwają skutki jąkania niż osoby o niższej samoocenie (2013). W związku z tym można przyjąć, że istnieje związek między samooceną a skutecznością terapii polegający na tym, że im niższy jest poziom samooceny u osoby jękającej się, tym niższa jest skuteczność jej terapii.
2. Badania Jerzego Kałużyńskiego wykazały, że jękanie jest powiązane z treścią, którą porównał do lęku (1971). Duże nasilenie lęku prowadzi do nasilenia się reakcji unikania wypowiedzi słownych, ograniczenia sytuacji wymagających komunikacji. W związku z tym można przyjąć, że istnieje związek między funkcjonowaniem emocjonalnym a skutecznością terapii polegający na tym, że im wyższy jest poziom lęku u osoby jękającej się, tym niższa jest skuteczność jej terapii.



3. Osoby, które preferują sztywny styl radzenia sobie ze stresem, ponoszą największe koszty psychologiczne w terapii (Szwed, 1999 [za:] Tarkowski, 2007). Osoby te trzymają się przyjętego schematu, który może być nieadekwatny do sytuacji, w jakiej się znajdują. Stres, tak jak lęk, ma przełożenie na jakość komunikacji. W związku z tym można przyjąć, że istnieje związek między radzeniem sobie ze stresem a skutecznością terapii polegający na tym, że im bardziej sztywny jest sposób radzenia sobie ze stresem przez osobę jękającą się, tym niższa jest skuteczność jej terapii.
4. Badania M. Messengera wykazały, że jękający się spodziewają się bardziej negatywnej oceny społecznej niż osoby mówiące płynnie (2004 [za:] Tarkowski, 2007). Osoby jękające się o wysokim stopniu dostosowania społecznego nawiązują relacje społeczne, nie przywiązując znaczącej wagi do swojego jękania, do tego, jak ich jękanie odbiera rozmówca. Osoby o niskim poziomie dostosowania społecznego napotykały trudności w kontaktach społecznych. W związku z tym można przyjąć, że istnieje związek między dostosowaniem społecznym a skutecznością terapii polegający na tym, że im niższy jest poziom dostosowania społecznego u osoby jękającej się, tym niższa jest skuteczność jej terapii.

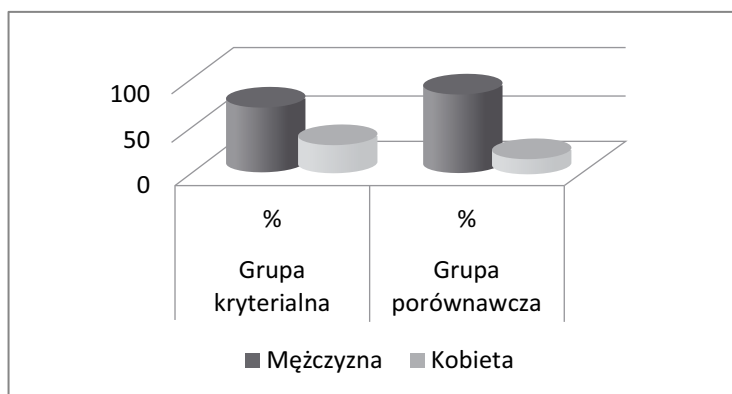
W pracy uwzględniono cztery zmienne niezależne kontrolowane: płeć osób badanych, wiek osób badanych, wiek, w którym pojawiło się jękanie, czas trwania jękania. W badaniach uwzględniono zmienną kryterialną różnicującą proces terapeutyczny: udział w terapii dla osób jękających się, udział w spotkaniach grup samopomocy dla osób jękających się.

### **Charakterystyka badanych osób**

Badania przeprowadzono wśród osób jękających się, które brały udział w 14-dniowym turnusie terapeutycznym dla osób jękających się w Murzasichle. Badana grupa liczyła 17 osób. Wśród osób biorących udział w terapii (w grupie kryterialnej) 12 z nich (70,6%) to mężczyźni, a 5 (29,4%) to kobiety (wykres 1). Pierwszy etap badań objął osoby, które rozpoczynały terapię. Badania prowadzono na początku terapii. Drugi etap badań był prowadzony wśród osób, które kończą udział w terapii. Badania prowadzono przedostatniego dnia terapii. W pierwszym etapie u osób badano nasilenie u nich jękania i czynników

psychospołecznych. W drugim etapie badano nasilenie jękania. Grupa porównawcza została utworzona z osób biorących udział w spotkaniach grup samopomocy w czterech miastach Polski: Lublinie, Warszawie, Katowicach i Krakowie. Grupa liczyła 26 osób. Wśród osób korzystających z grup samopomocy (w grupie porównawczej) 22 osoby (84,6%) to mężczyźni, a 4 (15,4%) to kobiety (wykres 1).

**Wykres 1. Płeć badanych osób**

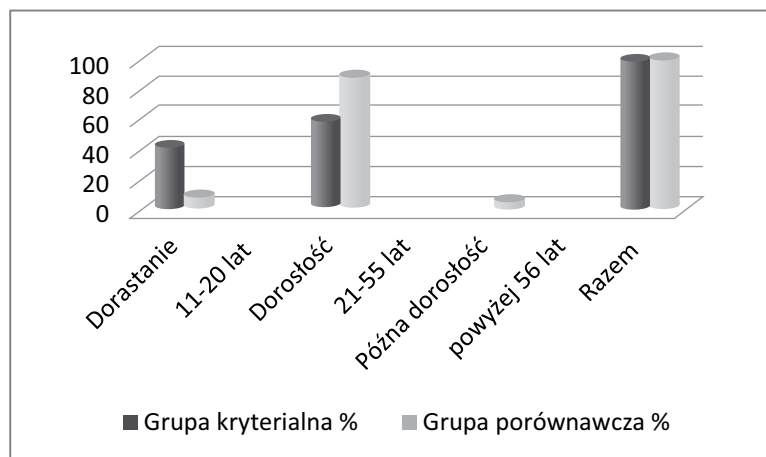


W badaniach zastosowano narzędzia psychologiczne i jedno narzędzie logopedyczne:

MSEI – Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny, STAI – Kwestionariusz Stanu i Cechy Lęku, CISS – Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych, KKS – Kwestionariusz Kompetencji Społecznych, Kwestionariusz Cope-rów do Oceny Jękania.

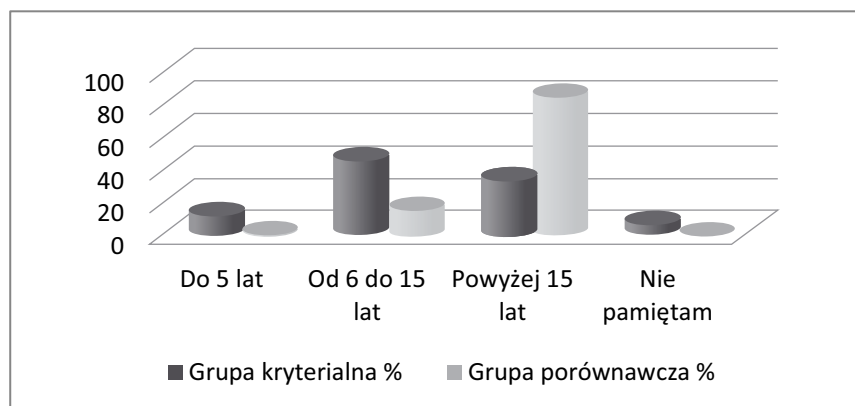
Osoby z grupy kryterialnej to w większości mężczyźni o średniej wieku 23 lata. W porównaniu z osobami z grupy porównawczej w grupie kryterialnej średnia wieku jest istotnie niższa. W grupie porównawczej wyniosła 32 lata. Uzyskane różnice mogły mieć przełożenie na wyniki w analizach porównawczych. W grupie kryterialnej 7 osób (41,2%) mieści się w okresie dorastania. W grupie porównawczej w okresie dorastania są 2 osoby (7,7%). W grupie kryterialnej 10 osób (58,8%) znajduje się w okresie dorosłości. W grupie porównawczej 23 osoby są w okresie dorosłości (88,5%) a jedna w okresie później dorosłości (3,8%) (wykres 2).

**Wykres 2. Wiek badanych osób**



Uzyskane wyniki wyjaśniają różnice, jakie u osób z grupy kryterialnej i porównawczej pojawiły się w zakresie czasu jękania się. Są to różnice istotne. U osób z grupy porównawczej średnia rang w zakresie okresu jękania jest niższa niż w grupie kryterialnej. 22 osoby (84,6%) z grupy porównawczej jękają się więcej niż 15 lat. W grupie kryterialnej osób jękających się dłużej niż 15 lat jest 6 (35,3%). U 2 osób z grupy kryterialnej (11,8%) czas jękania trwa mniej niż 5 lat (wykres 3). W ich jękaniu mogły się nie wykształcić jeszcze objawy wtórne.

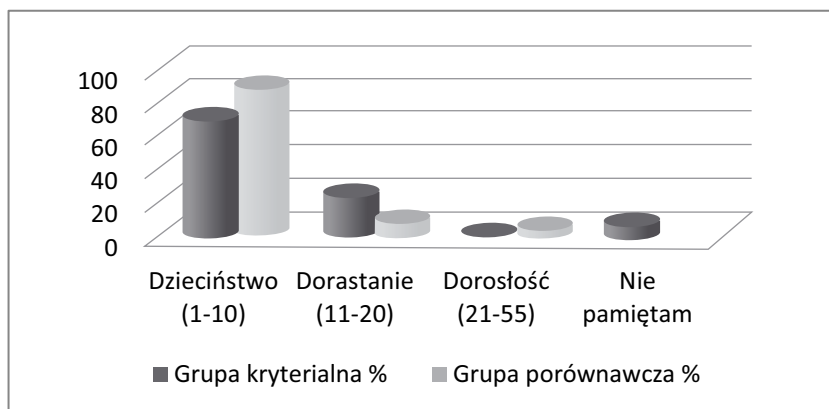
**Wykres 3. Występowanie jękania w latach u badanych**



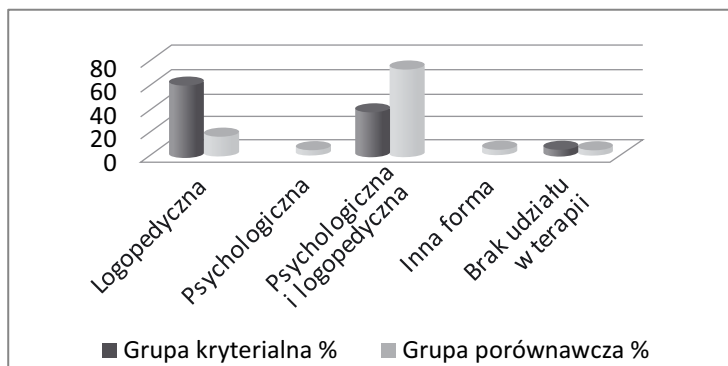
Czas jękania się ma przełożenie na rozwój jękania, a to w konsekwencji może się przełożyć na efekty terapii. Im dłuższy jest czas jękania, tym bardziej jękanie się utrwała. Kształtują się objawy wtórne. Na podstawie analiz można przyjąć, że objawy wtórne jękania dominują przede wszystkim u osób z grupy porównawczej.

U większości osób w grupie kryterialnej i porównawczej jękanie przebiegało według rozwojowego schematu. Jego początki sięgają dzieciństwa, okresu poniżej 10. roku życia. Tylko w nielicznych przypadkach jękanie pojawiło się u osób badanych później (wykres 4).

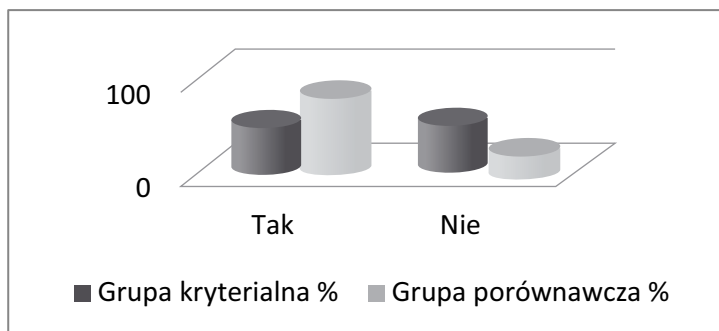
**Wykres 4. Wiek, w którym pojawiło się jękanie u badanych**



Osoby z grupy kryterialnej i porównawczej korzystały wcześniej z terapii dla osób jękaących się najczęściej w gabinecie logopedy i na turnusie, a rzadziej w ośrodku leczenia jękania. Ponad połowa osób z grupy kryterialnej (10 osób, 58,8%) korzystała wcześniej z terapii logopedycznej. W grupie porównawczej większość osób (73,1%) korzystała wcześniej z terapii logopedycznej i psychologicznej (wykres 5).

**Wykres 5. Rodzaj terapii podejmowanej przez badanych**

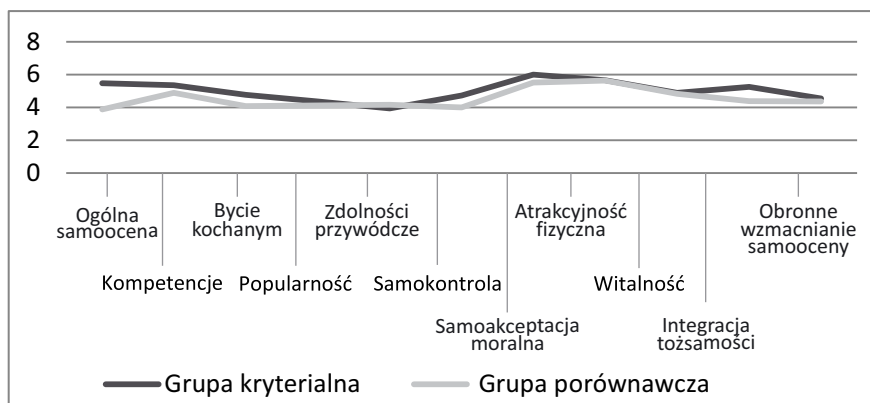
Terapia logopedyczna ogranicza się do objawu, czyli do wierzchołka góry lodowej jękania (por. Adamczyk, 1971, 1998, 1999). W terapii psychologicznej i logopedycznej jest szansa na pracę nad całą górą lodową jękania, nad objawami zewnętrznymi i wewnętrznymi. Osoby z grupy kryterialnej rzadziej niż osoby z grupy porównawczej brały udział w spotkaniach grup samopomocy. Ponad połowa z nich (9 osób, 53%) ograniczyła się tylko do terapii (wykres 6).

**Wykres 6. Udział badanych w spotkaniach Klubów J, grup samopomocy**

Osoby w grupie kryterialnej mają stabilną samoocenę (wykres 7). Stabilny poziom samooceny stanowi dobry prognostyk przed terapią. Badania Grzegorza Chmielewskiego (2013) wykazały, że wraz ze wzrostem samooceny maleje jękanie. Osoby z grupy porównawczej charakteryzują się obniżoną samooceną. Osoby z grupy kryterialnej i porównawczej swoje kompetencje oceniają jako przeciętne. Raczej akceptują swoje zachowania. Przeciętnie oceniają swoją atrakcyjność i kondycję fizyczną. Nie są podatne na aprobatę społeczną.

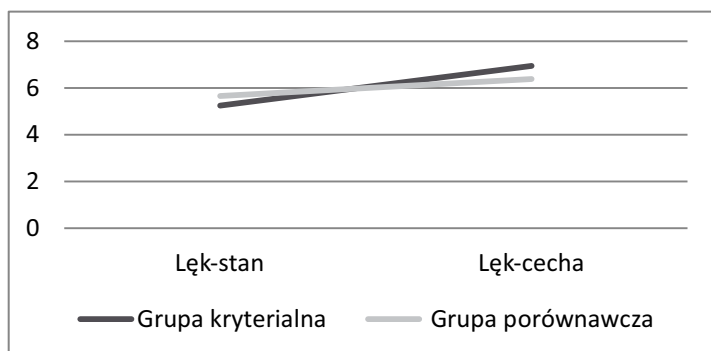
Trudności mogą się u nich pojawić w kontaktach z ludźmi, kiedy trzeba bronić swojego zdania lub zabrać głos w dyskusji. Oceniają siebie jako osoby, które nie potrafią się przeciwstawiać ani być asertywnymi.

**Wykres 7. Profile wyników w kwestionariuszu MSEI**



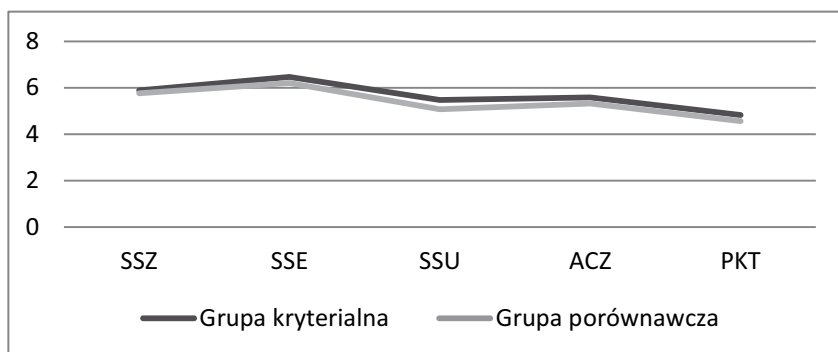
U osób z grupy kryterialnej i porównawczej częściej występuje lęk określany jako cecha (wykres 8). Jego specyfika polega na tym, że przyjmuje postać trwałej dyspozycji behawioralnej lub motywu (Wrześniewski et al., 2001). Sprawia, że dana osoba z pozoru niegroźne sytuacje ocenia jako jej zagrażające. W jąkaniu pojawia się specyficzna odmiana lęku – logofobia. Osoba jąkająca się czuje lęk przed mówieniem lub w trakcie mówienia. Lęk jest u niej trwały i utrzymuje się. U osób badanych lęk określany jako stan charakteryzujący się zmiennością, sytuacyjnością występuje rzadziej.

**Wykres 8. Profile wyników w inwentarzu STAI**



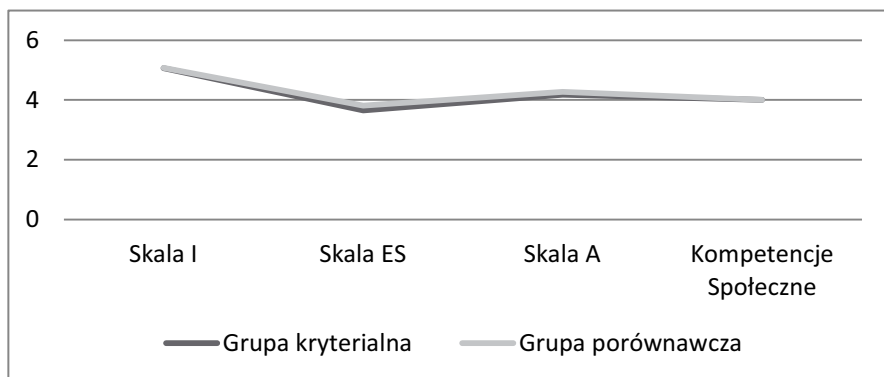
Osoby z grupy kryterialnej i z grupy porównawczej nie mają jednego najczęściej wybieranego stylu radzenia sobie ze stresem (wykres 9). W sytuacjach dla nich trudnych mogą się skupiać obronnie na sobie, wybierają styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na emocjach. Będzie to u nich skutkowało pasywnością w działaniu. W sytuacjach trudnych mogą też przybierać styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na zadaniach. Dążą wtedy do przezwyciężenia napotykanych przeszkód.

**Wykres 9. Profile wyników w Kwestionariuszu CISS**



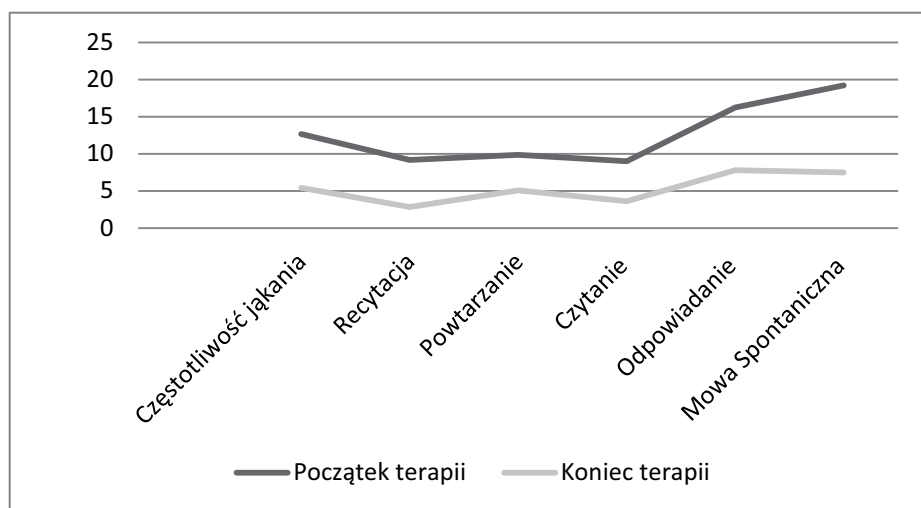
Osoby badane najefektywniej funkcjonują w sytuacjach bliskiego kontaktu z innymi ludźmi. Gorzej czują się w większej grupie osób, kiedy mają np. zabrać głos (wykres 10).

**Wykres 10. Profile wyników w Kwestionariuszu Kompetencji Społecznych**



Terapia, w której uczestniczyły osoby z grupy kryterialnej, była skuteczna. Pomiar wykonany pod koniec terapii wykazał, że u osób badanych zmniejszyły się zewnętrzne (wykres 11) i wewnętrzne objawy jękania (wykres 12). Objawy zewnętrzne jękania to przede wszystkim spadek ilości niepełności w mówieniu (Chęciek, 2007). Dążąc do określenia zmiany, jaka w trakcie terapii zaszła w zakresie częstotliwości jękania, wprowadzono rozróżnienie na rodzaje sytuacji związanych z mówieniem: mówienie w trakcie recytacji tekstu z pamięci, mówienie w trakcie powtarzania zdań, mówienie w trakcie odpowiadania na pytania, mówienie spontaniczne. Ogólna częstotliwość jękania to stopień frekwencji niepełności w poszczególnych próbach (Chęciek, 2001). Na podstawie badań można stwierdzić, że w toku terapii zaobserwowano istotny spadek częstotliwości jękania. Jękanie zmniejszyło się w trakcie recytacji tekstu z pamięci i w trakcie powtarzania zdań oraz w mowie spontanicznej.

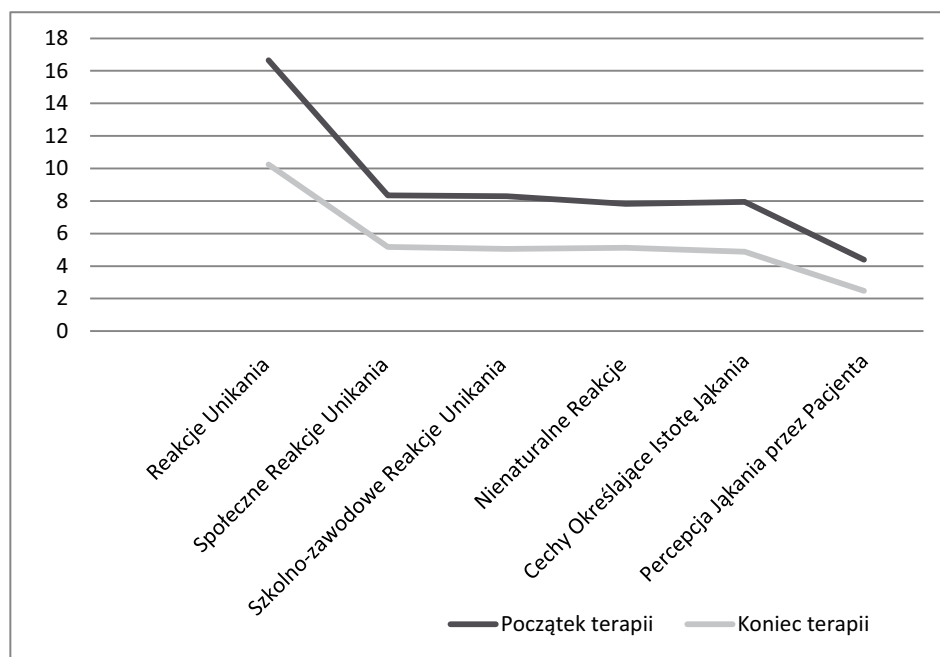
**Wykres 11. Skuteczność terapii. Objawy zewnętrzne jękania**



Największa zmiana wiąże się ze zmniejszeniem się wewnętrznych objawów jękania. Osoby badane deklarują, że po terapii liczba sytuacji, których chciałyby uniknąć z powodu swojego jękania, jest mniejsza. Widoczne jest to w sytuacjach społecznych i w szkolno-zawodowych. Zmiana nastąpiła w myśleniu osób badanych o swoim jękanii. Jękanie wywołuje w nich mniej negatywnych reakcji psychospołecznych. U osób badanych zmniejszyły się objawy w zakresie nienaturalnych reakcji związanych z jękaniiem.



**Wykres 12. Skuteczność terapii. Objawy wewnętrzne jękania**



Zmniejszenie się wewnętrznych objawów jękania powoduje zwiększenie efektywności terapii w zakresie trwałości zmian w poprawie płynności mówienia. Wynika to z zależności, jakie opisał Józef Sheehan ([za:] Byrne, 1989; por. Adamczyk, 1971, 1998, 1999), porównując jękanie do góry lodowej. Pod objawami zewnętrznymi jękania (wierzchołek góry lodowej) znajdują się objawy wewnętrzne (bryła góry lodowej jękania). Objawy zewnętrzne i wewnętrzne są powiązane. Praca tylko nad płynnością mówienia nie przyniesie efektów, jeśli nie zmniejszą się objawy wewnętrzne jękania, np. lęk przed mówieniem.

Wysoka samoocena, poczucie posiadania kompetencji, poczucie bycia kochanym przekłada się na poprawę płynności mówienia w trakcie terapii.

Zewnętrzne objawy jękania zmniejszają się. Osoby, które myślą pozytywnie o sobie, czują się kochane i akceptowane, są przekonane o swoich kompetencjach, angażują się w terapię, wierzą w jej powodzenie, doświadczają wsparcia społecznego. Poczucie integracji tożsamości przekłada się na zmniejszenie się reakcji unikania w sytuacjach szkolno-zawodowych. Spójna tożsamość, przekonanie o sensie swoich działań przekładają się na zmiany w zakresie pos-

trzegania jękania. Osoba poddana terapii przestaje ukrywać swoją przypadłość, a to przekłada się na spadek reakcji unikania. Zmiany w sferze funkcjonowania szkolno-zawodowego mogły się zadziać w trakcie terapii głównie na poziomie własnych przekonań o jękanu. U badanych osób z wysokim poczuciem kompetencji wzrosła świadomość wpływu jękania na ich życie. Osoby, które wierzą w swoje możliwości, zaczynają dostrzegać, jak jękanie ograniczało je wcześniej.

**Tabela 1. Analiza korelacji u osób badanych – współczynnika Rho-Spearmana**

| Zmiana  |                        | Częstotliwość | Recytacja | Czytanie | Powtarzanie | Opowiadanie | Mowa spontaniczna | Nienaturalne reakcje | Reakcja unikania | Spoleczne reakcje unikania | Szkolno-zawodowe reakcje unikania | Istota jękania | Percepcja jękania |
|---|------------------------|---------------|-----------|----------|-------------|-------------|-------------------|----------------------|------------------|----------------------------|-----------------------------------|----------------|-------------------|
| Ogólna samoocena  | Współczynnik korekcji  | -,620         | -,547     | -,360    | -,477       | -,374       | -,558             | -,244                | -,148            | -,073                      | -,124                             | -,119          | -,135             |
|   | Istotność (dwustronna) | ,008          | ,023      | ,156     | ,053        | ,139        | ,020              | ,346                 | ,570             | ,782                       | ,637                              | ,650           | ,605              |
| Kompetencje   | Współczynnik korekcji  | -,562         | -,439     | -,101    | -,245       | -,568       | -,589             | -,061                | -,213            | -,054                      | -,144                             | ,530*          | ,145              |
|   | Istotność (dwustronna) | ,019          | ,078      | ,701     | ,343        | ,017        | ,013              | ,815                 | ,411             | ,837                       | ,581                              | ,029           | ,579              |
| Bycie kochanym  | Współczynnik korekcji  | -,514         | -,403     | -,408    | -,505       | -,273       | -,379             | -,077                | ,188             | ,123                       | ,177                              | -,252          | ,067              |
|   | Istotność (dwustronna) | ,035          | ,109      | ,104     | ,039        | ,288        | ,133              | ,769                 | ,469             | ,638                       | ,497                              | ,329           | ,799              |
| Integracja tożsamości   | Współczynnik korekcji  | -,241         | -,376     | -,074    | ,016        | ,125        | -,165             | -,243                | -,342            | -,107                      | -,535*                            | -,127          | -,004             |
|   | Istotność (dwustronna) | ,352          | ,136      | ,778     | ,951        | ,633        | ,528              | ,348                 | ,179             | ,683                       | ,027                              | ,627           | ,987              |
| Lęk – cecha   | Współczynnik korekcji  | ,037          | -,082     | -,143    | ,176        | ,126        | -,148             | ,350                 | ,002             | ,123                       | ,014                              | ,526           | -,217             |
|   | Istotność (dwustronna) | ,888          | ,755      | ,584     | ,500        | ,630        | ,572              | ,169                 | ,992             | ,639                       | ,598                              | ,030           | ,403              |
| Poszukiwanie kontaktów towarzyskich                               | Współczynnik korekcji  | ,099          | ,167      | ,169     | ,133        | -,041       | ,072              | -,491                | -,434            | -,408                      | -,352                             | -,142          | -,248             |
|   | Istotność (dwustronna) | ,706          | ,523      | ,516     | ,610        | ,876        | ,785              | ,045                 | ,082             | ,104                       | ,163                              | ,588           | ,338              |
| Efektywność funkcjonowania w sytuacjach wymagających asertywności | Współczynnik korekcji  | -,437         | -,514*    | -,354    | -,296       | -,155       | -,412             | -,059                | -,011            | ,034                       | -,079                             | -,220          | -,002             |
|   | Istotność (dwustronna) | ,055          | ,035      | ,163     | ,249        | ,554        | ,101              | ,821                 | ,968             | ,897                       | ,764                              | ,397           | ,993              |
| Kompetencje społeczne   | Współczynnik korekcji  | -,425         | -,495     | -,238    | -,279       | -,181       | -,439             | -,203                | -,206            | -,058                      | -,278                             | -,016          | -,118             |
|   | Istotność (dwustronna) | ,089          | ,044      | ,359     | ,279        | ,487        | ,078              | ,434                 | ,427             | ,825                       | ,279                              | ,951           | ,652              |

Lęk rozumiany jako cecha kształtuje się na przestrzeni wielu lat. Lęk w jękaniu przybiera postać logofobii i przekłada się na postrzeganie jękania jako problemu i na oddziaływanie jękania na życie (tabela 1). Wyniki badań wskazały, że wraz ze wzrostem lęku rozumianego jako cecha zmienia się postrzeganie jękania. Jękanie przekłada się na pogorszenie jakości życia.

Styl radzenia sobie ze stresem oparty na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich przekłada się na zmniejszenie się nienaturalnych reakcji związanych z jękaniem (tabela 1). Są to zarówno pozy ciała, jak również reakcje związane z jakością mówienia, tonem głosu itp. Ludzie, którzy w sytuacjach stresowych poszukają wsparcia w swoim otoczeniu, odczuwają mniejsze natężenie jękania w zakresie opisanych objawów.

Poczucie kompetencji społecznych przekłada się na polepszenie się płynności w recytacji wybranego tekstu z pamięci. Kompetencje społeczne mogą się więc przekładać na poprawę efektywności terapii w zakresie zmniejszenia się częstotliwości jękania. Analizy wykazały, że z poprawą w płynnym mówieniu powiązana jest umiejętność funkcjonowania w sytuacjach wymagających asertywności. Osoby asertywne chętniej nawiązują kontakty społeczne, co pod koniec terapii przekłada się u nich na poprawę płynności w recytacji.

## **Wnioski i dyskusja wyników**

Wybrane czynniki psychospołeczne są powiązane ze skutecznością terapii u osób jękających się. Na podstawie przeprowadzonych badań można wskazać na wybrane czynniki, które okazały się istotne dla powodzenia terapii u osób jękających się. Są to: samoocena, lęk – cecha, styl radzenia sobie ze stresem oparty na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich, kompetencje społeczne.

Terapia, którą przeszły osoby badane na turnusie, była skuteczna. Nastąpiła u nich poprawa płynności mówienia. Po terapii osoby badane rzadziej unikają społecznych i szkolno-zawodowych sytuacji z powodu jękania. Zmienia się postrzeganie jękania jako bariery w kontaktach z ludźmi. Odnosząc uzyskane wyniki do teorii Bogdana Adamczyka i Józefa Sheehana (por. Adamczyk, 1971, 1998, 1999, Sheehan, [za:] Byrne 1989), po terapii u osób badanych zmniejszyły się zewnętrzne i wewnętrzne objawy jękania. Objawy zewnętrzne to objawy jękania słyszalne i widoczne dla otoczenia. Są to przede wszystkim zacięcia w mówieniu i współruchy ciała. Objawy wewnętrzne to psychika osoby jękającej się. Gwarantem skuteczności terapii jest zmniejszenie się zarówno zewnętrznych, jak i wewnętrznych objawów jękania. W przypadku zmniejszenia tylko

objawów zewnętrznych jękania istnieje duże prawdopodobieństwo, że uzyskany efekt terapeutyczny nie będzie trwały.

Dwie pierwsze hipotezy przyjęte na początku badań zostały potwierdzone. Istnieje związek między samooceną a skutecznością terapii u osób jękających się. Istnieje związek między funkcjonowaniem emocjonalnym u osób jękających się a skutecznością terapii. Dwie pozostałe hipotezy zostały potwierdzone w ograniczonym zakresie. Istnieje związek między stylem radzenia sobie ze stresem a skutecznością terapii. Istnieje związek między dostosowaniem społecznym a skutecznością terapii.

Hipoteza pierwsza została potwierdzona. Istnieje związek między samooceną a skutecznością terapii polegający na tym, że im niższy jest poziom samooceny u osoby jękającej się, tym niższa jest skuteczność jej terapii. Pozytywny obraz siebie, poczucie kompetencji, poczucie bycia kochanym, integracja własnej tożsamości przekłada się na skuteczność terapii w zakresie zmniejszenia się nie płynności w mówieniu i częściowo na zmianę postrzegania jękania. U osób, które wierzą w siebie, doznają wsparcia społecznego, czują się kompetentne i zaradne w swoich działaniach, w trakcie terapii ma miejsce poprawa płynności mówienia. Pojawia się u nich świadomość w zakresie wcześniejszych ograniczeń związanych z jękaniami, co może przełożyć się na wzrost motywacji do pracy nad sobą. U osób, które nie wierzą w siebie, nie mają wsparcia społecznego, nisko oceniają swoje kompetencje, nie mają jasno określonej tożsamości, terapia będzie nieskuteczna. W trakcie terapii zabraknie im wiary w siebie i w sens podejmowanych działań. Brak wsparcia ze strony otoczenia przełoży się na niską trwałość uzyskanych efektów.

Hipoteza druga została potwierdzona. Istnieje związek między funkcjonowaniem emocjonalnym a skutecznością terapii polegający na tym, że im wyższy jest poziom lęku u osoby jękającej się, tym niższa jest skuteczność jej terapii. Lęk rozumiany jako cecha jest powiązany z wewnętrznymi objawami jękania się. Wysoki poziom lęku przekłada się na postrzeganie jękania. Osoba traktuje jękanie jako problem, który przekłada się na pogorszenie jakości życia. U osób z wysokim poziomem lęku terapia nie jest skuteczna, jeśli nie zostanie połączona z psychoterapią. Terapia powinna się skupiać zarówno na wewnętrznych, jak i zewnętrznych objawach jękania, gdyż terapia oparta wyłącznie na poprawie płynności mówienia nie przyniesie efektu. Mimo pozornego mówienia bez jękania na poziomie myśli i emocji ta osoba dalej „będzie się jękać”. Kwestią czasu jest wtedy nawrót zacięć w mówieniu.

Hipoteza trzecia została potwierdzona w ograniczonym zakresie. Istnieje związek między radzeniem sobie ze stresem a skutecznością terapii polegający na tym, że im sztywniejszy jest sposób radzenia sobie ze stresem przez osobę jękającą się, tym niższa jest skuteczność jej terapii. Styl radzenia sobie ze stresem polegający na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich przekłada się na zmniejszenie się nienaturalnych reakcji związanych z jękaniem się. Osoby, które w sytuacjach dla nich trudnych szukają wsparcia w swoim otoczeniu, osiągną większe efekty w terapii. Osoby, które w sytuacjach dla nich trudnych nie korzystają ze wsparcia osób bliskich, mogą napotkać trudności w terapii. Nienaturalne reakcje związane z jękaniem będą się u nich utrzymywać.

Hipoteza czwarta została potwierdzona w ograniczonym zakresie. Istnieje związek między dostosowaniem społecznym u osób jękających się a skutecznością terapii polegający na tym, że im niższy jest poziom dostosowania społecznego u osoby jękającej się, tym niższa jest skuteczność jej terapii. Osoby jękające się dostosowane społecznie, efektywnie funkcjonujące w sytuacjach wymagających asertywności w terapii osiągają efekty w zakresie poprawy u nich płynności mówienia w trakcie recytowania tekstu. Efektywność funkcjonowania w sytuacjach społecznych przekłada się na efektywność terapii. Osoby, które są niedostosowane społecznie, w terapii będą napotykały trudności w relacjach społecznych. Przełoży się to na utrzymanie się u nich niepłynności w mówieniu.

Prowadzenie badań nad skutecznością terapii jękania jest ważne ze względu na specyfikę jękania. Jękanie jest zaburzeniem o wieloczynnikowym podłożu (por. Szamburski, 1996, 1999) i wieloczynnikowych objawach (Tarkowski, 2005). Z biegiem lat zmienia się nasilenie objawów, zmieniają się też proporcje między nimi (Byrne, 1989). Rolę znaczenia czynników psychospołecznych w jękaniu podkreśla Charles van Riper. Przyjął, że jękanie zmniejszy się, kiedy obniżymy wartość: poczucia doznanych kar i winy, frustracji, lęku, niepokoju, wrogości, obaw przed określonymi sytuacjami, obaw przed dźwiękami i wyrazami mowy, stresu komunikacyjnego, a podwyższona zostanie: pewność siebie i liczba wypowiedzi płynnych (1964, 1971 [za:] Tarkowski, 1999). Płynność mówienia jest jednym z czynników. Van Riper podkreśla znaczenie opisanych czynników psychospołecznych w terapii jękania. Badania nad terapią modyfikacji jękania w krajach anglojęzycznych wskazują na przeciwnikowe znaczenie tej metody. Michael Blomgren i współpracownicy (2005), prowadząc badania nad skutecznością terapii według programu modyfikacji jękania, wykazali, że najwyższa po-

prawa u osób badanych nastąpiła w sferze psychospołecznej. Aspekt psychospołeczny związany z terapią jękania opartą na metodzie kształtowania płynności mówienia wymaga pogłębionych badań.

Autor pracy zamierza kontynuować badania, które prezentowane są w niniejszej publikacji. Punktem docelowym jest opracowanie programu dla osób jękających się, korzystających z terapii opartej na kształtowaniu płynności mówienia. Istnieje duża grupa osób, u których podjęta terapia okazuje się nieskuteczna lub jej efekty nie są trwałe. Mimo polepszenia płynności mówienia po terapii zdarzają się nawroty jękania. Autor, przygotowując się do prowadzenia badań, przyjął, że czynniki psychospołeczne mają związek ze skutecznością oddziaływań terapeutycznych. Można to odnieść do bagażu doświadczeń życiowych, jakie dana osoba „przynosi” ze sobą na terapię. Jeśli ten bagaż dla osoby leczonej jest przygniatający, standardowa terapia logopedyczna oparta na nauce płynnego mówienia będzie nieskuteczna. W tej sytuacji bardzo ważna jest prowadzona przed podjęciem terapii diagnoza psychologiczna z określeniem nasilenia czynników psychospołecznych u badanej osoby. Prowadzenie terapii na podstawie zweryfikowanego wcześniej programu doprowadzi do zwiększenia jej skuteczności.

Opracowanie programu terapii kształtowania płynności mówienia na podstawie czynników psychospołecznych wymaga rozszerzenia grupy badawczej. Prowadzenie badań wyłącznie na jednym turnusie sprawia, że badania będą obarczone błędem. Autor będzie prowadził badania na kilku turnusach w Polsce na przestrzeni najbliższych lat.

## Bibliografia

- Adamczyk B., 1971: *Trening i psychoterapia w metodzie Echo*. „Logopedia”, nr 10, s. 46–49.
- Adamczyk B., 1998: *Jękanie jako góra lodowa*. „Logopedia”, nr 25, s. 15–17.
- Adamczyk B., 1999: *Terapia jękania dla ubogich, ale chętnych*. „Logopedia”, nr 26, s. 15–18.
- Blomgren M., Roy N., Callister T., Merrill R.M., 2005: *Intensive stuttering modification therapy: A multidimensional assessment of treatment outcomes*. „Journal of Speech, Language and Hearing Research”, Vol. 48, s. 509–523.
- Byrne R., 1989: *Pomówmy o zacinianiu*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa.

Chmielewski G., 2013: *Obraz siebie osób jękających się*. Niepublikowana praca magisterska przygotowana pod kierunkiem prof. dr hab. Dr h.c. Kazimierza Popielskiego. Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, Lublin.

Chęć M., 2001: *Kwestionariusz Cooperów do oceny jękania. Zarys terapii. Zmodyfikowany program terapii osób jękających się. Podręcznik*. Wydawnictwo Fundacji „Orator”, Lublin.

Chęć M., 2007: *Jękanie. Diagnoza-Terapia-Program*. Impuls, Kraków.

Feinberg A.Y., Griffin B.P., Levey M., 2000: *Psychological aspects of chronic tonic and clonic stuttering: Suggested therapeutic approaches*. „The American Journal Of Orthopsychiatry”, Vol. 70, No. 4, s. 465–473.

Kałużński J., 1971: *Jękanie a trema*. Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, Warszawa.

Rakowska J., 2005: *Skuteczność psychoterapii: przegląd badań*. Wydawnictwo Scholar, Warszawa.

Szamburski K., 1996: *Nerwica jękania – inny sposób spojrzenia na problem nie płynności mówienia*. „Logopedia”, nr 23, s. 191–212.

Szamburski K., 1999: *Analiza patomechanizmu jękania a program terapii*. „Logopedia”, nr 26, s. 202–210.

Szamburski K., 2006: *Patomechanizm powstawania jękania rozwojowego – propozycja powiązania jękania z lękiem*. „Logopeda”, nr 2, s. 45–47.

Tarkowski Z., 1997: *Jękanie wczesnodziecięce*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.

Tarkowski Z., 1999: *Jękanie*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Tarkowski Z., 2005: *Jękanie*. W: Gałkowski T., Szeląg E., Jastrzębowska G., red.: *Podstawy neurologopedii – podręcznik akademicki*. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole, s. 693–701.

Tarkowski Z., 2007: *Psychosomatyka jękania*. Wydawnictwo Fundacji „Orator”, Lublin.

Wrześniewski K., Sosnowski T., Jaworowska A., Focenc D., 2001: *Inwentaryusz Stanu i Cechy Lęku STAI. Polska adaptacja STAI*. Wydawnictwo Pracowni Testów Psychologicznych Towarzystwa Polskiego, Warszawa.

## Streszczenie

Autor podejmuje w pracy problematykę skuteczności terapii u osób jękających się. Odwołuje się do rozpowszechnionego w Polsce nurtu kształtowania płynności mówienia. Autor przyjął hipotezę, że wybrane czynniki psychospołeczne są powiązane ze skutecznością terapii. Badaniami zostały objęte osoby jękające się, biorące udział w turnusie terapeutycznym i spotkaniach grup samopomocy. Analizy potwierdziły przyjęte hipotezy.

## Summary

The author discusses the issue of treatment efficacy for people who stutter. He refers to the fluency shaping therapeutic approach, which is a widespread trend in Poland. The author makes a hypothesis that selected psychosocial factors are associated with the efficacy of the therapy. The study was conducted among people who stutter who had attended a speech-therapy residential program as well as those who participated in self-help group meetings. The hypotheses posed by the study were proven in the course of the analysis.



## ***Jak sprostać wyzwaniom? Praca nad identyfikacją własnego jąkania w grupie samopomocowej***

*How to meet challenges? Effective strategies in working on personal stuttering identification in a self-help group*

„Jąkać się – jak to łatwo powiedzieć!”<sup>1</sup>

### **Jąkanie – problem złożony**

Istnieje wiele definicji i teorii dotyczących pochodzenia jąkania. Różnorodność podejść do tego zjawiska udowadnia, że to, co obecnie o nim wiemy, ciągle ewoluuje, głównie ze względu na nieustannie zmieniające się doświadczenia, jakie zdobywamy (Turnbull, Stewart, 2010). Trudno zatem teoretykom i praktykom stanąć w miejscu, czuć i myśleć o jąkaniu w ten sam sposób przez kilka czy kilkadziesiąt lat. Oznaczałoby to bowiem, że nie ma już nic do odkrycia i nie ma również możliwości rozwijania się (Turnbull, Stewart, 2010). Nie tylko definicje określające jąkanie są odmienne, również reakcje na nie bywają różne. Stereotypowo, jękający się są ludźmi, którzy mówią chaotycznie, zacinają się i powtarzają słowa, a przecież „[...] w rzeczywistości jąkanie to nie tylko nieprawidłowość związana bezpośrednio z aktem mowy. Pogłębiająca się z czasem niepełność tworzy zmienioną patologicznie osobowość z wtórnymi nawarstwieniami psychologicznymi” (Ploch, 2008: 41). Fenomen jąkania idealnie obrazuje model góry lodowej będącej zestawieniem zewnętrznych i wewnętrznych objawów niepełności mówienia. Metaforyczny lodowiec dzieli się na dwie części: „nadwodne” objawy (bloki, prolongacje, współtruchy neuromięśniowe, powtórzenia) i objawy „podwodne”, będące tajemniczą i nieodgadnioną częścią psychiki jękającego się (Adamczyk, 1998). Co za tym idzie, osoba z niepełnością nie tylko powinna modyfikować komunikację, ale powinna także budować pozytywny obraz własnego jąkania i samego siebie.

Badania prowadzone na przestrzeni ostatnich lat dowodzą, że negatywne postawy wobec własnej mowy mają ogromny wpływ na przebieg terapii i na samo jąkanie (Węsierska et al., 2014). O ile w przypadku dzieci społeczne i terapeutyczne wsparcie jest łatwiejsze, o tyle w przypadku dorosłych osób ją-

---

<sup>1</sup> Hasło sformułowane przez Tomka, uczestnika spotkań Klubu ludzi mówiących płynnie w Katowicach.

kających się istnieje jedynie kilka możliwości uzyskania wsparcia w życiu codziennym (Fibiger et al., 2009). Jedną z form pracy z osobami dorosłymi, która wspiera, motywuje i odczuła, są spotkania grup samopomocowych. To właśnie tam dorośli jękający się, wykorzystując terapeutyczną rolę grupy, własną motywację oraz socjoterapeutyczne działania, oddziałując na całokształt zmian wywołanych przez jękanie, to właśnie tam „doładowują akumulatory płynności”.

### Samopomoc skuteczna

„Pragnąłbym utworzyć grupę złożoną z jękających się osób – albo dołączyć do istniejącej już grupy, w której członkowie chcą pomagać sobie i innym jękającym się osobom. [...] Starałbym się, by te osoby czuły się dumne, nie dlatego, że się jękają, gdyż tylko głupiec może być dumny z czegoś, co stanowi utrapienie, ale dlatego, że podejmują starania, by sobie pomóc”<sup>2</sup>

(van Riper, 1973 [za:] Reeves, 2006: 263)

W czasach, gdy Charles van Riper wypowiadał te słowa, grupy samopomocowe dla osób zmagających się z problemem jękania nie były popularną formą wsparcia. Skazane na porażkę w opinii terapeutów mowy, kojarzone były z dyskomfortem i zakłopotaniem, które u osób jękających się wywołane miały być niejako poprzez obecność innych członków grupy. Faktem jest, że w niektórych przypadkach przedstawiona sytuacja może mieć miejsce, jednak większość osób jękających się czerpie spore korzyści z przynależności do grupy (Hulit, 2004), której rola w obliczu dzisiejszego stanu wiedzy jawi się jako bardzo pozytywna i niezaprzeczalna (Chęciek, 2007). Potrzeba było jednak wielu lat przeobrażeń społecznych, ażeby grupy samopomocy dla osób mówiących niepłynnie zyskały odpowiednią rangę i status. Warto wprowadzić rozróżnienie, które zwykli przyjmować badacze tematu, oddzielający grupy wsparcia (kierowane przez specjalistów, mające wymiar terapeutyczny sensu *stricto*) od grup

---

<sup>2</sup> „I would like to form a group of stutterers – or join a group that already exist in which the members want to help themselves and to help other stutterers. [...] I would seek to make stutterers proud, not that they stutter, for only a fool can take pride in affliction, but that they are doing something to help” [tłum. Agata Laszczyńska].

samopomocy (gdzie obecność profesjonalnego koordynatora nie jest wymagana) (Yaruss, Quesal, Reeves, 2007). Grupa samopomocowa stanowi zatem zazwyczaj pozainstytucjonalne wsparcie środowiskowe dla osób zmagających się z problemem niepełnej mowy. Nie jest to więc grupa terapeutyczna, a raczej zrzeszenie osób, które pragną dzielić się swoimi odczuciami i doświadczeniami (Węsierska, Szykowska, Szymura, 2013). Siła oddziaływania grupy jest ogromna, dla uczestników niezwykle liczą się bowiem komunikaty i opinie wypowiedziane przez osoby, które doświadczają podobnego problemu. Specyficzny, panujący w tym środowisku klimat zapewnia poczucie bezpieczeństwa, a wzajemna akceptacja i empatia stają się nieodzownymi elementami spotkań (Fraser, 2010). Grupy samopomocy przez wielu członków oraz specjalistów z dziedziny jąkania traktowane są jako jedna z form profesjonalnej terapii, nie zaś alternatywa dla niej (Reeves, 2006). Grupy samopomocowe – jak trafnie ujął to Zdzisław Gładosz, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Jąkających się OSTOJA<sup>3</sup> – są swoistym wypełnieniem luki pomiędzy profesjonalistami i ich spojrzeniem na terapię jąkania a osobami zmagającymi się z problemem niepełności w mowie, które mają swoje realne problemy i potrzeby (Gładosz, 2002). Prowadzone przez lata liczne badania na temat grup wsparcia oraz samopomocy pokazały, że z przynależności do tego typu zrzeszeń wynikają liczne korzyści dla uczestników. Jednym z najważniejszych pozytywnych aspektów uczestnictwa w spotkaniach jest fakt, że osoby jąkające się osiągają korzyści z komunikacji, nawet jeśli nie mają znaczących sukcesów w terapii płynnej mowy. Odnotowano również wśród uczestników wzrost więzi społecznych oraz zdolności interpersonalnych. Stwierdzono korzystny wpływ na ogólny stan zdrowia jąkających się osób, ich kondycję emocjonalną oraz poczucie pewności siebie, co przekłada się na poprawę jakości życia (Yaruss, Quesal, Reeves, 2007). Wnioski te potwierdzają również badania na gruncie polskim, które wykazały, iż jąkająca się osoba dzięki udziałowi w spotkaniach grupy samopomocowej ma możliwość obniżenia frustracji oraz rozładowania negatywnych emocji, a także mobilizuje się do pracy nad sobą, co powoduje u niej wzrost poczucia kontroli nad biegiem wydarzeń (Urbaniak, 2010). Badanie opinii uczestników takich grup pokazało ponadto, że udział w spotkaniach ma wpływ na zmniejszenie się

<sup>3</sup> Pod auspicjami OSTOI działają na terenie naszego kraju Kluby „J” – grupy wsparcia dla osób dotkniętych problemem jąkania koordynowane przez terapeutów – logopedów, psychologów. Inną, ważną organizacją jest niewątpliwie Centrum Wspierania Rozwoju Osobistego i Funkcjonowania Społecznego ARKA fundacji Frogos. OSTOJA i ARKA współpracują ze sobą, organizując m.in. turnusy rehabilitacyjne dla osób jąkających się, ogólnopolskie zjazdy Klubów „J”, warsztaty szkoleniowe itp. (Ploch, 2008).

objawów jąkania, motywację do ćwiczeń płynności mowy oraz zmianę postawy wobec problemu nie płynności mowy (Węsierska, Szykowska, Szymura, 2013). Ważnym aspektem funkcjonowania grup samopomocowych są oczekiwania ich członków co do przebiegu spotkań. Niektóre jąkające się osoby poszukują w tego typu grupach towarzystwa, relacji koleżeńskich i to stanowi dla nich pomoc; samo bycie z innymi jąkającymi się członkami grupy staje się dla nich terapią. Inni z kolei zainteresowani są głównie daniem wsparcia innym, ich celem jest niesienie pomocy. Są też osoby, które szukają miejsca, gdzie zgłębiać będą tajniki technik płynnej mowy, inni zaś żywią szczerą nadzieję, że wreszcie znaleźli miejsce, w którym nie będą musieli tych technik stosować (Yaruss, Quesal, Reeves, 2007). Poruszana tematyka oraz formy pracy dostosowywane są do potrzeb uczestników, co sprawia, że wszyscy członkowie odpowiedzialni są niejako za przebieg spotkań.

Przykładem grupy, która łączy w sobie formę terapeutyczną i samopomocową, jest działający w Katowicach Klub ludzi mówiących płynnie. Grupa, do której przynależą zarówno osoby jąkające się, ich bliscy, jak i logopedzi oraz studenci logopedii i filologii polskiej, jest otwarta na wszystkie osoby zainteresowane problemem nie płynności (Węsierska, Szykowska, Szymura, 2013). Powołana przez samych uczestników po jednym z turnusów terapeutycznych organizowanych przez dra Mieczysława Chęćka<sup>4</sup> z powodzeniem przyciąga wciąż nowych członków. Spotkania nastawione są nie tylko na przezwyciężanie problemu nie płynności, jak sugerowałaby celowo przewrotna nazwa klubu, ale również na aspekt towarzyski, dzięki czemu nie mają one charakteru typowej terapii logopedycznej, a uczestnicy mogą poczuć się bardziej swobodnie. Bycie członkiem klubu wiąże się z akceptacją jego głównego przesłania – każdy z nas bywa czasem nie płynny, potyka się w mowie, szczególnie wtedy, gdy znajduje się pod wpływem stresu czy silnych emocji; dążenie zatem do idealnie płynnej, nieskazitelnej mowy staje się zadaniem niemożliwym, czego stali bywalcy klubu uczą się poprzez rozmaite formy ćwiczeniowe (Hołaj, 2014). Koordynatorzy grupy przygotowują scenariusze spotkań w oparciu o potrzeby uczestników oraz zgodnie z ideą, wedle której na pierwszym miejscu stawia się skuteczną komunikację interpersonalną oraz redukcję strachu związanego z jąkaniem.

<sup>4</sup> Turnusy terapeutyczne dla osób jąkających się od roku 1999 organizowane są przez Specjalistyczne Centrum Terapii Jąkających się w Wodzisławiu Śląskim. Terapia turnusowa odbywa się według autorskiej metody dra Mieczysława Chęćka – Zmodyfikowanego Programu Psychofizjologicznej Terapii Jąkających. Więcej na ten temat można przeczytać w pracach (Chęć, 1993: 58-59; 1997: 41-60; 2010: 147-160; 2011: 72-81; Chęć, Bartkowiak, Pielecki, Węsierska, 2002: 201-212).

## Wolność mówienia, wolność jękania

Udział w spotkaniach Klubu ludzi mówiących płynnie nie jest gwarantem zmniejszenia liczby niepełności w mowie uczestników. Zakłada jednak systematyczną pracę nad redukcją lęku komunikacyjnego, co staje się możliwe poprzez akceptację własnego jękania. Pierwszym krokiem do sukcesu jest jednak odczucie się na własną niepełność, szeroko pojęta desensytyzacja, która w psychologicznej nomenklaturze oznacza proces terapeutyczny polegający na redukowaniu intensywności reakcji lękowej. Odwrażliwianie staje się możliwe poprzez konstruowanie takich sytuacji, w których dana osoba ma możliwość konfrontacji ze złagodzoną wersją swoich doświadczeń lub obiektem lęku (Carson, Butcher, Mineka, 2003). W terapii jękania desensytyzacja odbywa się najczęściej na dwóch poziomach – emocjonalnym i behawioralnym. Na poziomie emocjonalnym terapia desensytyzacyjna zmierza do tego, aby klient poczuł się komfortowo i naturalnie w sytuacjach, które wcześniej były kojarzone ze strachem, niepewnością oraz innymi negatywnymi emocjami. Na poziomie behawioralnym terapia ta pomaga klientowi niejako znosić silne fizyczne napięcie podczas momentów zająknięcia, którym towarzyszy swoista walka z własnym ciałem (Hood, ed., 2004). W celu pełnego odczucia się na własne jękanie osoby dotknięte problemem niepełności zobowiązane są do „przepracowywania” rozmaitych sytuacji (najczęściej wykorzystuje się tutaj odgrywanie ról w scenkach sytuacyjnych), używając technik takich jak chociażby celowe jękanie się (ang. *voluntary stuttering*) (Hood, ed., 2004). W konsekwencji następuje akceptacja własnego jękania i uodpornienie się na stres przeżywany przez daną osobę w związku ze swoim problemem (Kostecka, 2004).

Desensytyzacja ma swoje korzenie w latach 30. XX wieku, kiedy to troje amerykańskich uczonych – Bryng Bryngelson, Wendell Johnson i Charles van Riper – zaproponowało nowe podejście w terapii jękania (Bloodstein, Bernstein Ratner, 2008). Powszechnie stosowane wówczas metody uwzględniały jedynie redukcję niepełności w mowie, nie biorąc pod uwagę innych istotnych aspektów związanych z funkcjonowaniem osób jękających się w przestrzeni komunikacyjnej. Nowe podejście zakładało z kolei pracę nad redukcją strachu przed jękaniem oraz zmniejszanie reakcji unikania. Wiązało się to z krytyką poprzednich metod, dających tymczasowe wsparcie i gwarantujących szybką poprawę, po której niejednokrotnie problem pacjenta wracał. Metody te nie zmniejszały zatem strachu przed jękaniem, a raczej potęgowały go, sytuując jękanie w ob-

szarze największych lęków danej jednostki. Metody zakładające poruszanie ręką czy specyficzne techniki, dzięki którym mowa brzmiała nienaturalnie, zostały skrytykowane, gdyż dawały jasny komunikat: „Pod żadnym pozorem nie jąkać się”. W rezultacie jąkanie stawało się czymś, czego za wszelką cenę trzeba unikać, stosując różnorodne strategie. Nowe podejście, reprezentowane przez przywołanych tu badaczy, nie zakłada całkowitej redukcji jąkania. Przekaz jest bowiem prosty i klarowny: „Jąkać się. Ucz się jednak, jak robić to bez strachu i zakłopotania oraz jak najbardziej naturalnie” (Bloodstein, Bernstein Ratner, 2008: 347). Metoda, o której mowa, znana jest jako *jąkanie się bardziej płynne* czy też modyfikowanie sposobu jąkania (Guitar, Peters, 2014; Kostecka, 2004). Najważniejsze aspekty tego podejścia dotyczą dokładnego poznania swojego jąkania, zaakceptowania go, odczucia się na nie, a w konsekwencji – modyfikacji jego objawów, tak by zająknięcia były łagodniejsze, trwały krócej i nie stanowiły już źródła stresu czy frustracji. W ramach tej metody istotne jest przejście kontroli nad własnym jąkaniami, nie zaś dążenie do osiągnięcia całkowitej płynności mowy (Guitar, Peters, 2014).

Równie istotna zarówno w procesie terapii, jak i na spotkaniach grup samopomocowych jest identyfikacja będąca odkrywaniem i próbą zrozumienia zachowań mających miejsce, kiedy jąkający się mówi płynnie, kiedy mówi niepłynnie i kiedy się jąka. Identyfikacja jest więc próbą poznania postaw i odczuć powiązanych z mówieniem i jąkaniami (Hood, ed., 2004). To proces, w którym jąkający się omawia i oswaja ukryte aspekty własnego jąkania.

Identyfikacja była zalecana przez badaczy uniwersytetu Iowa już w 1930 roku. Bryngelson przekonywał wtedy, że osoby jąkające się powinny próbować odwzorowywać swoje jąkanie poprzez obserwowanie siebie w lustrze (Turnbull, Stewart, 2010). Opinia ta łączy się z przekonaniem van Ripera, że osoby jąkające się nie są świadome tego, co robią, kiedy się jąkają. Dlatego właśnie głównym zadaniem związanym z identyfikacją jawnych aspektów jąkania jest częste monitorowanie przez klienta zachowań podczas jąkania – monitorowanie na tyle szczegółowe, by pomagało wprowadzać zmiany w sposobie jąkania. Identyfikacja jest procesem, w którym osoby zaczynają rozumieć, że ich jąkanie składa się z różnych elementów; identyfikacja rozwija więc zdolność rozpoznawania, nazywania i monitorowania funkcji jawnych, ale przede wszystkim ukrytych.

Jak sugerują Carolyn Cheasman, Rachel Everard i Sam Simpson, osoby jąkające się często mają negatywne myśli dotyczące własnej osoby (2013). Jąkanie

jest więc napędzane przez pesymistyczne myślenie, to ono sprawia, że pacjenci nie zwracają uwagi na inne aspekty swojej komunikacji niż nie płynność i potknięcia. Skupianie się na tym, co złe i niepożądane w ich mowie, często udaje się wyeliminować poprzez nagrania video wspomagające proces identyfikacji, będące częścią terapii i częścią spotkań Klubu ludzi mówiących płynnie. Filmy z udziałem osób jękakających się w zaskakujący sposób pomagają pacjentom; dzięki nim mają oni możliwość zwrócenia uwagi na to, jak w rzeczywistości wygląda ich nie płynność. Niektórzy stwierdzają u siebie duże umiejętności komunikacyjne, inni rozpoczynają poznawanie aspektów, które chcieliby zmodyfikować, np. wysokość głosu czy kontakt wzrokowy (Cheasman, Everard, Simpson, 2013).

Proces identyfikacji najczęściej rozpoczyna się od odkrywania ukrytych wymiarów związanych z mówieniem – z tym pacjenci mają największy problem. Pomaga w tym metafora góry lodowej, dzięki której jękakający się mogą sprecyzować, co jest nadwodną, a co podwodną częścią góry. W grupie, będącej ogromnym wsparciem dla osób jękakających się, identyfikacja z innymi jest ważnym krokiem w procesie leczenia. Uczestnicy czują, że są słuchani i rozumiani, a dodatkowo mają przekonanie, że nie są sami ze swoim problemem (Tuckman, 1965 [za:] Cheasman, Everard, Simpson, 2013).

„Odwołując się do zmodyfikowanej wersji ukrytych objawów jękania według Sheehana, można stworzyć pewną strukturę identyfikacji. Wyróżnia się w niej poziomy:

- poziom dźwięku (rzeczy, które robi jękakający się, żeby się nie jękać, np. wypełniacze, pauzy, kasłanie),
- poziom słowa (zmiana słowa na synonim lub unikanie trudnego słowa, którego osoba jękakająca się boi),
- poziom mowy (rezygnacja z mowy – tzn. rzadsze mówienie lub zostawianie cichym),
- poziom sytuacji (niewchodzenie w sytuacje, nieuczestniczenie w spotkaniach),
- poziom odczuć (niepozwalanie innym poznać, co czuje osoba jękakająca się na temat własnego jękania, odcinanie się od odczuć do siebie samego),
- poziom relacji (unikanie pewnego rodzaju relacji i kontaktów),
- poziom roli” [tłum. Monika Pakura] (Cheasman, Everard, Simpson, 2013: 136).



Każdy z poziomów jest określeniem tego, co w jąkanii należy ośwoić i zmodyfikować. Poza tym celem w procesie identyfikacji jest także wsparcie pacjenta w poszukiwaniu alternatywnego obrazu siebie (reorientacja), pomoc pacjentowi w odkryciu prawdziwego „ja” (pełniejsze zrozumienie jąkania), udzielanie pacjentowi pozytywnych informacji zwrotnych, co wspomaga proces wdrażania zmian (Stewart, 2012; Turnbull, Stewart, 2010).

### **Opowiedz mi swoją historię, czyli w stronę akceptacji**

Spotkania klubu pomagają uczestnikom poznać własne jąkanie, zrozumieć je i zaakceptować. Ponadto forma spotkań sprawia, że osoby jękające się muszą pokonywać trudności, które mnoży przed nimi niepełność.

Jednym z wyzwań, jakie prowadzący postawili przed uczestnikami spotkań, było opowiedzenie o własnym jękaniu i emocjach z nim związanych. Wywiady (załącznik 1), które przeprowadzali studenci filologii polskiej i logopedii, rodziny osób jękających się oraz wolontariusze, skłaniały jękających się do mówienia, wykorzystywały narrację jako sposób poznawania i nazywania emocji związanych z niepełnością. Głównym celem stworzenia kwestionariuszy wywiadów i ich przeprowadzenia była praca nad procesem akceptacji, identyfikacja i odczulanie na reakcje słuchacza. Pytania umieszczone w ankiecie dotyczyły m.in. życia z jękaniem, sposobów radzenia sobie z nim oraz relacji osób jękających się ze społeczeństwem.

Przeprowadzone ankiety zostały spisane, przeszły autoryzację i stały się przyczynkiem do wielu dyskusji. Ponadto wywiady umownie nazwane *Opowiedz mi swoją historię*, poprzez odczytywanie i komentowanie umieszczonych w nich treści, stały się ważną częścią procesu identyfikacji i rekonstrukcji myślenia o własnym jękaniu. Uczestnicy dzięki nim jasno określili, czym dla nich jest jąkanie:

*Jąkanie porównałbym do prowadzenia samochodu podczas zimy. Zupełnie się nad nim nie panuje. (M. 12)*

*Jąkanie na pewno kojarzy mi się z czymś bardzo negatywnym, odrzuceniem, brakiem akceptacji, niskim poczuciem własnej wartości. (Z. 19)*

*Jestem w klasie sportowej, gram w piłkę ręczną. Wyobraź sobie, że grasz i chcesz wykonać akcję, ale ci się nie udaje i to zaprzepaszcza szansę na zwycięstwo. (P. 16)*



Ponadto rozmowa zmotywowała uczestników klubu do sprecyzowania tego, co czują, gdy się jękają:

*Emocje, które towarzyszą jękaniu, to przede wszystkim strach, że nie zdążę czegoś powiedzieć i że ktoś mnie wyśmiej. Emocje towarzyszące jękaniu są wyłącznie negatywne. (M. 12)*

*Kiedy chcę coś powiedzieć publicznie, mój głos i ręce drżą, serce wali jak szalone, czerwienię się, mam spocone dłonie... Wtedy myśli płączą mi się, mam blokady, nie mogę myśleć trzeźwo. Najbardziej przeszkadza mi blokada w głowie, w gardle. Jękaniu towarzyszą tylko negatywne odczucia. Najgorsze jest to, że cały czas myślę o tym, co inny człowiek o mnie pomyśli. (M. 34)*

*Człowiek jękający boi się odrzucenia przez społeczeństwo. (P. 44)*

*Boi się wyśmiania, tego, żeby nikt cię nie wyśmiał, gdy się zajękiesz. (P. 16)*

Poprzez swoje wypowiedzi jękający się mogli również przekazać światu refleksje, wskazówki i prośby związane z niepełnością. Dzięki temu wyrazili ukryte pragnienia:

*Chciałbym przekazać innym, że nie należy dyskryminować osób jękających się. Czasem osoby, które się jękają, mają problem ze znalezieniem pracy pomimo tego, że są odpowiednio wykształcone i wykwalifikowane. (M. 40)*

*Człowiek jękający się to nie jest człowiek gorszy. Żeby inni ludzie nie patrzyli na nas jak na jakieś dziwadła! (P. 44)*

*Chciałbym, aby pamiętali, że jękanie to nic złego. Ja kiedyś myślałem, że to fatum – najważniejsze jest, by odczarować to myślenie. (M. 36)*

## Podsumowanie

Celem każdej terapii jest doprowadzenie pacjenta do momentu, w którym będzie mógł powiedzieć to, co chce i kiedy chce, bez względu na poziom własnej płynności. Dla jednych będzie to oznaczało fundamentalne zmiany w sposobie konstruowania jąkania i płynności, dla innych będzie to kontynuowanie używania technik kontrolowania płynności i niewielkiej zmiany ich nastawienia do sposobu, w jaki mówią. Dla większości będzie to jednak kombinacja obu – bardziej pozytywnego podejścia do mówienia i do samego siebie

jako mówcy, zmniejszenia strachu i unikania oraz użycia technik wymowy w sytuacjach, w których zwiększona płynność ma znaczenie (Turnbull, Stewart, 2010). Niezależnie od tego, jaki sposób pracy nad sobą i własnym jękaniem wybierze osoba jękaną się, ważne jest, by czuła, że idzie w dobrą stronę, w stronę akceptacji i zrozumienia.

Wywiady stanowiły niewątpliwie ważny krok, jaki wykonali członkowie Klubu ludzi mówiących płynnie w stronę poznania własnego jękania, o czym świadczą ich szczere, wybiórczo zacytowane powyżej wypowiedzi, mogące stanowić inspirację dla innych jękanących się osób, dla których proces autoterapii dopiero się rozpoczyna.

## Bibliografia

- Adamczyk B., 1998: *Jękanie jako góra lodowa*. „Logopedia”, t. 25, s. 15–18.
- Bloodstein O.B., Bernstein Ratner N., 2008: *A handbook on stuttering*. Delmar, Cengage Learning, Clifton Park.
- Carson R.C., Butcher J.N., Mineka S., 2003: *Psychologia zaburzeń. Vol. 2. Człowiek we współczesnym świecie*. GWP, Gdańsk.
- Cheasman C., Everard R., Simpson S., 2013: *Stammering therapy from the Inside. New perspectives on working with young people and adults*. J&R Press, Albury.
- Chęciek M., 2007: *Jękanie. Diagnostyka – Terapia – Program*. Impuls, Kraków.
- Fibiger S., Peters H., Euler H., Neumann K., 2009: *Opieka logopedyczna dla osób jękanących się oraz kształcenie logopedów w Europie Wschodniej*. W: Gruba J., red.: *Logopeda. Wybór tekstów 2005–2008*. Polski Związek Logopedów, Warszawa, s. 115–134.
- Fraser M., 2010: *Self-therapy for the stutterer*. The Stuttering Foundation of America, Memphis.
- Gładosz Z., 2002: *Jękanie – wstyd czy fascynacja?* „Biuletyn Logopedyczny”, nr 2 (8), s. 49–51.
- Guitar B., Peters T., 2014: *Dobór metod terapii jękania. Przewodnik dla logopedów*. Centrum Logopedyczne, Katowice.
- Hołaj K., 2014: *Niepłynność jest wśród nas*. „Gazeta Uniwersytecka”, nr 10 (220), s. 18.
- Hood S.B., red., 2004: *Stuttering words. Fourth edition. Glossary of the meanings of words and terms used or associated with stuttering and speech-language pathology*. The Stuttering Foundation, Memphis.
- Hulit L.M., 2004: *Straight talk on stuttering. Information, encouragement, and counsel for stutterers, caregivers, and speech-language clinicians*. Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, USA.
- Kostecka W., 2004: *Zintegrowany program terapii osób jękanących się*. AWH Antoni Dudek, Lublin.
- Ploch K., 2008: *Kluby samopomocy osób jękanących się – Kluby „J”*. „Forum Logopedyczne”, nr 15, s. 41.
- Pruszewicz A., 1992: *Foniatryka kliniczna*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa, s. 255–263.

Reeves L., 2006: *The role of self-help/mutual aid in addressing the needs of individuals who stutter*. In: Bernstein Ratner B., Tetnowski J., eds.: *Current issues in stuttering research and practice*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Mahwah–London, s. 255–278.

Sobańska M., 2013: *Intensywna terapia jękania w warunkach turnusowych na przykładzie autorskiego programu dra Mieczysława Chęćka – doniesienia z badań*. „Forum Logopedyczne”, nr 21, s. 94–101.

Stewart T., 2012: *Reakcje unikania u jękakających się osób dorosłych – przegląd stanowisk i dyskusja kliniczna*. „Forum Logopedyczne”, nr 20, s. 20–29.

Tarkowski Z., 2002: *Jękanie*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Turnbull J., Stewart T., 2010: *The dysfluency resource book*. Speechmark Publishing, Milton Keynes.

Urbaniak K., 2010: *Rola grup samopomocowych w redukcji logofobii u osób jękakających się*. Niepublikowana praca dyplomowa przygotowana pod kierunkiem prof. dra hab. Tomasza Woźniaka. Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego Uniwersytetu im. Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.

Węsierska K., Szykowska H., Szymura A., 2013: *Kluby „J”, Klub ludzi mówiących płynnie – rola grup samopomocy dla osób jękakających się*. „Forum Logopedyczne”, nr 21, s. 145–152.

Węsierska K., Vanryckeghem M., Jeziorczak B., Wilk B., 2014: *Porównanie postaw komunikacyjnych mówiących płynnie i jękakających się polskojęzycznych dzieci w wieku przedszkolnym*. „Forum Logopedyczne”, nr 22, s. 70–79.

Yaruss S.J., Quesal R.W., Reeves L., 2007: *Self-helps and mutual aid groups as an adjunct to stuttering therapy*. In: Conture E.G., Curlee R.F., eds.: *Stuttering and related disorders of fluency*. Thieme, New York, s. 256–276.

## Załącznik 1

### Instrukcja dla Wywiadowcy

Zanim rozpoczniesz prowadzenie wywiadu, przedstaw się i krótko opowiedz o sobie: kim jesteś, czym się interesujesz, co sprawiło, że tu się znalazłeś. Od samego początku zadbaj o komfort Twojego rozmówcy – zapewnij go, że wszystko, co powie, jest poufne i bez jego wyraźnej zgody nie zostanie w żaden sposób wykorzystane. Wyjaśnij, że interesuje Cię historia jego jękania i zależy Ci, by jak najdokładniej wszystko zrozumieć, zapamiętać i spisać. Nadmien, że w tym celu podczas przeprowadzania wywiadu będziesz robić notatki, przeproś zatem, że nie zawsze będziesz mógł utrzymać kontakt wzrokowy. Zapytaj swojego rozmówcę, co będzie pomocne w czasie Waszej rozmowy, jak chciałby, abyś się zachowywał. Zapewnij go, że w ciągu dwóch tygodni od Waszego spotkania prześlesz mu do autoryzacji spisaną przez Ciebie Waszą rozmowę. W związku z tym poproś o podanie Ci adresu mejlowego.

Pamiętaj, że w sztuce rozmowy najważniejsza jest umiejętność głębokiego, empatycznego słuchania. Dlatego nie przerywaj swojemu rozmówcy, staraj się dawać sygnały ciałem, jak bardzo uważnie go słuchasz i jak ważne jest to, co mówi. Jeżeli czegoś nie zrozumiesz, delikatnie dopytaj, zrób to tak, by nie sprawiać wrażenia niezdrowego wścibstwa. Poniższe pytania są wskazówką, w jakim kierunku może podążać Wasza rozmowa. Jeżeli jednak w trakcie trwania Waszego spotkania nasuną Ci się jakieś inne – ważne Twoim zdaniem – kwestie, nie wahaj się o nie zapytać. Staraj się unikać pytań zamkniętych. Dawaj swojemu rozmówcy tyle czasu, ile tylko potrzebuje. Nie oceniaj jego wypowiedzi, nie dopowiadaj, nie komentuj. Bądź skupiony na nim i na jego historii...

Imię rozmówcy lub płeć i inicjały: ..... Wiek: .....

Adres mejlowy: .....

1. Kiedy to się zaczęło? Może istnieje jakaś konkretna sytuacja, w której zacząłeś się jąkać, a może to trwało „od zawsze”? Jak wspominają to Twoi rodzice? Opowiedz o momencie, który uznajesz za punkt wyjścia Twojego jąkania?
2. Czy jąkanie utrudniało Ci życie – w szkole, w kręgach towarzyskich, w pracy? Czy pamiętasz jakąś konkretną historię związaną z Twoim jąkaniem? Czy mógłbyś ją przytoczyć?
3. Do czego porównałbyś swoje jąkanie? Spróbuj je sobie wyobrazić w jakiejś materialnej postaci, zwizualizuj je, zaproponuj metaforę, porównanie do czegośkolwiek... Jaki obraz masz przed oczami?
4. Czy Twoim zdaniem jąkanie można traktować jako piętno, stygmat? Czy ludzie, którzy się jąkają, muszą zmagać się z jakąś formą piętna? Jeśli tak uważasz, spróbuj wyjaśnić dlaczego.
5. Jakie uczucia i emocje towarzyszą jåkaniu? Co w jåkaniu przeszkadza, denerwuje, irytuje? Czy emocje towarzyszące jåkaniu są wyłącznie negatywne?
6. Kiedy obserwujesz największe nasilenie swojego jåkania? Jakie sytuacje są w związku z Twoim jåkaniem najtrudniejsze?
7. Czego boi się człowiek jąkający się? Co jest największym wyzwaniem dla osoby, która zmagą się z jåkaniem?

8. Co osobie jękającej się może dać największą radość w kontaktach z drugim człowiekiem, z innymi ludźmi? Co osobie jękającej się ułatwia komunikację?
9. Czy tylko jękający zrozumie jękającego się? Czy osoba, która się nie jąka, jest w stanie Cię zrozumieć, wiedzieć, czego doświadczasz? Może tylko osoba jękająca się, która przezwyciężyła problem, powinna prowadzić terapię jękania? Co o tym sądzisz?
10. Czy kiedykolwiek korzystałeś z terapii logopedycznej? Czego się nauczyłeś? W czym Ci pomogła? Co było w tej terapii trudne/irytujące? Czy w związku z tym masz jakieś cele na przyszłość – jeśli tak, to jakie?
11. Czy jękania można się „oduczyć”/„pozbyć”/„wyleczyć”? Czy wierzysz, że to możliwe? A może przez całe życie pozostajesz jękającym się, podobnie jak osoba uzależniona od alkoholu, gdy przezwycięża nałóg?
12. Czy potrafisz myśleć pozytywnie o jękaniu? Za co możesz pochwalić swoje jękanie? Jakie dostrzegasz pozytywy? Czy jękanie coś zmieniło w Twoim życiu? Czy wpłynęło na to, jakim jesteś człowiekiem?
13. Czy Twoim zdaniem związek (relacja partnerska) osoby jękającej się różni się czymś od innych związków, charakteryzuje się czymś szczególnym? Jeśli tak uważasz, to wyjaśnij, na czym to polega.
14. Co sądzisz na temat grup wsparcia dla osób jękających się? Czy uważasz, że są one potrzebne – jeśli tak to komu i dlaczego? Kto powinien uczestniczyć w takich spotkaniach, dlaczego? Jaka jest rola takich grup?
15. Wyobraź sobie, że jesteś bardzo ważną, powszechnie znaną i poważaną osobą – jaką wiadomość chciałbyś przekazać światu w imieniu ludzi jękających się? Co chciałbyś, aby inni ludzie zapamiętali, wiedzieli czy robili?
16. Proszę dokończ zdanie: *Jestem osobą jękającą się i .....*

Dziękując swojemu rozmówcy za spotkanie, docień go za szczerość i odwagę.


Raz jeszcze przypomnij, jakie są zasady Waszego wywiadu, i zobowiąż się, że dotrzymasz złożonych na początku spotkania obietnic.

## Streszczenie

Rozdział dotyczy jednej z form uzupełniających terapię jękania, jaką stanowi uczestnictwo w spotkaniach grupy samopomocowej. Autorki przybliżają istotę funkcjonowania grup samopomocy oraz omawiają korzyści płynące z czynnego uczestnictwa w spotkaniach takich grup. Szerzej opisano pojęcia *desensytyzacja* i *identyfikacja* oraz ich rolę w procesie terapii jękania. Zwrócono również uwagę na istotną rolę narracji – w szczególności zaś wywiadów z osobami jękającymi się – jako formy terapeutycznej, mającej niebagatelne znaczenie w pracy nad identyfikacją własnego jękania.

## Summary

The chapter refers to participation in self-help group meetings – an activity complementary to stuttering therapy. The authors outline the nature of self-help groups. They also discuss the benefits of active participation in such group meetings. The concepts of *desensitization* and *identification* of stuttering and their role in the treatment of the disorder are described. The authors highlight the important role of narratives, and especially the importance of conducting interviews with persons who stutter as a form of therapy which plays an important role in identifying the individual's own stuttering.



Katarzyna Węsierska  
Ewa Gacka  
Marilyn Langevin  
Marta Węsierska

## ***Sytuacja szkolna dzieci jękających się w Polsce – wstępne wyniki badań i strategie pomocy***

*The school situation of children who stutter in Poland – preliminary study results  
and strategies of support*

### **Wprowadzenie**

Zjawisko dokuczania, znęcania się nad uczniami w szkole stało się w ostatnich dekadach – jak wskazują wyniki badań – znaczącym problemem (Rigby, Smith, Pepler, 2004). W specjalistycznym piśmiennictwie na określenie przemocy rówieśniczej / nieprzyjaznych zachowań dzieci i młodzieży względem siebie na terenie szkoły można znaleźć takie określenia jak: agresja rówieśnicza, agresja szkolna, mobbing szkolny, bullying (Pyżalski, 2012). Część badaczy traktuje te terminy synonimicznie, inni, wskazując na powiązania pomiędzy nimi, nadają im nieco odmienne znaczenia. Najszerszym znaczeniowo pojęciem jest agresja, którą można zdefiniować jako każdy rodzaj działania podejmowanego w sposób intencjonalny, którego celem jest wyrządzenie drugiej osobie krzywdy fizycznej i psychicznej (Aronson, 1997). Pojęciem o węższym znaczeniu jest przemoc, z którą mamy do czynienia wtedy, gdy ofiara wrogich działań nie może się bronić, a w konsekwencji tych działań dochodzi do skutków w sferze fizycznej, psychicznej, symbolicznej lub materialnej (Melibruda, 1999). „W relacji do pojęcia agresji szkolnej, które podkreślało intencję sprawców, pojęcie przemocy kładzie większy nacisk na skutki, bez względu na świadome intencje sprawcy” (Pyżalski, 2012: 111). Nie każda agresja – jak podkreśla cytowany autor – jest bullyingiem, ale każdy przejaw bullyingu jest agresją i jednocześnie przemocą (Pyżalski, 2012). Termin *bullying* 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). Na terenie krajów skandynawskich i w niemieckojęzycznym obszarze na określenie opisywanych zachowań używa się terminu *mobbing szkolny* (Pyżalski, 2012). W literaturze można także znaleźć określenie *bullying twarzą w twarz* (ang. *face to*

*face bullying*) (Blumenfeld, 2005). Polscy badacze posługują się zarówno terminem *mobbing* (Piekarska, 2010a; Kwiatkowski, Szczówka, 2005), jak i *bullying* (Dąbkowski, 2014; Pyżalski, Roland, red., 2011). Należy wyraźnie podkreślić, że negatywne emocje u ofiar bullyingu mogą być spowodowane zarówno użyciem siły fizycznej, jak i negatywną „siłą” wypowiedzianych przez sprawców słów<sup>1</sup>.

Zjawisko dokuczania i znęcania się dotyczy zarówno dzieci i młodzieży prawidłowo rozwijających się, jak i tych z różnego rodzaju odmiennosťami, np. dzieci otyłych, rudych, mniej sprawnych fizycznie, noszących okulary, skromnie ubranych oraz tych o zaburzonym rozwoju, niepełnosprawnych fizycznie i psychicznie. Zjawisko dokuczania, znęcania się może dotyczyć także dzieci z zaburzeniami mowy. Według Kim Zarzour 38% uczniów o specjalnych potrzebach – w porównaniu z 18% dzieci niemających takich problemów – doświadczało dokuczania częściej niż raz (2006). Jak wskazują badania, 6–15 % dzieci prawidłowo rozwijających się doświadcza długotrwałego dokuczania w szkole (Card, Hodges, 2008). Dane z badań przeprowadzonych na terenie Polski wśród 11-latków potwierdziły, że ofiarami zastraszania w szkole jest 8% dziewcząt i 15% chłopców (Dąbkowski, 2014). Z badań międzynarodowych, przeprowadzonych przez różnych autorów wynika, że w przypadku dzieci jękańcych się ten odsetek wynosi od 43% do 83% (Blood et al., 2011; Blood, Blood, 2007, 2004; Hugh-Jones, Smith, 1999; Langevin et al., 1998). Definiując zjawisko bullyingu/mobbingu szkolnego badacze zwracają uwagę na triadę zachowań wchodzących w jego skład, a więc: intencjonalność działań, ich powtarzalność i nierównowagę sił pomiędzy ofiarą a sprawcą/sprawcami (Monks et al., 2009; Mishna, 2012; Salmivalli, Peets, 2009; Pyżalski, 2012).

Bullying/mobbing szkolny może przyjmować różne formy: werbalną (przezywanie, obgadywanie, plotkowanie), fizyczną (agresja fizyczna, np. bicie, kopanie), społeczną (relacyjne wykluczenie z grupy, podżeganie przeciwko komuś). Stosunkowo nową formą jest cyberbullying – mobbing w sieci (Pyżalski, 2012; Siyahhan, Aricak, Cayirdag-Acar, 2012; Stassen Berger, 2007). Dokuczanie, znęcanie się może mieć poważne negatywne konsekwencje zarówno krótko-, jak i długotrwałe. Zaliczyć do nich można mniejszą aktywność w szkole, pogorszenie wyników w nauce, obniżoną aktywność społeczną, depresję, poczucie niższości, poczucie alienacji, bezsilności i wyobcowanie. W przypadku dzieci jękańcych się obserwuje się wzmaganie się negatywnych uczuć i emocji

---

<sup>1</sup> Więcej informacji na temat przejawów, form oraz uwarunkowań agresji językowej w różnych sytuacjach komunikacyjnych można znaleźć w publikacji Bożeny Taras (2013).



związanych z zaburzeniem, narastanie reakcji unikania oraz napięcia (Callaghan, Joseph, 1995; Davis, Nixon, 2011; Neary, Joseph, 1994). Może to prowadzić do nasilania się objawów jękania oraz hamować postępy w terapii logopedycznej (Langevin, 2000a; Murphy, Quesal, 2002). Wzrastanie poczucia winy, wstydu i zażenowania u dzieci jękających sprawia, że znacznie trudniej jest im budować pozytywne relacje rówieśnicze.

### **Dziecko jękające się w szkole**

*Standard postępowania logopedycznego w przypadku jękania* zakłada konieczność rozpatrywania podczas programowania terapii logopedycznej w odniesieniu do tego zaburzenia sytuacji społecznej osoby jękającej się (Woźniak, 2008). Systemowe wsparcie udzielane dziecku jękającemu się na terenie szkoły jest niezbędnym elementem skutecznej profilaktyki i terapii logopedycznej (Płusajska-Otto, Węsierska, 2009, 2010). W przypadku dzieci w wieku szkolnym ważnym elementem sytuacji społecznej jest jakość relacji z kolegami z klasy czy ze szkoły. Jednym z celów terapii logopedycznej jest zmiana nastawienia osoby jękającej się wobec jękania. Tym, co może to utrudniać, są negatywne doświadczenia dziecka jękającego się w relacjach z rówieśnikami. Do tego typu doświadczeń zaliczyć można dokuczanie i znęcanie się ze strony kolegów z klasy bądź szkoły. Dane z literatury potwierdzają, że dla efektywności terapii istotne znaczenie ma jakość relacji osoby jękającej się ze środowiskiem społecznym (Gregory, 1991). Rozpoznanie sytuacji szkolnej dziecka jękającego się poprzez wychwycenie wszelkiego rodzaju negatywnych zjawisk, wdrożenie adekwatnych strategii pomocowych oraz przeciwdziałanie im usprawnia proces terapii.

Badania sondażowe prowadzone wśród nauczycieli wykazały, że dzieci jękające się postrzegane są jako mniej aktywne na lekcjach, a także bardziej narażone na odrzucenie przez rówieśników i izolację w szkole (Moćko, Węsierska, w druku). Wyniki badań przeprowadzonych przez Henryka Kulasa (1990) wśród dzieci w wieku 8–15 lat potwierdziły, że jękający się uczniowie cieszą się mniejszą sympatią w klasie i są mniej akceptowani od ich niejękających się rówieśników. „Dla większości jękających się uczniów – jak stwierdza Mieczysław Chęciek – ich wada jest źródłem stałych, przykrych przeżyć w szkole [...]” (2012: 222). Wyniki badań prowadzonych w Stanach Zjednoczonych i w Kanadzie wskazują, że dzieci jękające się częściej stają się obiektem znęcania w porównaniu z rówieśnikami, którzy nie doświadczają problemów z płynnością mówienia (Blood, Blood, 2004; Blood et al., 2011; Langevin et al., 1998).

## Wstępne doniesienia z badań przeprowadzonych w Polsce

Do tej pory nie prowadzono pogłębionych badań nad zjawiskiem dokuczania i znęcania się nad dziećmi jękającymi w Polsce. W związku z tym skala zjawiska nie została wnikliwie rozpoznana i opisana. Autorki podjęły takie badania w roku 2012 we współpracy z Marilyn Langevin z University of Alberta w Kanadzie<sup>2</sup>. W tym badaniu porównywano doświadczenia dzieci jękających się oraz dzieci z innymi zaburzeniami mowy i dzieci mówiących płynnie związane z dokuczaniem i znęcaniem się (mobbingiem szkolnym). Omawiane badanie zostało przeprowadzone w ramach adaptacji do polskich warunków testu *Teasing and bullying questionnaire for children who stutter – revised – TBQ-CS revised* (Langevin et al., 1998) – *Dokuczanie i znęcanie się nad jękającymi się dziećmi – Kwestionariusz dla dzieci, wersja zaktualizowana*, autorstwa Marilyn Langevin w tłumaczeniu Katarzyny Węsierskiej i Marty Węsierskiej. Kwestionariusz ten został stworzony w celu zbadania częstotliwości dokuczania i znęcania się oraz natury tego zjawiska i jego wpływu na osobę jękającą się. Kwestionariusz składa się z czterech części – pytania dotyczą dokuczania i znęcania się w szkole i poza szkołą, z powodu jękania lub z powodów innych niż jękanie. Dzieci są proszone o wskazanie, jak często i w jakich miejscach dochodzi do dokuczania i znęcania się.

Celem przeprowadzonych badań była ocena sytuacji szkolnej dzieci jękających się z polskich szkół i porównanie jej z sytuacją dzieci kanadyjskich. Badania miały ustalić w szczególności skalę oraz częstotliwość zjawiska dokuczania i znęcania się w szkole nad dziećmi jękającymi się, określić przejawy (rodzaje) dokuczania i znęcania się nad dziećmi, które się jękają, wskazać miejsca na terenie szkoły, w których dochodzi do bullyingu, a także określić skalę, częstotliwość i przejawy innych, poza jękaniem, przyczyn dokuczania dzieciom z zaburzeniami płynności mowy.

Dane zebrane w wyniku podjętego w Polsce badania są poddawane analizie. W tym artykule autorki przedstawiają kilka ogólnych wniosków dotyczących grupy polskich dzieci jękających się i zestawiają je z ustaleniami z badań prowadzonych wśród dzieci kanadyjskich (Langevin et al., 1998). W polskiej grupie badawczej znalazło się 75 jękających się dzieci (w wieku od 8 do 12 lat), które

---

<sup>2</sup> Wstępne wyniki podjętych badań zostały zaprezentowane w formie posteru naukowego (Gacka i in.) podczas międzynarodowej konferencji logopedycznej *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka* 12 września 2014 roku w Katowicach. Końcowe wyniki badań zostaną zaprezentowane podczas the International Fluency Association Congress w Lizbonie, Portugalii w lipcu 2015 roku.

wypełniły polską wersję *TBQ-revised*. Dzieci uczestniczące w badaniu pochodziły z różnych obszarów Polski, zarówno ze środowisk miejskich, jak i wiejskich.

Wstępna analiza zgromadzonych wyników badań ujawniła, że większość badanych polskich jękających się dzieci zmagają się z problemem mobbingu szkolnego. Większość badanych przyznała, że inne dzieci przedrzeźniały je (naśladowały ich jękanie), przezywały i wykluczały je z zajęć grupowych. Jękające się dzieci w Polsce najczęściej doświadczają dokuczania na korytarzach szkolnych, w klasie i na podwórku szkolnym; najrzadziej dokuczano im w drodze do i ze szkoły. Wyniki badań pokazały, że polskie i kanadyjskie dzieci mają bardzo podobne doświadczenia związane z częstotliwością i charakterem zjawiska dokuczania z powodu jękania. Wstępne wyniki badań są więc zbieżne z wynikami Marylin Langevin i współpracowników (1998). Autorzy ci wskazują, że 81% jękających się dzieci, które wzięły udział w ich badaniu, doświadczają dokuczania z powodu jękania oraz z innych przyczyn (tylko 19% dzieci w tym badaniu nie doświadczyło dokuczania i znęcania się w żaden inny sposób). Zebrane w wyniku tych badań informacje dotyczące miejsc, w których dochodzi do dokuczania, znęcania się, korelują z danymi z literatury, zgodnie z którymi szczególnie niebezpiecznymi miejscami są korytarze, klasy lekcyjne, stołówki oraz droga ze szkoły do domu (Zarzour, 2006).

Interesujące jest to, że doświadczenia polskich jękających się dzieci związane z dokuczaniem w klasie są podobne do tych opisanych w wynikach badań kanadyjskich (Langevin et al., 1998), jednak – jak w bezpośredniej rozmowie w październiku 2014 roku zasugerowała Marilyn Langevin – prawdopodobne jest, że sytuacja w Kanadzie w tym zakresie uległa znacznej poprawie, ponieważ od 1998 roku w szkołach wdrożono wiele programów edukacyjnych związanych z przeciwdziałaniem mobbingowi szkolnemu.

Zgromadzone wstępne wyniki badań w Polsce wskazują, że w celu ograniczenia zjawiska dokuczania, którego doświadczają polskie jękające się dzieci, konieczne jest wdrażanie programów profilaktycznych oraz edukowanie na temat tego zagadnienia. Wyniki uzyskane w polskiej grupie badawczej wykazują, że dokuczanie i znęcanie się są znaczącym problemem wśród jękających się uczniów oraz potwierdzają potrzebę podjęcia działań interwencyjnych w tym zakresie. Interpretacja tych wyników sugeruje, że konieczne jest upowszechnianie wiedzy o dokuczaniu i znęcaniu się oraz wdrażanie programów profilaktycznych w środowiskach edukacyjnych. Kwestie takie jak dokuczanie i znęcanie się powinny być poruszane podczas terapii logopedycznej. W momencie

zakończenia analizy danych wyniki badań zostaną udostępnione polskim logopedom wraz z propozycjami działań prewencyjnych.

### **Strategie pomocy dzieciom jękającym się – ofiarom dokuczania i znęcania się**

Jednym z warunków skuteczności terapii logopedycznej obejmującej dzieci jękające się jest trafne rozpoznanie czynników ją utrudniających, do których zaliczyć można dokuczanie i znęcanie się ze strony kolegów z klasy bądź szkoły. Narzędziem pomocnym w ocenie sytuacji szkolnej pacjenta z zaburzeniami płynności mówienia może być wspomniany wcześniej kwestionariusz autorstwa Marylin Langevin. Wczesne rozpoznanie niekorzystnych zjawisk pozwala na wprowadzenie optymalnych strategii pomocy. Szczególną rolę ma do spełnienia w tym zakresie logopeda realizujący proces diagnozy i terapii dziecka jękającego się, który, znając pacjenta, może wybrać najwłaściwszą formę pomocy. Jest to tym bardziej ważne, że – jak wskazują wyniki badań – dzieci będące ofiarami mobbingu szkolnego często obawiają się, że dorośli albo zbagatelizują ich problem, albo zareagują w sposób, który pogorszy sytuację, w jakiej się znalazły (Zarzour, 2006). Osobami współuczestniczącymi w pomocy ofiarom bullyingu powinni być także psychologowie, pedagodzy, nauczyciele i oczywiście rodzice dzieci, które doświadczyły tego typu przemocy rówieśniczej.

Analizując strategie pomocy jękającym się dzieciom, które stały się ofiarami dokuczania i przemocy w szkole, należy odwołać się do pojęcia profilaktyki. Najlepszym, uzasadnionym ekonomicznie, ale i najlepszym z punktu widzenia korzyści emocjonalnych sposobem radzenia sobie z negatywnymi zjawiskami (np. dokuczaniem, znęcaniem się w szkole) jest zapobieganie tego typu zjawiskom, zanim one wystąpią (Michalak-Widera, Węsierska, 2013). Do działań o typie profilaktyki pierwotnej – uprzedzającej należą: upowszechnianie wiedzy – inicjowanie kampanii uświadamiających, wdrażanie programów edukacyjnych, kreowanie wspierających warunków w środowisku (Węsierska, 2012a, 2012b).

W procesie zapobiegania zjawisku dokuczania i wykluczeniu społecznemu mogą i powinni pracować wspólnie w środowisku szkolnym logopedzi, nauczyciele, psychologowie, rodzice i wszyscy uczniowie. W związku z tym istnieje potrzeba organizowania szkoleń dla nauczycieli i pracowników szkół na temat tego, jak radzić sobie z dokuczaniem i znęcaniem się (Kuros, Węsierska, 2013; Płusajska-Otto, Węsierska, 2009, 2010; Scott, Guitar, 2012). Celem szkoleń powinno być także budowanie kompetencji nauczycieli do pracy z dzieckiem z trudnościami w porozumiewaniu się, w tym do pracy z uczniem jękającym się. Analizując

czynniki negatywnie wpływające na sytuację w klasie szkolnej dzieci z różnorodnymi zaburzeniami komunikacji językowej, wymienia się niewłaściwą postawę nauczyciela. Taki stan rzeczy może być spowodowany niedostateczną wiedzą na temat istoty samego zaburzenia, a w związku z tym „[...] nieadekwatnym do rzeczywistości postrzeganiem dzieci z zaburzeniami mowy [...]” (Skorek, 2000: 18), a także nieadekwatną reakcją na ich problemy. Może zdarzyć się, że objawy nie płynnego mówienia w postaci trudności z rozpoczęciem wypowiedzi, dłuższych momentów ciszy, bloków, przeciągania, wielokrotnego powtarzania głosek, sylab, wyrazów zostaną niestosownie komentowane przez niektórych nauczycieli<sup>3</sup>.

Ważnym elementem jest także konieczność przygotowania logopedów do radzenia sobie z tego typu sytuacjami poprzez wyposażenie specjalistów zarówno w odpowiednie narzędzia diagnostyczne, jak i umiejętności terapeutyczne, związane z pracą z ofiarami dokuczania. Opisując strategie interwencji stosowanych w przypadku mobbingu szkolnego, wyróżnia się te adresowane bezpośrednio do ofiar dokuczania, ukierunkowane na pracę ze sprawcą lub sprawcami, a także oddziaływania na całą społeczność klasową oraz na rodziców (Coloroso, 2008; Dambach, 2003). Zadaniem logopedy w tym procesie jest uświadomienie nauczycielom, rodzicom, kolegom jękaącego się dziecka, a także jemu samemu, czym jest jękanie i na czym polega. Logopeda wraz z innymi znaczącymi dorosłymi osobami (nauczycielami, psychologiem, pedagogiem, rodzicami) jest odpowiedzialny za zmianę postaw środowiska wobec jękania i jękaących się osób. Dzięki wiedzy na temat jękania uczniowie z zaburzoną płynnością mówienia będą doświadczać mniejszej ilości negatywnych reakcji na trudności w mowie i łatwiej będzie im stosować w życiu codziennym techniki terapeutyczne opanowywane na terapii, a tym samym przejmować kontrolę nad swoją mową (Chmela, Reardon, 2014; de Geus, 2013). Rola edukacyjna logopedy nie sprowadza się tylko do upowszechnienia wiedzy na temat jękania. We współpracy z pedagogiem szkolnym i psychologiem może on propagować wiedzę na temat bullyingu i jego konsekwencji. Istotnym elementem terapii logopedycznej dziecka jękaącego się jest także wzmacnianie jego poczucia wartości, zmiana sposobu myślenia dziecka na swój temat oraz rozwijanie u niego umiejętności asertywnego reagowania na przejawy dokuczania i wyśmiewania.

---

<sup>3</sup> Więcej informacji na temat przejawów agresji w wypowiedziach nauczycieli można znaleźć w artykule Marii Wojtak, Beaty Brus (2005).

Interwencja mająca na celu zapobieganie zjawisku znęcania się w szkole powinna również obejmować biernych obserwatorów, którzy co prawda sami nie dokuczają, ale za których milczącym przyzwoleniem jękaący się koledzy są mobbingowani. Wdrażanie programu antymobbingowego w klasie dziecka jękaącego się wymaga jego zgody, a – jak zauważa Karl Dambach – „najczęściej mówienie z klasą wprost o przyjmowaniu postaw aspołecznych okazuje się niemożliwe, ponieważ uczniowie bronią się przed tym [...]” (2003: 67). Rolą dorosłych jest przygotowanie zespołu klasowego i zaaranżowanie sytuacji, w których rówieśnicy prześladowanego dziecka będą gotowi do rozmowy na ten temat. Stanowi to okazję do promowania właściwych relacji koleżeńskich i uświadomienia negatywnych skutków bullyingu. Skutecznym sposobem zrozumienia, czym jest dokuczanie i znęcanie nad drugą osobą, jest zastosowanie dramy lub odgrywanie ról, podczas których uczniowie mają możliwość wczucia się w sytuację dziecka, które doświadcza dokuczania i znęcania się w szkole (Dambach, 2003). Odgrywanie ról jest pomocne także dla ofiar zastraszania i znęcania. Poprzez wcielanie się w rolę osoby asertywnej, umiejącej w sytuacji kryzysowej skoncentrować się na rozwiązaniu problemu, potrafiącej zastosować nonszalancję, humor i żart w odpowiedzi na zaczepki staje się wstępem do zastosowania tych strategii w praktyce (Langevin, 2000b).

Profilaktyczne programy edukacyjne adresowane do całych społeczności szkolnych są niezwykle istotnym elementem profilaktyki proaktywnej, pozwalającej na zapobieganie mobbingowi szkolnemu i niwelowanie jego skutków. Jednym z programów ukierunkowanych na przeciwdziałanie dokuczaniu dzieciom jękaącym się jest kanadyjski *Teasing and bullying: Unacceptable behaviour. The TAB program*, stworzony przez Marilyn Langevin (Langevin, 2000b; Langevin, Prasad, 2012). Program może być efektywny w zakresie: poprawy nastawienia wobec osób, które się jękają, i zmniejszenia poziomu aprobaty dla zjawiska dokuczania oraz zwiększenia wsparcia dla ofiar. Do najważniejszych celów realizowanych w ramach wdrażania programów profilaktycznych należą: 1) podnoszenie świadomości na temat dokuczania, mobbingu szkolnego, 2) zmiana postaw wobec tych zjawisk, 3) rozwijanie szacunku i akceptacji dla inności, 4) budowanie pozytywnych relacji rówieśniczych, 5) prezentowanie strategii, których dzieci mogą użyć w odpowiedzi na dokuczanie, 6) rozwijanie asertywności i podnoszenie samooceny dzieci (Langevin, 2000b). Po wdrożeniu programu TAB uczniowie czuli większą więź z osobami, które się jękają, przeciwstawiały się presji izolowania i odrzucania dzieci, które

się jękają, doświadczają mniej frustracji w interakcjach werbalnych. W ramach realizacji programu podejmowane są następujące zakresy tematyczne: zrozumienie zjawiska mobbingu szkolnego, rozpoznawanie uczuć związanych z doświadczaniem dokuczania i znęcania się, dlaczego uczniowie nie zgłaszają tych problemów dorosłym i jak temu zapobiegać, strategie radzenia sobie z dokuczaniem i różnymi formami znęcania się, budowanie pozytywnych relacji i samoceny uczniów, reguły, konsekwencje i inne przejawy procesu zmiany zachowań, jękanie i inne formy odmienności (Langevin, 2000b; Langevin, Kully, Ross-Harold, 2007).

Z kolei program autorstwa amerykańskich specjalistów w dziedzinie jękania *Minimizing bullying for children who stutter* (Murphy et al., 2013) jest bardziej ukierunkowany na pracę z jękającym się dzieckiem. W programie proponuje się pięć kroków we wdrażaniu strategii pomocowych: 1) pomóż dziecku zrozumieć jękanie, 2) pomóż dziecku zrozumieć, czym jest bullying/mobbing szkolny, 3) pomóż dziecku zmienić sposób myślenia o jękanii, 4) pomóż dziecku rozwinąć umiejętność asertywnego reagowania na dokuczanie, 5) pomóż dzieciom dzielić się swoją wiedzą i edukować rówieśników w zakresie tego, co to znaczy być dzieckiem, które się jęka (Murphy et al., 2013). Ważne jest uczenie innych dzieci o dokuczaniu i samym jękanii – odczarowanie niektórych mitów związanych z tym zaburzeniem, by zrozumiały one, że nie są winne temu, czego doświadczają. Warto też wskazać, że nie wszystkie dzieci, które komentują jękanie, robią to, by dokuczyć. Kolejnym sposobem interwencji jest zmiana sposobu myślenia dziecka o jękanii (Murphy et al., 2013).

Autorzy programów profilaktycznych akcentują rolę uczenia dzieci asertywnych, a zarazem nieagresywnych sposobów reagowania na bullying/mobbing szkolny, takich jak np. nonszalancja – utrzymywanie spokoju, udawanie, że osoba, która dokucza, nie jest traktowana serio, zażartowanie (użycie humoru), brak reakcji – zignorowanie. Marylin Langevin proponuje zastosowanie strategii *I can speak up*, tzw. strategii 2 palców (pierwotnie 5 palców): powiedz imię osoby, która Ci dokucza, i dodaj: *przestań...* – opisz, czego ta osoba ma zaprzestać (2000b).

Od kwietnia 2006 roku realizowana jest kampania społeczna „Szkoła bez przemocy” ([www.szkolabezprzemocy.pl](http://www.szkolabezprzemocy.pl)). Rezultatem piątej edycji tego programu było opracowanie poradnika dla rodziców *Między lekcjami. Jak rozmawiać z dzieckiem o przemocy w szkole i nie tylko*, którego jeden z rozdziałów dotyczy mobbingu w szkole. W postępowaniu z dzieckiem, które doświadczyło



bullyingu, zaleca się przestrzeganie następujących zasad: 1) nie bagatelizuj i nie unikaj problemu, 2) nie domagaj się od dziecka obiektywnej prawdy (czyli nie przesłuchuj i zaufaj jego ocenie), 3) nigdy nie obarczaj poszkodowanego dziecka winą, 4) zapytaj swoje dziecko, jakiej pomocy oczekuje, 5) po uzyskaniu informacji od dziecka przedstaw swój punkt widzenia (opowiedz o ewentualnych działaniach interwencyjnych), 6) pozwól dziecku przedyskutować sytuację, 7) okazuj dziecku zrozumienie i bezwarunkowe wsparcie, 8) nie zapewniaj dziecka o zachowaniu całkowitej tajemnicy (w niektórych sytuacjach dopuszczalne jest odstępienie od tajemnicy), 9) jeżeli ustalisz z dzieckiem, że Twoja pomoc jest niezbędna, podejmij bezzwłocznie działania, 10) zapewnij dziecku spokój, wsparcie, bezpieczeństwo i pozytywne doświadczenia w domu; w razie potrzeby kontaktuj się ze specjalistami (Piekarska, 2010b). W naszym kraju nie zainicjowano jak do tej pory specjalnie opracowanych programów przeciwdziałających dokuczaniu i znęcaniu się nad dziećmi jękającymi się. W ramach projektu profilaktycznego *ABC dobrej komunikacji*, realizowanego w Instytucie Języka Polskiego Uniwersytetu Śląskiego w latach 2012–2014, studenci polonistyki organizowali zajęcia warsztatowe w różnych placówkach edukacyjnych (Kuros, Węsierska, 2013). Warsztaty adresowane były do nauczycieli, rodziców, a przede wszystkim do uczniów. Zwłaszcza podczas zajęć warsztatowych z uczniami ostatnich klas szkoły podstawowej realizowano treści takie jak: akceptacja i tolerancja dla inności, wsparcie kolegów z zaburzeniami mowy w klasie szkolnej, zapobieganie wykluczeniu społecznemu dzieci ze środowisk romskich, dzieci jękających się (Kuros, Węsierska, 2013; Węsierska, Pakura, 2014).

## Podsumowanie

Omawiając strategie pomocy dzieciom jękającym się – ofiarom bullyingu/ mobbingu szkolnego – należy podkreślić, że nie ma jednego doskonałego sposobu. Każdy przypadek przemocy tego typu powinien być rozpatrywany indywidualnie, a interwencja dostosowana do potrzeb dziecka, rodziców, grupy rówieśniczej (Langevin, 2000b). To, co sprawdzi się w stosunku do jednego ucznia, nie zawsze da pożądane rezultaty w odniesieniu do innego dziecka. Wydaje się jednak, że istnieją pewne ogólne zasady postępowania, takie jak: monitorowanie sytuacji dzieci jękających się w szkole w celu odpowiednio szybkiego zidentyfikowania zaistniałego problemu dokuczania, udzielenie odpowiednio wczesnej i skutecznej pomocy, budowanie u dziecka poczucia własnej wartości,



podnoszenie jego kompetencji w zakresie komunikowania się oraz rozwijanie asertywności. Bez względu na to, czy zostanie zastosowany program interwencji bezpośredniej, ukierunkowany wyłącznie na ofiarę, sprawcę i świadków dokuczania i znęcania się, czy też wdrażane będą profilaktyczne programy antymobbingowe, adresowane do całej społeczności klasowej, a nawet szkolnej, najbardziej skorzystają na tym jękające się dzieci, a ich sytuacja będzie się zmieniać radykalnie.

## Bibliografia

- Aronson E., 1997: *Człowiek – istota społeczna*. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa.
- Blood G.W., Blood I.M., 2004: *Bullying in adolescence who stutter: Communicative competence and self-esteem*. „Contemporary Issues in Communication Science and Disorders”, Vol. 31, s. 69–79.
- Blood G.W., Blood I.M., 2007: *Preliminary study of self-reported experience of physical aggression and bullying of boys who stutter: Relation to increased anxiety*. „Perceptual and Motor Skills”, Vol. 104, Iss. 3c, s. 1060–1066.
- 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”, Vol. 113, Iss. 2, s. 1–12.
- Blumenfeld W.J., 2005: *Cyberbullying: A new variation on an old theme* [online], [dostęp: 21.08.2014]. Dostępny w internecie: <<http://www.agentabuse.org/blumenfeld.pdf>>.
- Callaghan S., Joseph S., 1995: *Self-concept and peer victimization among school children*. „Personality and Individual Differences”, Vol. 18, Iss. 1, s. 161–163.
- Card N.A., Hodges E.V., 2008: *Peer victimization among school children: Correlations, causes, consequences, and considerations in assessment and intervention*. „School Psychology Quarterly”, Vol. 23, Iss. 4, s. 451–461.
- Chęć M., 2012: *Jak wspierać dziecko jękające się w środowisku przedszkola i szkoły*. W: Węsierska K., red.: *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, s. 213–227.
- Chmela K., Reardon N., 2014: *Jak skutecznie pracować nad postawami i emocjami w terapii jękania*. Centrum Logopedyczne, Katowice.
- Coloroso B., 2008: *The bully, the bullied, and the bystander*. Collins Living, New York.
- Craig W.M., Pepler D.J., 2003: *Identifying and targeting risk for involvement in bullying and victimization*. „Canadian Journal of Psychiatry”, Vol. 28, s. 577–582.
- Dambach K.E., 2003: *Mobbing w szkole. Jak zapobiegać przemocy grupowej*. GWP, Gdańsk.
- Davis S., Nixon C., 2011: *What students say about bullying*. „Educational Leadership”, Vol. 69, No. 1, s. 18–23.
- Dąbkowski M.R., 2014: *Bullying. Zastraszanie i przemoc szkolna*. W: Kołakowski A., red.: *Zaburzenia zachowania u dzieci. Teoria i praktyka*. GWP, Sopot, s. 101–122.

Gacka E., Langevin M., Węsierska K., Węsierska M., 2014: *Sytuacja szkolna dzieci jękających się – badania porównawcze dzieci polskich i kanadyjskich*. Poster zaprezentowany podczas Międzynarodowej Konferencji Logopedycznej na Uniwersytecie Śląskim w Katowicach: *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka*.

Geus E. de, 2013: *Czasami po prostu się jękam. Książka dla dzieci w wieku od 7 do 12 lat*. Centrum Logopedyczne, Katowice.

Gregory H.H., 1991: *Therapy for elementary school-age children*. „Seminars in Speech and Language”, Vol. 12, s. 323–335.

Hugh-Jones S., Smith P.K., 1999: *Self-reports of short- and long-term effects of bullying on children who stammer*. „British Journal of Educational Psychology”, Vol. 69, s. 141–158.

Kulas H., 1990: *Sytuacja szkolna dzieci jękających się*. „Psychologia Wychowawcza”, nr 5, s. 331–334.

Kuros K., Węsierska K., 2013: *Rola nauczyciela w promowaniu dobrej komunikacji w środowisku szkolnym*. W: Kochanowska E., Skibska J., red.: *Nauczyciel wobec wyzwań współczesności – dylematy, poszukiwania i inspiracje*. Wydawnictwo Naukowe ATH, Bielsko-Biała, s. 267–277.

Kwiatkowski P.P., Szecówka A., 2005: *Mobbing w kontekście doświadczania przemocy w klasie szkolnej (nowe narzędzie badawcze)*. „Szkoła Specjalna”, nr 5 (232), s. 331–345.

Langevin M., 2000a: *Helping children deal with teasing and bullying*. „SIG 4. Perspectives on Fluency and Fluency Disorders”, Vol. 12, s. 10–14.

Langevin M., 2000b: *Teasing and bullying: Unacceptable behaviour. The TAB program*. The Institute for Stuttering Treatment and Research, Edmonton.

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 Science and Disorders”, Vol. 25, s. 12–24.

Langevin M., Kully D.A., Ross-Harold B., 2007: *The Comprehensive Stuttering Program for School-Age Children with Strategies for Managing Teasing and Bullying*. In: Conture E.G., Curlee R.F., eds.: *Stuttering and related disorders of fluency. Third edition*. Thieme, New York, s. 213–232.

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 the Schools”, 43, s. 344–358.

Melibruda J., 1999: *Pułapka niewybaczalnej krzywdy*. Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa.

Michalak-Widera I., Węsierska K., 2013: *Social and economic consequences of using the procedures of effective speech-language pathology prevention*. W: Pekarčík L., Janigová E., Weissbrot-Koziarska A., red.: *Sociálna práca, manažment a ekonómia – prínosy a limity vedy pre teóriu a prax: zborník referátov z 5. ročníka vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou: 5. jún 2013, Dolný Kubín*. Verbum – Vydavateľstvo Katolíckej Univerzity v Ružomberku, Ružomberok, s. 235–242.

Mishna F., 2012: *Bullying. A guide to research, intervention, and prevention*. Oxford University Press, Oxford.

Moćko N., Węsierska K., w druku: *Sytuacja dziecka jękającego się w przedszkolu i w szkole*. W: Guzy A., Wójcik-Dudek M., Niesporek-Szamburska B., red.: *Szkoła bez barier. O trudnościach*

w nauczaniu i uczeniu się. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.

Monks C.P., Smith P.K., Naylor P., Barter C., Ireland J.L., Coyne I., 2009: *Bullying in different contexts: Commonalities, differences and the role of theory*. "Aggression & Violent Behavior", Vol. 14, s. 146–156.

Murphy W.P., Quesal R., 2002: *Strategies for addressing bullying with the school-age child who stutters*. "Seminars in Speech and Language", Vol. 23, s. 205–211.

Murphy W.P., Quesal R.W., Reardon Reeves N., Yaruss J.S., 2013: *Minimizing bullying for children who stutter*. Stuttering Therapy Resources, McKinney.

Neary A., Joseph S., 1994: *Peer victimization and its relationship to self-concept and depression among school girls*. "Personality and Individual Differences", Vol. 16 (1), 183–186.

Olweus D., 1993: *Bullying at school: What we know and what we can do?* Blackwell Publishers, Cambridge.

Piekarska A., 2010a: *Mobbing w szkole – interwencja i profilaktyka*. „Psychologia w szkole”, nr 2, s. 48–61.

Piekarska A., 2010b: *Mobbing w szkole. Między lekcjami. Jak rozmawiać z dzieckiem o przemocy w szkole i nie tylko. Poradnik dla rodziców*. Artbro, Warszawa.

Płusajska-Otto A., Węsierska K., 2009: *Znaczenie współpracy logopedy i nauczyciela w terapii dziecka jękającego się*. „Forum Logopedyczne”, nr 17, s. 29–34.

Płusajska-Otto A., Węsierska K., 2010: *Rola nauczyciela w profilaktyce i terapii jękania*. W: Baranowicz K., Sobczak A., Znajmiecka-Sikora M., red.: *Rozwój i jego wspieranie w perspektywie nauk o człowieku – teoria i rozwiązania praktyczne*, Pracownia Pedagogiki Specjalnej Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, s. 239–245.

Pyżalski J., 2012: *Agresja elektroniczna i cyberbullying jako ryzykowne zachowania młodzieży*. Impuls, Kraków.

Pyżalski J., Roland E., red., 2011: *Bullying a specjalne potrzeby edukacyjne. Podręcznik metodyczny*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Łódź.

Rigby K., Smith P.K., Pepler D., 2004: *Working to prevent school bullying: Key issues*. W: Smith P.K., Pepler D., Rigby K., red.: *Bullying in schools. How successful can interventions be?* Cambridge University Press, Cambridge, s. 1–12.

Salmivalli C., Peets K., 2009: *Bullies, victims, and bully-victim relationships in middle childhood and early adolescence*. W: Rubin K.H., Bukowski W.M., Laursen B., red.: *Handbook of peer interactions, relationships, and groups*. The Guildford Press, New York, s. 322–340.

Scott L., Guitar C., 2012: *Jak mówić w szkole o jękaniu? Podręcznik dla nauczycieli i logopedów*. Centrum Logopedyczne, Katowice.

Siyahhan S., Aricak O.T., Cayirdag-Acar N., 2012: *The relation between bullying, victimization, and adolescents' level of hopelessness*. "Journal of Adolescence", Vol. 35, s. 1053–1059.

Skorek E.M., 2000: *Dzieci z zaburzeniami mowy wśród rówieśników w klasie szkolnej*. Impuls, Kraków.

Stassen Berger K.S., 2007: *Update on bullying at school. Science forgotten*. „Developmental Review”, 27, s. 90–126.

*Szkola bez przemocy – co już zrobiliśmy*. [www.szkolabezprzemocy.pl](http://www.szkolabezprzemocy.pl) [dostęp: 2.10.2014].

Taras B., 2013: *Agresja. Studium semantyczno-pragmatyczne*. Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów.

Węsierska K., 2012a: *Profilaktyka logopedyczna w ujęciu systemowym*. W: Węsierska K., red.: *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, s. 25–47.

Węsierska K., 2012b: *Profilaktyka jękania i wspieranie ucznia jękającego się*. W: Kochanowska E., Wojciechowska J., red.: *Edukacyjne konteksty wspierania rozwoju dziecka*. Wydawnictwo Naukowe ATH, Bielsko-Biała, s. 183–201.

Węsierska K., Pakura M., 2014: *Promowanie dobrej komunikacji w klasie w środowisku wielokulturowym*. Poster zaprezentowany podczas Międzynarodowej Konferencji Naukowej na Uniwersytecie Łódzkim: *Jednojęzyczność i wielojęzyczność. Świat w obliczu wielokulturowości*.

Wojtak M., Brus B., 2005: *Przejawy agresji w wypowiedziach nauczycieli*. W: Dąbrowska A., Nowakowska A., red.: *Życzliwość i agresja w języku i kulturze*. Seria „Język a kultura”, t. 17. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław, s. 195–202.

Woźniak T., 2008: *Standard postępowania logopedycznego w przypadku jękania*. „Logopedia”, nr 37, s. 217–226.

Zarzour K., 2006: *Gnębiciel ze szkolnego boiska*. Dom Wydawniczy REBIS, Poznań.

## Streszczenie

Rozdział porusza problematykę mobbingu szkolnego/bullyingu wobec dzieci jękających się. Zaprezentowano w nim wstępne, wybrane wyniki badań nad zjawiskiem znęcania się i dokuczania dzieciom jękającym się w Polsce. Wyniki badań wskazują, że polskie jękające się dzieci, podobnie jak dzieci kanadyjskie, są narażone na wyśmiewanie i dokuczanie z powodu swojej odmienności. Autorki zwracają uwagę na konieczność wdrażania programów profilaktycznych, których celem jest upowszechnianie wiedzy o jękanii, o dokuczaniu i o sposobach przeciwdziałania mobbingowi w szkole. W artykule zaprezentowano wybrane pośrednie i bezpośrednie formy zapobiegania temu zjawisku oraz udzielania wsparcia uczniom jękającym się.

**Summary**

The chapter raises the issue of bullying of children who stutter. Selected initial results from a study on teasing and bullying concerning children who stutter in schools in Poland are presented. Research results show that Polish children who stutter, similarly to their Canadian peers, are exposed to teasing and bullying because of being different. The authors point out the importance of introducing prevention programs aiming to disseminate knowledge about stuttering, bullying and ways to counteract it in the school setting. The chapter presents a selection of direct and indirect forms of preventing bullying and ways of supporting pupils who stutter.



## ***Wsparcie ucznia jękającego się w szkole***

*Supporting a student who stutters at school*

### **Wprowadzenie**

Jąkanie jest zjawiskiem złożonym, które występuje na całym świecie. Objawami niepełności mówienia są: powtarzanie (pojedynczych głosek, sylab lub słów), przedłużanie dźwięków i blokady (niemożność wypowiedzenia dalszej części wypowiedzi) (Kuniszyk-Józkowiak, Sztubecki, 1997). Mogą towarzyszyć im dodatkowe ruchy ciała, współruchy mimiczne, spowodowane napięciem mięśni ciała, a także zakłócenia czynności oddechowych (Tarkowski, 2005). Do pozajęzykowych objawów należą pojawiające się stany logofobiczne (Chęciek, 2007). Dzieci jękające się mogą mieć znacząco opóźniony lub przyspieszony proces rozwoju mowy, któremu mogą towarzyszyć inne wady o podłożu logopedycznym (Płusajska-Otto, Węsierska, 2010).

Warto podkreślić, iż u każdej jękającej się osoby występuje odmienna kombinacja objawów i czynników. Wyznaczniki środowiskowe decydują o nasileniu jąkania i jego uporczywości. Postawa rodziców wobec dziecka nie jest bezpośrednią przyczyną pojawienia się niepełności. Interakcje rodzic–dziecko–nauczyciel mają jednak istotne znaczenie terapeutyczne. Opiekunowie powinni posiadać podstawową wiedzę na temat zjawiska jąkania i umiejętnie wykorzystywać ją w relacjach z dzieckiem.

Dzieci jękające się mogą mieć problemy z panowaniem nad emocjami, są często przewrażliwione na punkcie swojej mowy. Świadomość zjawiska jąkania może pojawić się już u 3-latków, które potrafią rozróżnić mowę płynną i niepłynną (Kelman, Nicholas, 2013). Kiedy dziecko zaczyna zdawać sobie sprawę z tego, że wypowiada się w inny sposób niż jego rówieśnicy, pojawia się zazwyczaj negatywny stosunek do własnej mowy i – często również – negatywne myśli na własny temat. Wraz z wiekiem stosunek ten staje się coraz bardziej krytyczny (Węsierska et al., 2014). Uczniowie mogą mieć trudności z czynnym

uczestnictwem w lekcji oraz w rozmowie z rówieśnikami. Jękanie może przychodzić i odchodzić oraz nasilać się w trudnych dla dziecka sytuacjach komunikacyjnych.

Objawy jękania występują po raz pierwszy w okresie przedszkolnym. Badania dowodzą, że około 60% dzieci w wieku przedszkolnym przestaje się jąkać przed 7. rokiem życia. Pozostali jąkają się nadal, przekraczając tym samym granice jękania pierwotnego i wtórnego (Chęciek, 2007).

### **Zasady dobrej komunikacji**

Wykorzystywanie nowoczesnych technologii jest podstawą dzisiejszej komunikacji. Telefon komórkowy, komputer czy tablet coraz częściej zastępują nam bezpośredni kontakt z rozmówcą. Coraz szybsze tempo życia sprawia, że nasze wypowiedzi bywają skracane, niedokładne i chaotyczne. Wszyscy nieustannie komunikujemy się ze sobą, jednak nie poświęcamy tej umiejętności zbyt wiele uwagi. Propagowanie zasad dobrej komunikacji jest jednym z najważniejszych zadań szkoły na wszystkich etapach kształcenia. Wpojenie uczniom tych zasad stanie się podstawą do skutecznego wsparcia ucznia jąkającego się w środowisku szkolnym (Kuros, Węsierska, 2013).

Do najważniejszych zadań nauczyciela należy przede wszystkim to, aby stworzyć w środowisku klasowym atmosferę wzajemnego szacunku i zrozumienia dla odmienności – w tym także niepełności mowy. Potrzebne są więc lekcje dotyczące wzajemnej akceptacji. Nauczyciel powinien uświadomić uczniom, że każdy człowiek jest inny, czyli wyjątkowy i niepowtarzalny. Odpowiednia w tym wypadku będzie rozmowa na temat stereotypów i uprzedzeń, które nie mają odzwierciedlenia w rzeczywistości. Warto również – w oparciu o ćwiczenia praktyczne – wypracować wraz z uczniami sposoby postępowania, które będą obowiązywać w kontaktach z innymi uczniami oraz nauczycielami. Rozmowy na temat ogólnych zasad obowiązujących w relacjach międzyludzkich doprowadzą do rozważań na temat zasad dobrej komunikacji (Naziemiec, Wilk, 2012).

Fundamentalne zasady dobrej komunikacji, które powinny być wpojone uczniom, to okazywanie szacunku rozmówcy poprzez: cierpliwe czekanie na swoją kolej, aktywne słuchanie drugiej osoby, utrzymywanie kontaktu wzrokowego, kontrolowanie swoich emocji, uporządkowanie gramatyczne wypowiedzi, dostosowanie stylu wypowiedzi do danej sytuacji komunikacyjnej (Węsierska, 2012). Nie jest to zadanie łatwe, wymaga bowiem poświęcenia



i cierpliwości nauczyciela, a nade wszystko wprowadzenia wielu ćwiczeń, w których uczniowie będą mogli się sprawdzić i zweryfikować wzajemnie swoje postawy komunikacyjne. Nauczyciel, szczególnie w młodszych klasach, jest często dla uczniów autorytetem, wzorem do naśladowania. Dlatego ważne jest, żeby zawsze, bez względu na okoliczności, przyjmował postawę dobrego mówcy. Aby wsparcie ucznia jękającego się było skuteczne, cała klasa, wraz z nauczycielem, powinna przestrzegać podstawowych zasad dobrej komunikacji. Istotnym czynnikiem jest wprowadzenie nieco wolniejszego tempa mowy, stosowanie większej liczby pauz podczas wypowiedzi, mówienie po kolei, nieprzerywanie sobie i wzajemne słuchanie. Pozwoli to na osiągnięcie mniejszego poziomu stresu, związanego z presją czasu podczas wypowiedzi. Dobrym rozwiązaniem jest odpowiedź chóralska lub wspólne śpiewanie – w tych sytuacjach komunikacyjnych jękanie nie występuje (Scott, Guitar, 2012).

Warto, aby nauczyciel zajmował postawę życzliwości wobec uczniów i był wzorem do naśladowania dla swoich podopiecznych. Zagadnienie życzliwości w sposób interesujący zostało przedstawione w artykule *Pragmatyka życzliwości w audycjach radiowych dla dzieci i młodzieży* (Boniecka, 2005). Autorka, analizując sposób prowadzenia audycji radiowych dla dzieci, zwraca uwagę na przyjazne nastawienie prezenterów wobec młodych słuchaczy. Prowadzący używają języka zrozumiałego dla dzieci, ich wypowiedzi są spokojne i nieagresywne. Okazuje się, iż życzliwość jest tym, co motywuje, dodaje wiary we własne możliwości oraz daje poczucie komfortu psychicznego.

### Sytuacje szczególnie trudne

Osoby jękające się codziennie zmagają się z sytuacjami, które mogą sprawiać im dużą trudność komunikacyjną. Najczęściej są to: rozmowa przez telefon lub domofon, nawiązanie kontaktu z obcą osobą, robienie zakupów (szczególnie wtedy, gdy nie jest to sklep samoobsługowy), kupowanie biletu na autobus, pociąg itp., zamawianie czegoś lub rezerwowanie, spotkanie w większym gronie osób, bycie w centrum uwagi (np. podczas przyjęcia urodzinowego).

Wymienione powyżej sytuacje związane są przede wszystkim z presją czasu i lękiem osoby jękającej się przed reakcjami społecznymi na objawy niepełności mowy. Zazwyczaj w tych sytuacjach trudności nasilają się, jednak warto pamiętać, że każda z tych osób może reagować na nie z różnym natężeniem lęku. To, co jest problematyczne dla jednej osoby, może sprawiać mniejszą trudność komuś innemu.

Sytuacje szkolne, które są trudne dla ucznia jękającego się, to przede wszystkim: odpowiedź ustna i prezentacja na forum klasy, odpowiadanie na pytania zadane przez nauczyciela, zadawanie pytań i proszenie nauczyciela o pomoc, głośne czytanie (Langevin et al., 1998). W tych momentach wsparcie uczniów z niepełnością mowy jest szczególnie ważne. Aby nauczyciel mógł pomóc uczniom, powinien posiadać wiedzę na ten temat. W tym przypadku istotną rolę może odegrać logopeda, który poprzez odpowiednią edukację opartą na akceptacji, przyjaźni oraz tolerancji środowiska klasowego pomoże zrozumieć, czym jest jękanie, i wskaże sposoby wspierania uczniów w szkole. Jeśli będzie taka potrzeba, pomoże również w inny sposób spojrzeć uczniowi na postrzeganie samego siebie lub wypracować postawę asertywności (Chmela, Reardon, 2014). Podstawą do tego, aby uczeń czuł się komfortowo podczas swoich wypowiedzi, jest przede wszystkim cierpliwość nauczyciela oraz innych uczniów. Spokojne wysłuchanie osoby, która zabiera głos, to istotna zasada nie tylko w relacji z osobą jękającą się, ale także w każdej innej sytuacji komunikacyjnej. Dopowiadanie wyrazów, przerywanie podczas wypowiedzi czy szybkie tempo rozmowy sprawiają, że osoba z niepełnością mowy będzie odczuwać duży dyskomfort (Scott, Guitar, 2012).

Nauczyciel swoją postawą powinien dać uczniowi z niepełnością mowy do zrozumienia, że nie słucha tego, jak mówi, ale tego, co ma do przekazania. Dobrym rozwiązaniem jest rozmowa z uczniem jękającym się na osobności, aby uzyskać informacje na temat jego indywidualnego podejścia do tego zjawiska oraz dowiedzieć się, jakie są jego oczekiwania względem klasy i nauczycieli. Może okazać się, że rozmowa ta będzie kluczem do zastosowania skutecznych strategii wsparcia i zapewnienie mu komfortu oraz radości z przebywania w szkole (de Geus, 2013). Oczekiwania ucznia – wraz z postępem terapii logopedycznej – mogą ulegać pewnym modyfikacjom. Warto więc prowadzić z uczniem jękającym się oraz logopedą rozmowy na ten temat. Nauczyciel musi pamiętać, że wsparcie nie jest równoznaczne z uległością. Nie należy bowiem zgadzać się na to, aby uczeń jękający się unikał odpowiedzi i innych sprawiających mu trudność sytuacji. Takie działania nauczyciela mogą negatywnie wpłynąć na przebieg terapii, a także zniechęcić pozostałych uczniów, o których – mając na uwadze dziecko jękające się – nauczyciel nie może zapominać. Należy więc respektować potrzeby ucznia z niepełnością mowy, ale nie traktować go w sposób uprzywilejowany. Samoocena dziecka jękającego się często jest zaniżona, dlatego ważne jest, aby udzielać mu konkretnych pochwał.

Należy pamiętać o tym, aby zasady te były konsekwentnie realizowane na wszystkich lekcjach. Tylko jednolitość i konsekwencja pracowników szkoły pozwoli na to, aby terapia jękającego się ucznia zmierzała w dobrym kierunku (Scott, Guitar, 2012).

Dobrym rozwiązaniem będzie zaproponowanie uczniowi jękającemu się, aby sam lub z pomocą logopedy zapoznał klasę z tą tematyką poprzez wygłoszenie prezentacji, która zawierać będzie kilka istotnych faktów na temat niepełności mowy lub przeprowadzenie w klasie quizu na temat jękania. Należy jednak uwzględnić indywidualne potrzeby ucznia, który być może nie jest gotowy na to, by rozmawiać o jękaniu w obecności całego zespołu klasowego. Uczniowi jękającemu się towarzyszy często lęk przed ośmieszeniem, dlatego nauczyciel powinien w umiejętny sposób zapoznawać uczniów z tym tematem (Chmela, Reardon, 2014).

Podstawowa wiedza na temat niepełności mowy jest nauczycielowi niezbędna do tego, aby skutecznie wspierać ucznia, który się jęka. Intuicyjne, nieprzemyślane strategie – mimo dobrych chęci – mogą przynieść wręcz odwrotny skutek. Często zdarza się, że podczas rozmowy z osobą jękającą się mimowolnie próbujemy dopowiadać za nią słowa czy zdania, nie pozwalając na skończenie zaczętej wypowiedzi. Taka sytuacja może pojawić się również w szkole, gdzie ograniczony czas lekcji wprowadza pośpiech. Oznaką niecierpliwości i niezrozumienia zjawiska niepełności mowy są także określone komentarze, skierowane do niego, np.: „weź głęboki oddech”, „zrelaksuj się”, „najpierw pomyśl, a potem mów”. Takie sugestie nie są pomocne, zwiększają napięcie i poziom lęku przed wypowiadaniem się (Jeziorczak, Węsierska, 2011; Chęciek, 2012).

## **Wypowiedzi ustne**

Nie zawsze nasza kondycja psychofizyczna jest w najwyższej formie. Uczniowie też mają gorsze dni, w których jękanie może się nasilać. Najważniejsza w tym wypadku jest rozmowa i poznanie oczekiwań dziecka – co chciałoby, aby nauczyciel robił w dniach, w których następuje pogorszenie płynności mowy. Potrzeby osób borykających się z niepełnością mowy są bardzo indywidualne. Zdarza się, że uczniowie nie chcą być traktowani inaczej niż zwykle, inni natomiast wolą, aby nauczyciel nie odpytywał ich na forum klasy lub pytał tylko, gdy uczeń sam się zgłosi do odpowiedzi. Aby pomóc dziecku w przygotowaniu wypowiedzi ustnych, warto ustalić wcześniej, przed kim chciałoby się wypowiedzieć – tylko przed nauczycielem czy przed całą klasą. Można ustalić

kolejność – czy chciałoby wypowiadać się jako pierwsze, czy ostatnie. Pomocne będzie przećwiczenie wypowiedzi np. w domu, u logopedy lub przed nauczycielem. Odpowiedź z ławki powinna również być dla ucznia ułatwieniem. Ustalenie tych kwestii zmniejszy lęk oraz zwiększy komfort mówienia. Nauczyciel powinien dopilnować, aby uczeń nie wykorzystywał nadmiernie możliwości rezygnacji z ustnej wypowiedzi czy też publicznego wystąpienia. Unikanie takich sytuacji nie jest korzystne i będzie wzmacniać niską samoocenę oraz społeczną izolację (Kasprzyk, Stasiczek, Węsierska, 2005). Wszystkie te kwestie warto skonsultować również z logopedą.

### **Dokuczanie jękającemu się uczniowi**

Prawie każdy uczeń w większym lub mniejszym nasileniu doświadcza dokuczania. Szczególnie widoczne jest to w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, kiedy dzieci nie są jeszcze uwrażliwione na problem odmienności. Często zdarza się, że za osłoną koleżeńskej solidarności kryje się agresja – zarówno słowna, jak i werbalna. Poskarżenie się może być równoznaczne z zemstą i pogorszeniem sytuacji nękanego ucznia (Rożnowska, 2006).

Rozwój kompetencji społecznych przypada na wiek przedszkolny i wczesnoszkolny. Jest to moment, w którym istotna zaczyna być przynależność do grupy. Pojawienie się na tym etapie problemów z zakresu relacji interpersonalnych, takich jak nieradzenie sobie z rozwiązywaniem konfliktów czy brak umiejętności wyrażania swoich potrzeb i emocji, prawdopodobnie wpłynie negatywnie na dalszy rozwój dziecka (Kielar-Turska, 2012). Jękanie może mieć wpływ na życie prywatne i zawodowe w przyszłości, a nawet całkowicie je warunkować (Płusajska-Otto, Węsierska, 2010).

Warto zwracać uwagę uczniów na to, że każdy człowiek ma swoje wady i zalety, a wyśmiewanie i dokuczanie sprawia innym przykrość. Zgodnie z zasadą traktowania ucznia jękającego się na równi z innymi dziećmi w klasie również w przypadku dokuczania nauczyciel powinien postępować tak samo z każdym ze swoich podopiecznych. Nie zawsze uczeń ma śmiałość zgłosić rodzicom czy nauczycielowi, że doświadcza dokuczania. Należy pamiętać, że okres przedszkolny i wczesnoszkolny to moment, w którym zawierane są pierwsze przyjaźnie i w którym potrzeba przynależności do wybranej grupy jest szczególnie ważna. Przyznanie się do dokuczania może okazać się dla ucznia zbyt trudne, dlatego ważne jest, aby nauczyciel pozostawał czujny oraz interweniował w każdej trudnej sytuacji. Nie może on lekceważyć żadnego z objawów

dokuczania, gdyż może okazać się, że któryś z uczniów odczuwa poczucie dyskomfortu z przebywania w klasie, co z kolei może prowadzić do pogorszenia wyników w nauce czy też niskiej samooceny. Uczeń z niepełnością mowy jest szczególnie narażony na wyśmiewanie i dokuczanie, ponieważ nie potrafi poradzić sobie w wielu sytuacjach komunikacyjnych. Jeśli zespół klasowy nie zostanie odpowiednio uwrażliwiony na ten problem, taka osoba może spotkać się z niezrozumieniem ze strony rówieśników, a czasem nawet pracowników placówki edukacyjnej. Im większą wiedzę o jękaniu posiadają uczniowie, tym większe prawdopodobieństwo, że nie będą z tego powodu dokuczać jękającym się kolegom. Ważne jest, aby nie lekceważyć dokuczania i reagować zgodnie z wypracowanymi w szkole strategiami. Wskazane jest, aby nauczyciel prowadził rozmowy w klasie na temat agresji fizycznej i słownej oraz reagował na sygnały swoich podopiecznych. Nie tylko uczeń jękający się jest narażony na przejawy agresji fizycznej czy słownej, ale także każde inne dziecko w klasie. Nie zawsze jednak nauczyciel będzie obecny w sytuacji wyśmiewania i dokuczania. Takie sytuacje mogą zdarzyć się poza jego kontrolą. Trzeba więc wypracować z dzieckiem strategie, które będzie mógł stosować. Można uświadomić mu, że dokuczanie jest niczym gra w piłkę – można pozwolić przeciwnikowi zdobyć punkt albo skutecznie się obronić. Jedną z form radzenia sobie w takich sytuacjach jest ignorowanie osoby, która dokucza, lub skierowanie do niej hasła typu: „Jąkam się – i co z tego?” lub „Może chciałbyś się dowiedzieć czegoś więcej na temat jękania”? (Ramig, Bennett, 1995). Warto także zastanowić się wspólnie z dzieckiem, dlaczego inni dokuczają i co sprawia, że tak się zachowują (Ramig, Bennett, 1995). Badania pokazują, że dzieci jękające się doświadczają dokuczania przede wszystkim na terenie szkoły i są to głównie takie działania jak przedrzeźnianie osoby jękającej się i wyśmiewanie jej (Langevin et al., 1998). Uczniowie jękający się mogą różnie reagować na objawy dokuczania. Niektóre dzieci będą je traktować jako zachowanie denerwujące, choć nieszkodliwe. Inni natomiast mogą postrzegać je jako niezwykle poniżające, upokarzające (Langevin et al., 1998). Nauczyciele powinni zawsze reagować na przejawy agresji w swojej szkole, nie mogą również dopuścić do sytuacji, w której sami staną się przyczyną lęku poprzez stosowanie jakiejkolwiek formy przemocy (Rożnowska, 2006).

## Emocje widoczne i ukryte

Wymienione wcześniej sytuacje trudne powodują zazwyczaj lęk przed ośmieszeniem. Wtedy też pojawiają się negatywne myśli na temat własnej osoby („nie dam rady”, „znów będę się jąkać”). Uczeń jąkający się odczuwa lęk i frustrację, które spowodowane są codziennymi sytuacjami komunikacyjnymi. Pojawić się mogą również gniew, nerwowość, wstyd, onieśmienie czy unikanie kłopotliwych sytuacji. Uczucia te i zachowania pogłębiają strach przed mówieniem. Aby terapia była skuteczna, istotne jest uczestniczenie w trudnych sytuacjach komunikacyjnych, a nawet celowe prowokowanie ich. Dzięki temu stres może być stopniowo eliminowany. Metaforycznym przedstawieniem emocji związanych z jękaniem jest góra lodowa, gdzie ponad powierzchnią wody znajdują się widoczne objawy niepełności mowy, takie jak: prolongacje, bloki, powtarzanie, napięte pauzy, współtruchy i unikanie kontaktu wzrokowego. Pod powierzchnią znajdują się wszystkie negatywne emocje, które nie są widoczne dla innych. Ważne jest, aby jąkający się uczeń nie ukrywał swoich uczuć i mówić o swoich oczekiwaniach. Nauczyciel i pozostała część terapeutycznego zespołu powinna go do tego zachęcać i wspomagać w trudnych momentach. Korzystna byłaby w tym wypadku także rozmowa z pedagogiem lub psychologiem szkolnym. Uczeń powinien wiedzieć, że jękanie nie jest chorobą, a jedynie nawykiem, który można – przy pomocy odpowiednich technik terapeutycznych – świadomie kontrolować i zmieniać.

## Team terapeutyczny: rodzic–nauczyciel–logopeda

Wobec ucznia z niepełnością mowy nauczyciel ma do odegrania ważną rolę, polegającą na zastosowaniu praktycznych strategii wsparcia i pomocy oraz interwencji w obliczu wszelkich przejawów dokuczania. Nie jest jednak w swych działaniach osamotniony. Może współpracować z logopedą i wraz z nim ustalać metody pracy z dzieckiem jąkającym się oraz całym zespołem klasowym wobec problemu niepełności mowy. Logopeda może zostać zaproszony na jedną lub kilka lekcji, podczas których zapozna uczniów z tą tematyką. Nauczyciel i logopeda powinni współpracować, wzajemnie wymieniając swoje spostrzeżenia. Najważniejszą rolę odgrywa niewątpliwie dom rodzinny, który jest miejscem kształtowania się osobowości i określonych postaw życiowych (Kasprzyk, Stasiczek, Węsierska, 2005). Wiedza o funkcjonowaniu dziecka jąkającego się w środowisku pozaszkolnym będzie punktem odniesienia do podejmowania działań szkolnych. Należy pamiętać o tym, że wszystkie działania mają na celu

dobro dziecka i jego prawidłowe funkcjonowanie zarówno w placówce edukacyjnej, jak i poza nią. Dlatego też najistotniejsze pozostaną zawsze rozmowy z uczniem. Do zespołu terapeutycznego warto zaprosić szkolnego pedagoga lub psychologa oraz innych nauczycieli i specjalistów pracujących w szkole. Wskazane jest, aby ci, którzy wspierają jękającego się ucznia, zwracali uwagę na wszystkie wysiłki, jakich on się podejmuje. Słowne nagradzanie i budowanie wiary w jego możliwości będzie kluczowe dla powodzenia jego terapii (Płusajska-Otto, Węsierska, 2010).

Szkółą to miejsce, w którym dzieci nie tylko uczą się, ale także nawiązują znajomości, zawierają pierwsze przyjaźnie, stają się członkami grup koleżeńskich. Jękający się uczeń, który codziennie przeżywa duży stres w związku z różnymi sytuacjami komunikacyjnymi, powinien być przez innych wspierany i rozumiany. Jest to niezbędne do tego, aby terapia takiego dziecka przebiegała pomyślnie. Dzięki temu będzie miał szansę rozwijać swoje możliwości i zainteresowania, a szkoła stanie się dla niego miejscem bezpiecznym i radosnym.

Terapia jękania polega nie tylko na uczeniu się opanowania technik swobodnej i płynnej mowy, ale przede wszystkim na kreowaniu postawy akceptacji wobec własnego mówienia. Dziecko powinno wiedzieć, że jękanie jest dozwolone. Tylko w ten sposób jego wypowiedzi staną się swobodne. Niezwykle ważne jest również propagowanie wiedzy o jękanii, rozpowszechnianie podstawowych informacji na temat tego zjawiska i kształtowanie postaw społecznych. Akceptacja niepełności mowy jest ważnym czynnikiem gwarantującym pozytywny przebieg terapii, który wpływa pozytywnie na samopoczucie i jakość życia jękających się osób.

## Bibliografia

- Boniecka B., 2005: *Pragmatyka życzliwości w audycjach radiowych dla dzieci i młodzieży*. W: Dąbrowska A., Nowakowska A., red: *Życzliwość i agresja w języku i kulturze*. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
- Chęciek M., 2007: *Jękanie: diagnoza, terapia, program*. Impuls, Kraków.
- Chęciek M., 2012: *Jak wspierać dziecko jękające się w środowisku przedszkola i szkoły*. W: Węsierska K., red.: *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, s. 213–227.
- Chmela K.E., Reardon N., 2014: *Jak skutecznie pracować nad postawami i emocjami w terapii jękania*. Centrum Logopedyczne, Katowice.
- Geus E. de, 2013: *Czasami po prostu się jękam: książka dla dzieci w wieku od 7 do 12 lat*. Centrum Logopedyczne, Katowice.



- Jezioreczak B., Węsierska K., 2011: *Czy moje dziecko się jąka? Podręcznik dla rodziców małych dzieci, które mają problem z płynnym mówieniem*. Centrum Logopedyczne, Katowice.
- Kasprzyk B., Stasiczek A., Węsierska K., 2005: *Szkoła przyjazna uczniowi jękającemu się – wyzwaniem dla logopedów*. „Forum Logopedyczne”, nr 8, s. 39–43.
- Kelman E., Nicholas A., 2013: *Praktyczna interwencja w jękanii wczesnodziecięcym. Podejście interakcyjne rodzic-dziecko*. Wydawnictwo Harmonia, Gdańsk.
- Kielar-Turska M., 2012: *Średnie dzieciństwo – wiek przedszkolny*. W: Trempała J., red.: *Psychologia rozwoju człowieka*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 202–232.
- Kuniszuk-Józkowiak W., Sztubecki M., 1997: *Analiza niepełności mówienia osób jękaących się. Stan aktualny i perspektywy*. W: *Diagnoza i terapia osób jękaących się*. Wydawnictwo Logopedyczne Antoni Balejko, Białystok, s. 16–25.
- Kuros K., Węsierska K., 2013: *Rola nauczyciela w promowaniu dobrej komunikacji w środowisku szkolnym*. W: Kochanowska E., Skibska J., red.: *Nauczyciel wobec wyzwań współczesności – dylematy, poszukiwania i inspiracje*. Wydawnictwo Naukowe ATH, Bielsko-Biała, s. 267–277.
- 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 Science and Disorders”, Vol. 25, s. 12–24.
- Naziemiec D., Wilk B., 2012: *Promowanie zasad dobrej komunikacji w klasie szkolnej wyniki badań ankietowych*. W: Węsierska K. red.: *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*. T. 1. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, s. 93–110.
- Plusajska-Otto A., Węsierska K., 2010: *Rola nauczyciela w profilaktyce i terapii jękania*. W: *Rozwój i jego wspieranie w perspektywie nauk o człowieku – teoria i rozwiązania praktyczne*. Wydawnictwo Pracownia Pedagogiki Specjalnej WNoW UŁ, Stowarzyszenie Rozwoju Kadr, Łódź, s. 240–244.
- Ramig P.R., Bennett E.M., 1995: *Working With 7- to 12-Year-old children who stutter: Ideas for intervention in the public schools*. „Language, Speech, and Hearing Services in Schools”, Vol. 26, s. 138–150.
- Rożnowska A., 2006: *Lęk i agresja w szkole*. Wydawnictwo Pomorskiej Akademii Pedagogicznej, Słupsk.
- Scott L., Guitar C., 2012: *Jak mówić w szkole o jękanii? Podręcznik dla nauczycieli i logopedów*. Centrum Logopedyczne, Katowice.
- Tarkowski Z., 2005. *Jękanie*. W: Gałkowski T., Szelać E., Jastrzębowska G., red.: *Podstawy neurologopedii*. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole, s. 693–735.
- Węsierska K., 2012: *Profilaktyka jękania i wspieranie ucznia jękaącego się*. W: Kochanowska E., Wojciechowska J., red.: *Edukacyjne konteksty wspierania rozwoju dziecka*. Wydawnictwo Naukowe ATH, Bielsko-Biała, s. 186–198.
- Węsierska K., Vanryckeghem M., Jezioreczak B., Wilk B., 2014: *Porównanie postaw komunikacyjnych mówiących płynnie i jękaących się dzieci w wieku przedszkolnym – standaryzacja polskiej wersji testu KiddyCAT®*. „Forum Logopedyczne”, nr 22, s. 70–79.



## Streszczenie

Rozdział porusza problematykę funkcjonowania dziecka jękającego się w szkole oraz praktycznych wskazówek postępowania z takim uczniem i wspierania go. Autorki opisują kwestie takie jak: zasady dobrej komunikacji; zjawisko dokuwania uczniowi mającemu problemy z płynnością mowy; emocje, które towarzyszą osobom jękającym się w ich codziennym życiu oraz współpraca rodzica, nauczyciela i logopedy. Zaakcentowano fakt, że poznanie oczekiwań jękającego się ucznia to podstawa do tego, by zapewnić mu skuteczne wsparcie.

## Summary


This chapter provides an insight into the functioning of students who stutter at school, practical tips for dealing with such students and ways to support them. The authors describe issues such as the principles of effective communication, bullying problems experienced by children with fluency disorders as well as emotions experienced on a daily basis by those who stutter. The collaboration between parents, teachers and speech-language therapists is also discussed. It highlights that recognition of the student's expectations is the key to effective support.



## CZĘŚĆ TRZECIA

# ***Działania logopedyczne podejmowane w przypadku gietkotu i zaburzeń płynności mowy w afazji***





Katarzyna Węsierska  
Agnieszka Myszka  
Agnieszka Płusajska-Otto  
Kenneth O. St. Louis

## ***Osoby z gielkotem w społeczeństwie – diagnostyka, świadomość społeczna, postulaty***

*People who clutter in the society: diagnosis, public awareness and recommendations*

### **Wprowadzenie**

Termin *gielkot*<sup>1</sup>, mający w języku angielskim odpowiednik *cluttering*, jest określany w polszczyźnie również mianem *mowy beztadnej* (Tarkowski, 2002) lub *trzepotaniem mowy*. Dawniej używano także pojęcia *tachyfemia* (Tarkowski, Smul, 1988). W środowisku logopedów powszechna jest opinia, że gielkot nie jest zaburzeniem spotykanym masowo i nie jest zbyt dobrze znany szerszym kręgom społecznym. Charles van Riper w przedmowie do jednej z nielicznych publikacji na temat gielkotu, pt. „Cluttering: A clinical perspective”, stwierdził jednak, że: „[...] choć gielkot nie jest zbyt powszechnym zaburzeniem mowy, prędzej, czy później każdy praktykujący logopeda zetknie się z klientem z gielkotem” (Myers, St. Louis, red., 1992: vii). Dokładne dane na temat rozpowszechnienia się pojęcia *gielkotu* nie są znane.

Badania prowadzone przez Yvonne van Zaalen i współpracowników wskazują, że odsetek osób z gielkotem wśród młodzieży i osób dorosłych utrzymuje się na poziomie około 2,3% (van Zaalen, Abbink-Spruit, Dejonckere, 2013). Wanda

---

<sup>1</sup> Polski termin: *mowa beztadna* albo *mówienie beztadne* (Pruszewicz, 1992); por. *dezintegracja* (ang. *desintegration*) w ogólnym znaczeniu: utrata lub poważne zaburzenie organizacji wewnętrznego powiązania w jakimś układzie, systemie. Termin ten jest stosowany w szerokim sensie, zwykle z określeniem systemu, którego dotyczy, np. dezintegracja zachowania, osobowości; dezintegracja moralna, poznawcza [dezintegracja językowa] (Reber, 2002: 142).

Kostecka za uczonymi niemieckimi pisze, że problem dotyka ok. 1,5% dzieci w szkołach masowych i znacznie powyżej 10% dzieci o obniżonym ilorazie inteligencji czy z problemami foniatrycznymi (2006: 22). W tej sytuacji warto się zastanowić, jaki jest stan wiedzy społeczeństwa polskiego na temat osób dotkniętych gielkotem. Co wiemy o samym zaburzeniu? Jak postrzegamy osoby z gielkotem? Czy potrafimy im pomóc? Czy wiemy, do kogo (do jakiego specjalisty) je skierować? Jak się przy nich zachowywać? Co mogą dla osób z gielkotem zrobić logopedzi, nauczyciele, rodzice? Niniejszy artykuł stanowi renesans badawczy. Jest próbą odpowiedzi na pytanie o miejsce osób zmagających się z gielkotem w społeczeństwie. Autorzy zastanawiają się także nad tym, jakie działania mogą podnieść świadomość tego zaburzenia w społeczeństwie oraz jak ułatwić życie i funkcjonowanie osobom nim dotkniętym. Rozpoznanie postaw logopedów i przedstawicieli ogółu społeczeństwa wobec różnych ludzkich atrybutów, w tym także gielkotu, jest niezbędnym elementem kompleksowej profilaktyki logopedycznej.

### **W poszukiwaniu definicji gielkotu**

Isabella Reichel i Klaas Bakker, przywołując często cytowaną za Światową Organizacją Zdrowia (WHO) definicję gielkotu, zwracają uwagę na takie komponenty, jak: szybkie tempo mowy z tendencją do rozpadu płynności, ale bez powtórzeń lub wahań, w takim stopniu nasilenia, że może to powodować zmniejszenie zrozumiałości mowy, nieregularność wypowiedzi czy wadliwe wzorce frazowania (2009). American Speech-Language-Hearing Association w dokumencie: „Terminology pertaining to fluency and fluency disorders: Guidelines” definiuje z kolei to zaburzenie następująco: „Gielkot jest zaburzeniem płynności charakteryzującym się szybkim i/lub nieregularnym tempem mowy, nadmiernymi niepłynnościami, którym często towarzyszą inne objawy, takie jak błędy wymowy i zaburzenia uwagi” (ASHA, 1999).

Od lat badacze zjawiska poszukują konsensusu, próbując opisać cechy charakterystyczne gielkotu. Wciąż nie dopracowano jednej, uniwersalnej definicji gielkotu, która obowiązywałaby na całym świecie. Najbardziej popularna jest ostatnia wersja definicji zaproponowanej przez Kennetha St. Louisa i współpracowników, określana mianem LCD – najniższego wspólnego mianownika (ang. *lowest common denominator*): „[...] gielkot jest zaburzeniem płynności, w którym segmenty wypowiedzi osoby w jej ojczystym języku typowo postrzegane są jako zbyt szybkie, zbyt nieregularne lub oba te przypadki. Segmentom szyb-

kiego i/lub nieregularnego tempa mowy musi towarzyszyć jeden lub więcej z poniższych czynników: (a) nadmierna liczba zwykłych nie płynności, (b) nadmierny rozpad sylab lub ich wypadanie i/lub (c) nienaturalne pauzy, akcent sylabowy i rytm wypowiedzi” (St. Louis, Schutle, 2011: 241-242 ).

Gielkot jest opisywany w kategoriach zespołu objawów dotyczących nie tylko wymowy, ale także deficytów uwagi, problemów dyslektycznych i dysgraficznych. Podkreśla się, że współwystępuje z jękaniem. Zwraca się uwagę, że szybka i nieregularna mowa osób z gielkotem może być postrzegana przez otoczenie jako nienaturalna dla mówiącego, choć pomiar sylab wypowiedzianych w jednostce czasu może nie przekraczać tempa uznawanego za normalne. Innym sposobem ujmowania zjawiska gielkotu jest opis zaburzenia jako spektrum gielkotu (ang. *cluttering spectrum*); może ono być zdefiniowane jako wypowiedź językowa, która jest zakłócona w sposób zgodny z cechami gielkotu, ale również taka, w której kluczowe elementy tego zaburzenia mogą występować: 1) w niewystarczającym nasileniu, 2) w niewystarczającym zakresie problemów lub 3) oba te czynniki równocześnie (Scaler Scott, Ward, 2013; Ward, 2006).

Tomasz Woźniak w „Standardzie postępowania logopedycznego w przypadku gielkotu” zasugerował, że z punktu widzenia praktyki logopedycznej najlepszym rozwiązaniem jest traktowanie tego zaburzenia w kategoriach syndromu, w którym: „[...] nie płynności mówienia towarzyszą objawy na płaszczyźnie językowej, psychicznej i neurofizjologicznej” (2008: 228). Do objawów gielkotu obserwowanych w warstwie językowej badacz zaliczył obniżoną spójność gramatyczną i semantyczną wypowiedzi, natomiast do przejawów psychicznych włączył słabą koncentrację, wąski zakres uwagi, osłabioną zdolność wstuchiwania się, natłok myśli, nadpobudliwość, nieświadomość doświadczanych trudności. Nieprawidłowy zapis EEG ma z kolei świadczyć o obecności objawów neurofizjologicznych (Woźniak, 2008).

W Polsce gielkot opisywał przede wszystkim Zbigniew Tarkowski, który akcentował, że „[...] istotą gielkotu jest niewspółmierność między przeciętnymi lub wysokimi zdolnościami umysłowymi a niską sprawnością językową” (2003: 185). Badacz wymieniał następujące cechy tego zaburzenia: niespastyeczność, brak reakcji logofobicznych oraz nieuświadamianie sobie problemów przez osobę dotkniętą zaburzeniem (Tarkowski, 1992). Krzysztof Szamburski podkreślał z kolei, że gielkot obejmuje przynajmniej jeden z kluczowych elementów: wyjątkowo szybkie tempo mowy, niekontrolowane wybuchy szybkiego tempa mowy,

gwałtownie zmniejszające się tempo mowy, niewyraźną artykulację, zmniejszającą poziom zrozumienia mowy, zaburzenia w planowaniu językowym, niepłynność większą od przewidywanej i „szarpane” dźwięki mowy (2012: 392).

W opisie najczęściej zwraca się zatem uwagę na tempo mowy nieregularne i/lub przyspieszone. Tempo wypowiedzi osoby z gielkotem często porównuje się do karabinu maszynowego strzelającego w nierównych seriach. Najczęściej wymieniane cechy charakterystyczne dla gielkotu to: nadmiar tzw. zwykłych niepłynności, częste stosowanie pauz (nierzadko w niewłaściwych miejscach), nadmierny poziom koartykulacji dźwięków (szczególnie w wyrazach wielosylabowych), agramatyzmy, dezorganizacja myślenia, niepoprawna budowa zdań (van Zaalen, Abbink-Spruit, Dejonckere, 2013).

Charakterystyczne jest to, że w przeciwieństwie do jąkania, wiele osób z gielkotem nie jest świadomych swojego zaburzenia, w związku z tym nie odczuwa dyskomfortu związanego z mówieniem. Gielkot jest rodzajem zaburzenia komunikacji, które wpływa na zdolności do przekazywania informacji w sposób jasny i zwięzły (por. np. Tarkowski, 2003: 185–189), dlatego słuchający osób z gielkotem często stwierdzają, że mają problemy ze zrozumieniem ich wypowiedzi, często każą im zwolnić. Słuchaczy może denerwować przerywanie wypowiedzi rozmówcy, skracanie czy przekręcanie słów, „zjadanie końcówek”. Mowa osób z gielkotem jest często określana jako „męcząca w odbiorze”, jest „stressem dla słuchacza” (Kostecka, 2006: 9).

### **Diagnoza i terapia gielkotu**

Gielkot często pozostaje wadą nieuświadomianą, dlatego bywa zbyt późno lub niewłaściwie diagnozowany. Rozpoznanie tego zaburzenia utrudnia także brak jednolitego stanowiska w sprawie symptomatyki. Gielkot jest zaburzeniem „zmiennym”, u różnych osób może manifestować się dość odmiennymi objawami, dlatego niezbędna jest szczegółowa diagnoza, która pozwoli na zaprogramowanie terapii zindywidualizowanej oraz dostosowanej do potrzeb i możliwości klienta.

Jak sugerują Kathleen Scaler Scott i David Ward (2013), diagnoza gielkotu jest procesem złożonym i może nastroczać wielu trudności. Doradzają oni nagrywanie (wideo) całego procesu diagnozy w celu zabezpieczenia się przed okresowym normalizowaniem się wypowiedzi klienta i w konsekwencji ustępowaniem objawów gielkotu w sytuacji bycia ocenianym. Ponadto zalecają kontakt z ważnymi dla pacjenta osobami, podkreślając, że choć niektórzy pacjenci



z gielkotem uświadamiają sobie problemy, z którymi się zmagają, to inni potrzebują wsparcia bliskich w procesie terapeutycznym, np. z powodu całkowitego braku świadomości zaburzenia. Ponadto niezwykle istotny wydaje się postulat Kathleen Scaler Scott i Davida Warda, by badanie gielkotu obejmowało różne formy i konteksty: poczynając od diagnozy różnicowej, oddzielającej gielkot od innych zaburzeń, po badanie różnych form realizacji wypowiedzi i rozmaitych jej aspektów (2013). Badacze zjawiska podkreślają znaczenie diagnozy różnicowej, akcentując, że tzw. czysty gielkot występuje stosunkowo rzadko, ma raczej tendencję do współwystępowania z innymi zaburzeniami (van Zaalen, Wijnen, Dejonckere, 2011).

Istotnym elementem wydaje się wiek odpowiedni do podejmowania diagnozy gielkotu. Jak sugeruje Zbigniew Tarkowski, ze względu na kryterium rozwojowe gielkot powinien być diagnozowany nie wcześniej niż po 6. roku życia, gdy „[...] rozwój języka w zasadniczym kształcie jest praktycznie zakończony” (2002: 191). W literaturze anglojęzycznej sugeruje się z kolei trudność w diagnozowaniu gielkotu poniżej 8. roku życia, argumentując to dwojako. Z jednej strony wskazuje się na fakt, że tempo mowy małych dzieci jest zwykle wolniejsze od tempa mowy ogółu populacji (Walker, Archibald, Cherniak, Fish, 1992), z drugiej podkreśla się, że problemy związane z mową i językiem mogą wynikać z zaburzeń rozwojowych typowych dla okresu dzieciństwa i nie muszą być spowodowane gielkotem (van Zaalen, Wijnen, Dejonckere, 2011).

Prawidłowa diagnostyka może obejmować więcej niż jedną sesję (spotkanie) i może wymagać konsultacji z innymi niż logopeda specjalistami: audiologiem, nauczycielem-wychowawcą, pedagogiem specjalnym, psychologiem czy neuropsychologiem. Zdaniem Tomasza Woźniaka ważnym elementem diagnozy gielkotu jest szczegółowy wywiad, pozwalający zebrać informacje dotyczące historii rozwoju mowy, przebytych chorób, wcześniejszych terapii, problemów w szkole, w środowisku, ewentualnie w pracy, a także uzyskanie informacji z innych badań specjalistycznych (2008).

Zalecane najczęściej formy badania przewidują ocenę próbek mowy osoby diagnozowanej podczas spontanicznej wypowiedzi, rozmowy, głośnego czytania, odtwarzania historii, powtarzania trudnych słów, a także w monologu (Scaler Scott, Ward, 2013; Ward, 2006). W zebranych próbkach wypowiedzi są analizowane takie komponenty, jak: tempo mowy, proporcja występowania zwykłych nie płynności w stosunku do nie płynności bardziej typowych dla jękania, rytm mowy, nienaturalne pauzy, artykulacja, sprawność językowa itp. Istnieją

specjalne programy komputerowe pozwalające badać odsetek wypowiedzi nie-płynnych, a także analizować gwałtowne zmiany tempa mowy (Bakker, Myers, 2014). W badaniu istotna jest także analiza próbek pisma oraz możliwości motorycznych, w tym związanych z motoryką artykulacyjną (Ward, 2006). W praktyce logopedycznej w Polsce silnie akcentuje się konieczność przeprowadzenia diagnozy różnicowej, zwłaszcza w zakresie oddzielenia gielkotu od jąkania (por. Tarkowski, 2003; Woźniak, 2008). Pomocnym w tym zakresie narzędziem – dostępnym także w polskiej wersji językowej<sup>2</sup> – jest *the Predictive Cluttering Inventory* – PCI (*Prognozowanie gielkotu – inwentarz cech*) autorstwa Davida A. Daly'ego.

Niezwykle ważnym elementem diagnozy są także arkusze autoewaluacji, pozwalające na porównanie wyników badań uzyskanych przez logopedę z oceną klienta, a tym samym ustalenie poziomu uświadomienia problemu. Yvonne van Zaleen i współpracownicy zalecają wspólne odsłuchanie z badaną osobą nagranych próbek mowy i ocenienie ich jakości z użyciem 5-stopniowej skali. Porównanie wyników takiej równoczesnej ewaluacji dokonanej przez logopedę i jego klienta pozwala na uzyskanie informacji na temat poziomu samoświadomości (van Zaalen, Wijnen, Dejonckere, 2011).

David A. Daly zwraca uwagę, że aby terapia gielkotu była skuteczna, musi uwzględniać kilka czynników. Przede wszystkim plan terapii w pierwszej kolejności musi być ukierunkowany na zrealizowanie celów samego klienta, a dopiero potem innych osób z jego otoczenia (nauczycieli, rodziców). Zdaniem Davida A. Daley'ego program terapii powinien być wyraźnie ustrukturyzowany i zakładać pracę nad jednym-dwoma aspektami w danym czasie (1996).

Do celów najczęściej wytyczanych w terapii gielkotu należą: zmniejszenie tempa mowy, poprawienie płynności, prozodii, artykulacji. Terapeuci gielkotu na ogół koncentrują się na następujących aspektach: wzmocnienie samo-kontroli, przesadnie dokładna artykulacja, stosowanie segmentacji wypowiedzi (pauzowanie, frazowanie). Ellen Bennett Lanouette proponuje 7 zasad prowadzenia terapii, które ułatwiają osobie z gielkotem zrozumienie procesu, w którym uczestniczy (2011). Wśród nich znalazły się następujące założenia: terapia musi uczyć pacjenta, jak kształtować płynność mowy, musi mu ułatwiać rozpo-

---

<sup>2</sup> PCI wraz z instrukcją (w tłumaczeniu K. Węsierskiej) są dostępne na stronie The International Cluttering Association: <http://associations.missouristate.edu/ICA/>.

nanie profili własnego zaburzenia, musi także wspomagać nabywanie umiejętności monitorowania własnej mowy. Nie mniej istotne wydają się kolejne zasady: wyraźne uświadamianie klientowi, jaki jest cel każdego wykonywanego ćwiczenia, przestrzeganie ścisłego porządku w prowadzeniu ćwiczeń, ich sekwencjonowanie. Badaczka podkreśla także systematyczność i powtarzalność wykonywanych zadań oraz akcentuje wagę ich ukonkretnienia i powiązania z realiami, których doświadcza osoba uczestnicząca w terapii (Bennett Lanouette, 2011). Jak w każdej terapii, także przy gielkocie nieocenione jest wsparcie najbliższych (St. Louis et al., 2003).

Terapię gielkotu powinni prowadzić logopedzi wyspecjalizowani w terapii zaburzeń płynności mowy. Wypełnienie tej zasady nie wydaje się jednak łatwe, gdyż – jak stwierdzają John Tetnowski i Jill Douglass – w programach studiów logopedycznych w krajach Ameryki Północnej i Europy na zagadnienia związane z gielkotem przeznaczają się około od 100 do 60 minut (2011). Potwierdza to opinię o stosunkowo słabym przygotowywaniu studentów logopedii do pracy z klientami z zaburzeniami płynności mowy (Yaruss, Quesal, 2002).

### **Społeczna ocena gielkotu**

Badania prowadzone w Polsce nad społecznym odbiorem jåkania wykazały raczej negatywne doń nastawienie (Przepiórka, Błachnio, St. Louis, Woźniak, 2013; Węsierska, Węsierska, Beste Guldborg, St. Louis, 2015; Węsierska, St. Louis, 2014). W tej sytuacji można się zastanawiać, czy podobny jest stosunek ogółu społeczeństwa do osób dotkniętych gielkotem i co przeciętny Polak wie na temat tego zaburzenia. Poszukiwanie odpowiedzi na te pytania jest zadaniem ważnym, zwłaszcza w sytuacji, kiedy prowadzone w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku międzynarodowe badania nad świadomością terapeutów mowy wykazały, że gielkot nie jest powszechnie znanym zaburzeniem nawet wśród specjalistów (St. Louis, Rustin, 1992). Taki stan potwierdziły również ankiety przeprowadzone pod koniec pierwszej dekady XXI wieku przez The ICA Committee of International Representatives w 25 krajach członkowskich (Reichel, Bakker, 2009). Pokazały one przede wszystkim to, że stan wiedzy na temat gielkotu w poszczególnych krajach jest mocno zróżnicowany, a sama świadomość istnienia tego zaburzenia waha się od całkowitej niewiedzy po dogłębną znajomość problemu.

Pobieżne przejrzanie polskich forów internetowych poświęconych osobom z niepełnością mowy dowodzi, że społeczna świadomość dotycząca gielkotu

jest w Polsce stosunkowo bardzo niska<sup>3</sup>. Osoby z gielkotem nie tworzą grup wsparcia, wspólnot, nie prowadzą grup dyskusyjnych, jak np. osoby z jąkaniami. Widać to zarówno na stronach adresowanych do specjalistów, jak i dla pacjentów i ich rodziców. Tak mała frekwencja wątków związanych z gielkotem na stronach internetowych potwierdza tylko stan wiedzy społeczeństwa polskiego na temat gielkotu. Sondaż jednej z autorek artykułu przeprowadzony wśród studentów polonistyki pokazał na przykład, że praktycznie żaden przyszły nauczyciel języka polskiego nie słyszał o gielkocie i nie wie, co to jest, jak rozpoznać to zaburzenie, ani jak zachować się wobec ucznia zmagającego się z taką przypadłością.

Na początku 2014 roku przeprowadzono badania dotyczące opinii społecznych na temat ludzkich cech i właściwości, m.in. gielkotu. W tym celu wykorzystano polską wersję kwestionariusza *Public Opinion Survey of Human Attributes–Cluttering* (POSHA–Cl) (w tłumaczeniu K. Węsierskiej). Badaniami objęto grupę 136 logopedów i bardzo zróżnicowaną wewnątrznie grupę 540 nielogopedów (osób w różnym wieku, o różnych zawodach, statusie rodzinnym i materialnym). Uczestnicy badania to przede wszystkim kobiety, pochodzące z obszarów miejskich i wiejskich, głównie z województw: podkarpackiego, łódzkiego i śląskiego. Ankietowanym wyjaśniono, że gielkot „[...] jest zaburzeniem mowy, które objawia się zbyt szybkim lub/i urywanym wypowiedzianiem słów. Większość ludzi z gielkotem zdaje się wyrzucać z siebie poszczególne słowa lub zdania równocześnie, stosuje o wiele więcej wypełniaczy (typu 'yyy'), ma więcej zawahań, poprawek lub przerw w potoku mowy niż przeciętni mówcy. Ich wystąpienia brzmią niechlujnie, jakby oni sami nie mieli jasnego pojęcia, co chcą powiedzieć. Takie osoby często nie są świadome, że mają jakiś problem”.

---

<sup>3</sup> Znamienne jest, że nawet na bardzo popularnej stronie: <http://www.forumlogopedyczne.pl> [dostęp: 23.09.2014] nie ma osobnej zakładki dotyczącej gielkotu, zaś w zakładce 'jąkanie' znajdziemy zaledwie kilka pytań i odpowiedzi dotyczących innych niż jąkanie zaburzeń płynności mowy. Także na stronie <http://demostenes.eu> – wortalu poświęconym jąkanii – wśród wielu informacji o terapii jąkania, klubach J, grupach wsparcia, zaleceń dla otoczenia itp., gielkot jest prawie nieobecny. Podobnie na innej specjalistycznej stronie <http://www.forumneurologiczne.pl> – jest kilkanaście wątków dotyczących jąkania, a ani jednego o gielkocie. Problem zaburzeń płynności mowy dotyczy bardzo często dzieci, jednak na forach przeznaczonych dla rodziców też próżno szukać wątków dotyczących gielkotu, choć inne zaburzenia komunikacji (w tym jąkanie) są szeroko dyskutowane (zob. np. <http://mamdziecko.interia.pl>, <http://www.rodzice.pl>, <http://www.dzieciowisko.pl>, <http://www.dziecirosna.pl/przedszkolak/rozwoj> – dostęp 22.09.2014).

Badani, po udzieleniu informacji demograficznych o sobie (wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, sytuacja rodzinna i zawodowa, status materialny itp.), odpowiadali na pytania dotyczące wybranych aspektów życia (zdrowie, zdolności, umiejętności komunikacyjne, poczucie bezpieczeństwa, potrzeby). Następnie określali w skali od 1–5 swój stosunek do osób otyłych, doświadczających gielkotu, leworęcznych, jękających się, chorych psychicznie i inteligentnych. Dalsza część ankiety koncentrowała się na zagadnieniach związanych z gielkotem: ankietowani mieli określić cechy psychofizyczne osób z gielkotem, ich pozycję w społeczeństwie, możliwości wykonywania różnych zawodów, a także własne odczucia towarzyszące kontaktom z osobami z gielkotem. Pytania w ostatniej części kwestionariusza sprawdzały wiedzę społeczeństwa na temat istoty gielkotu (czym jest spowodowane to zaburzenie mowy, kto powinien pomagać osobom z tą wadą, gdzie można zdobyć wiedzę o gielkocie).

Wyniki badań pokazały, że ankietowani mają stosunkowo niski poziom wiedzy na temat gielkotu w porównaniu z wiedzą na temat jękania, choć logopedzi uzyskali wyniki znacząco wyższe niż przedstawiciele ogółu społeczeństwa. Widoczne różnice wystąpiły także pomiędzy postawami wobec gielkotu wśród logopedów i przedstawicieli populacji ogólnej. Ankietowani wskazali logopedów jako najlepsze źródło pomocy dla osób z tym zaburzeniem. Obie grupy badawcze stwierdziły, że z osobami z gielkotem można się zaprzyjaźnić, a te mogą prowadzić normalne życie. Ankietowani (głównie nielogopedzi) podkreślali równocześnie, że osoby z gielkotem mogą mieć problemy z pracą w niektórych zawodach. Często wyrażali opinię, iż byłiby zmartwieni, gdyby ta przypadłość dotknęła ich samych lub ich bliskich.

### **Działania upowszechniające tematykę gielkotu podejmowane na świecie i w Polsce**

W sytuacji dramatycznie niskiej znajomości problemu w społeczeństwie istnieje silna potrzeba podejmowania działań mających na celu popularyzację wiedzy na temat diagnostyki i metod terapii gielkotu, ale przede wszystkim potrzeba edukowania społeczeństwa i informowania o tym zaburzeniu (sugerowało to ponad 40% respondentów ankiety ICA, przeprowadzonej w 25 państwach; Polska nie uczestniczyła w tym badaniu – zob. Reichel, Bakker, 2009). W wielu krajach podkreśla się też potrzebę szkolenia i ciągłego doksztalcania logopedów i terapeutów. W 2007 roku podczas I Światowej Konferencji Gielkotu w Katarino w Bułgarii powstało Międzynarodowe Stowarzyszenie Gielkotu (*The Interna-*

tional Cluttering Association – ICA). Najważniejszymi celami, które wytyczyła sobie organizacja są: upowszechnianie wiedzy o gielkocie wśród logopedów, specjalistów służby zdrowia, a także ogółu społeczeństwa, rozwijanie badań naukowych nad gielkotem, wspomaganie wymiany informacji pomiędzy różnymi grupami: badaczami, logopedami praktykami i osobami z gielkotem, pozyskiwanie środków na realizację tych celów. Najogólniej można przyjąć, że ICA w sposób kompleksowy i profesjonalny stara się poprawić sytuację społeczną osób z gielkotem, członków ich rodzin, a pośrednio również terapeutów mowy (informacja, organizacja samopomocy, wspólne badania, opracowanie metodologii postępowania diagnostycznego i terapeutycznego). Na stronie internetowej organizacji są udostępniane materiały dotyczące gielkotu (artykuły, komunikaty, oprogramowanie, narzędzia do badań zaburzenia, nagrania instruktażowe dla logopedów i studentów, przydatne linki)<sup>4</sup>.

Badania nad społecznym odbiorem gielkotu w Polsce udowodniły, że problem ten jest mniej znany niż jąkanie. Istnieje zatem silna potrzeba rozpowszechniania wiedzy na temat tego zaburzenia mowy. Pierwsze takie działania już zostały podjęte: wydany został plakat edukacyjny dotyczący gielkotu (*Gielkot. Co to takiego?*), który rozprowadzono (w liczbie 2000 egzemplarzy) na uniwersytetach i w innych miejscach publicznych. Ważnymi dla upowszechnienia wiedzy na temat tego zaburzenia krokami było przetłumaczenie i udostępnienie na stronach internetowych anglojęzycznych ulotek informacyjnych<sup>5</sup>. Pierwsza z nich, *Gielkot – mowa bezładna. Kilka wskazówek*, to tłumaczenie materiału przygotowanego przez Kennetha O. St. Louisa [tłum. K. Węsierska, M. Węsierska]. Druga ulotka to opracowanie dla ICA przygotowane przez Klaasa Bakkera, Isabellę Reichel i Ellen Bennett Lanouette [tłum. A. Płusajska-Otto, K. Węsierska].

Do najważniejszych postulatów na przyszłość należy ten, aby zatroszczyć się o to, by informacje o gielkocie były powszechniej dostępne dla polskiego odbiorcy. Dla przykładu, by z oficjalnej strony Międzynarodowego Stowarzyszenia Gielkotu korzystali częściej także polscy logopedzi, badacze zjawiska i sami zainteresowani – należy wspierać zamieszczanie na stronie polskich materiałów oraz polskich tłumaczeń z języka angielskiego.

<sup>4</sup> Na stronie the International Cluttering Association dostępne są publikacje, ulotki, narzędzia diagnostyczne, niektóre materiały także w języku polskim: <http://associations.missouristate.edu/ica/>

<sup>5</sup> Wspomniane materiały zostały zamieszczone na wzmiankowanej już stronie ICA oraz na stronie the Stuttering Foundation of America: <http://www.stutteringhelp.org/>

## Postulowane kierunki zmian

Istnieje potrzeba podejmowania różnego typu kompleksowych działań, które wydają się nieodzowne w związku ze zjawiskiem gielkotu. Z jednej strony wskazane jest kontynuowanie badań nad zjawiskiem gielkotu, jego społecznym odbiorem oraz formami skutecznej interwencji. Z drugiej strony, wciąż zauważalny jest brak narzędzi pozwalających na odpowiednią kompleksową diagnozę tego zaburzenia, podobnie jak konieczne jest opracowanie i opisanie szczegółowych procedur postępowania logopedycznego zgodnego z zasadami praktyki logopedycznej opierającej się na wynikach badań naukowych (ang. *evidence-based practice*) (Scaler Scott, St. Louis, 2009). Szkolenie przyszłych logopedów i stałe dokształcanie się specjalistów z tego zakresu jest kolejnym bardzo istotnym kierunkiem postulowanych działań. Wciąż jednak kardynalna wydaje się potrzeba upowszechniania podstawowej wiedzy na temat zaburzeń płynności mowy, w tym gielkotu, w całym społeczeństwie. Należy uświadamiać, że wady wymowy, w tym także wszelkie niepłynności mowy, nie mogą skazywać osób nimi dotkniętych na częściowe nawet wykluczenie zawodowe i społeczne (co sugerowała pewna grupa badanych polską wersją kwestionariusza POSHA-CI).

## Zakończenie

Zjawisko gielkotu wymaga „odczarowania” na wielu płaszczyznach. Społeczeństwo powinno oswoić się z istnieniem tego zaburzenia mowy, rozumieć je lepiej i lepiej na nie reagować, by takie reakcje postronnych osób, jak ta, która stała się tytułem profilaktycznego plakatu: *Gielkot, co to takiego?* odeszły w zapomnienie. Osoby zmagające się z tym zaburzeniem muszą się poczuć rozumiane i akceptowane, muszą wyzbyć się poczucia wstydu. Będą wówczas aktywnie poszukiwać pomocy i będą w stanie śmiało przyznawać: „jestem osobą, która ma gielkot”. Logopedzi, którzy są często reżyserami sukcesów ludzi zmagających się z tym zaburzeniem, muszą z kolei wierzyć w swoje kompetencje i być gotowi udzielać pomocy osobom z gielkotem. By tak się działo, programy kształcenia logopedów muszą przygotowywać ich do diagnozowania osób i kompetentnego prowadzenia terapii. Przykład z Norwegii, opisany przez Helene Kvenseth – osobę z gielkotem – i jej terapeutkę Hildę Sønsterud, ilustruje, jak partnerska współpraca logopedy i jego pacjenta może zaowocować podnoszeniem świadomości społecznej i budowaniem systemu wsparcia osób z tym zaburzeniem mowy (Kvenseth, Sønsterud, 2009). Ta historia pokazuje, że taka współpraca może być nie tylko bardzo owocna, ale i fascynująca, może być inspiracją dla polskich logopedów.



## Bibliografia

- American Speech-Language-Hearing Association, 1999: *Terminology pertaining to fluency and fluency disorders: Guidelines* [Guidelines] [online], <http://www.asha.org/policy> [dostęp: 18.09.2014].
- Bakker K., Myers F., 2014, lipiec: *Real-time perceptual tracking of cluttering severity*. Paper presented on 2<sup>nd</sup> World Conference on Cluttering, Eindhoven.
- Bennett Lanouette E., 2011: *Interventions strategies for cluttering disorders*. W: Ward D., Scaler Scott K., eds.: *Cluttering. A handbook of research, intervention and education*. Psychology Press, Hove & New York, s. 175–197.
- Daly D.E., 1996: *The source for stuttering and cluttering*. Lingui Systems, East Moline.
- Kostecka W., 2006: *Gielkot. Studium przypadku*. AWH Antoni Dudek, Lublin.
- Kvenseth H., Sønsterud H., 2009: *Exciting collaboration turns cluttering fascinating: A story told by a person who clutters and a speech and language therapist from Norway*. „SIG 4. Perspectives on Fluency and Fluency Disorders”, Vol. 19, s. 67–71.
- Myers C.F., St. Louis K.O., eds., 1992: *Cluttering: A clinical perspectives*. Far Communication Disorders, Kibworth.
- Pruszewicz A., red., 1992: *Foniatrya kliniczna*. PZWL, Warszawa.
- Przepiórka A., Błachnio A., St. Louis K.O., Woźniak T., 2013: *Public attitudes toward stuttering in Poland*. „International Journal of Language and Communication Disorders”, Vol. 48, Iss. 6, s. 703–714.
- Reber A., 2002: *Słownik psychologii*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Reichel I.K., Bakker K., 2009: *Global landscape of cluttering*. „SIG 4 Perspectives on Fluency and Fluency Disorders”, Vol. 19, s. 62–66.
- Scaler Scott K., St. Louis K.O., 2009: *A perspective on improving evidence and practice in cluttering*. „SIG 4 Perspectives on Fluency and Fluency Disorders”, Vol. 19, s. 46–51.
- Scaler Scott K., Ward D., 2013: *Managing cluttering. A comprehensive guidebook of activities*. PRO-ED, Austin.
- St. Louis K.O., Rustin L., 1992: *Professional awareness of cluttering*. W: Myers F.L., St. Louis K.O., eds.: *Cluttering: A clinical perspective*. Far Communication Disorders, Kibworth, s. 23–35.
- St. Louis K.O., Schutle K., 2011: *Defining cluttering: The lowest common denominator*. W: Ward D., Scaler Scott K., eds.: *Cluttering. A handbook of research, intervention and education*. Psychology Press, Hove & New York, s. 233–253.
- St. Louis K.O., Raphael L.J., Myers F.L., Bakker K., 2003: *Cluttering updated*. „The ASHA Leader” November 18 [online], <http://www.asha.org/publications/leader> [dostęp: 18.09.2014].
- Szamburski K., 2012: *Diagnoza niepełności mówienia*. W: Czaplewska E., Milewski S., red.: *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*. GWP, Sopot, s. 367–414.
- Tarkowski Z., Smul M., 1988: *Gielkot*. Wydawnictwo ZSL, Warszawa.
- Tarkowski Z., 1992: *Jąkanie wczesnodziecięce*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
- Tarkowski Z., 2002: *Nowe ujęcie mowy bezładnej*. W: Tarkowski Z., Jastrzębowska G., red.: *Człowiek wobec ograniczeń: niepełnosprawność, komunikowanie, diagnoza, terapia*. Wydawnictwo Fundacji „Orator”, Lublin, s. 187–196.



Tarkowski Z., 2003: *Jękanie. Gielkot*. W: Gałkowski T., Jastrzębowska G., red.: *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. Tom 2. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole, s. 176–190.

Tetnowski J.A., Douglass J., 2011: *Cluttering in the academic curriculum*. W: Ward D., Scaler Scott K., red.: *Cluttering. A handbook of research, intervention and education*. Psychology Press, Hove & New York, s. 280–296.

Walker J.F., Archibald L.M.D., Cherniak S.R., Fish V.G., 1992: *Articulation rate in 3 and 5 year old children*. „Journal of Speech and Hearing Research”, Vol. 35, s. 4–13.

Ward D., 2006: *Stuttering and cluttering. Frameworks for understanding and treatment*. Psychology Press, Hove & New York.

Węsierska M., St. Louis K.O., 2014: *Comparison of attitudes towards stuttering among Polish and English university students*. „Chowanna”, t. 1(42), s. 263–284.

Woźniak T., 2008: *Standard postępowania logopedycznego w przypadku gielkotu*. „Logopedia”, t. 37, s. 217–226.

Węsierska K., Węsierska M., Beste-Guldborg A., St. Louis K.O., 2015: *A comparison of knowledge and attitudes toward stuttering of Polish SLPs and SLP students*. In: St. Louis K.O., ed.: *Stuttering meets stereotype, stigma, and discrimination: An overview of attitude research*. West Virginia University Press, Morgantown, s. 216–225.

Yarus J.S., Quesal R.W., 2002: *Academic and clinical education in fluency disorders: An update*. „Journal of Fluency Disorders”, Vol. 27, No. 1, s. 43–63.

Zaalen Y. van, Abbink-Spruit M., Dejonckere P., 2013: *Czy zaburzenia planowania wypowiedzi językowej mogą być podstawą gielkotu?* „Forum Logopedyczne”, nr 21, s. 29–37.

Zaalen Y. van, Wijnen F., Dejonckere P., 2011: *The assessment of cluttering: rationale, tasks, and interpretation*. W: Ward D., Scaler Scott K., eds.: *Cluttering. A handbook of research, intervention and education*. Psychology Press, Hove & New York, s. 137–151.

## Streszczenie

W rozdziale podjęto próbę ukazania sytuacji osób z gielkotem w społeczeństwie. Autorzy zaprezentowali różne stanowiska w definiowaniu gielkotu oraz nakreślili główne elementy postępowania diagnostycznego. Odwołując się do diagnozy różnicowej, zwrócili uwagę na częste współwystępowanie gielkotu z innymi zaburzeniami. Omówione zostały także cele i zasady prowadzenia terapii gielkotu. Opisuując świadomość społeczną na temat gielkotu, autorzy przywołali wyniki badań własnych przeprowadzonych w Polsce z użyciem *Public Opinion Survey of Human Attributes – Cluttering* (POSHA-CI). Wskazali na stosunkowo niską znajomość tego zagadnienia w społeczeństwie. Autorzy zasygnalizowali formy działań podejmowanych za granicą i w Polsce, których celem jest zmiana postaw wobec gielkotu oraz sytuacji osób z tym zaburzeniem. Zarekomendowana została także potrzeba podejmowania działań mających na celu popularyzowanie wiedzy z tego zakresu.

## Summary

The chapter addresses the situation of people who clutter in the society. It presents various approaches in defining cluttering and outlines the main elements of the treatment process. In relation to the differential diagnosis of cluttering, the authors emphasize the frequency of the comorbidity of cluttering with other disorders. Objectives and principles of cluttering therapy are also discussed. In connection with the issue of public awareness towards cluttering, the authors briefly present the results of their own research carried out in Poland with the *Public Opinion Survey of Human Attributes – Cluttering* (POSHA-CI). The results indicate a relatively low awareness of cluttering in the society. The authors present actions aimed at changing public attitudes towards cluttering and the situation of people who clutter which have been introduced in Poland and abroad. Finally, the need to disseminate knowledge about the disorder is recognized and future directions are identified.

## ***Nowoczesne podejścia do terapii gielkotu***

*Innovative approaches to the treatment of cluttering*

### **Wprowadzenie**

Większości ludzi na świecie wydaje się, że wiedzą, na czym polega jąkanie, lecz jest im obce zaburzenie płynności mowy znane jako gielkot, z powodu którego ludzie nie są zdolni odpowiednio dostosować szybkości swojej mowy do składniowych bądź fonetycznych potrzeb w danym momencie (van Zaalen, 2009). Ludzie doświadczający gielkotu (ang. *people who clutter* – PWC) często mówią: „Myślę, że się jąkam, ale właściwie nie jest to prawdziwe jąkanie się” lub „Ludzie zawsze narzekają, że mówię niewyraźnie, zbyt szybko, więc chcę uniknąć takich reakcji”.

### **Model produkcji mowy (Levelt, 1989)**

Aby wyjaśnić podstawy niepełnej oraz niezrozumiałej mowy w gielkocie, ważne jest poznanie procesu formułowania (leksykalizacji), który następuje przed samym momentem produkcji mowy. Według Willema J.M. Levelta (1989) wyrażanie myśli składa się z trzech etapów. Pierwszy etap to kodowanie komunikatu i monitorowanie sytuacji w oczekiwaniu na najbardziej odpowiedni moment na wyrażenie informacji. Stwierdza się, że wypowiedzenie się w nieodpowiednim wybranim momencie może wywołać późniejsze niezadowolenie wypowiadającego. W takich przypadkach proces monitorowania nie funkcjonuje poprawnie. Kolejnym etapem jest formułowanie wiadomości zgodnej z gramatyczną strukturą zdania. Zdania są zbudowane z wyrazów kolejno pobieranych z leksykonu mentalnego mówcy. Każde słowo w zdaniu musi być podzielone na sylaby, które muszą być prawidłowo ułożone w sekwencje (zatem „bi-blio-gra-fia”, a nie „blio-bi-gra-fia”) oraz składać się z odpowiednich głosek (niepoprawne „blio-blio-gra-fia”). Trzeci etap jest rzeczywistym wyrażaniem myśli mówcy.

## **Gielkot a wytwarzanie mowy**

Tempo wypowiedzi u osoby z gielkotem jest zbyt szybkie. Zwiększa się ono, gdy czas przeznaczony na wszystkie trzy etapy opisane powyżej jest ograniczony. Faktem jest również, że wypowiedzi tych osób mogą być płynne i zrozumiałe, jeśli koncentrują się one na swoim tempie mówienia. Większość z nich czyta na głos płynnie i zrozumiale. Ponadto nasilenie gielkotu wydaje się zwiększać, gdy osoba jest zrelaksowana, np. w kręgu rodzinnym bądź wśród przyjaciół (St. Louis et al., 2003, 2007; van Zaalen, Winkelman, 2009).

## **Trzy elementy wytwarzania mowy**

Wyjaśniając różnice w nasileniu gielkotu w różnych sytuacjach komunikacyjnych, należy rozpatrywać tę kwestię na podstawie trzech elementów składających się na produkcję mowy: automatyzacji, kontrolowania sposobu mówienia oraz tempa mówienia (van Zaalen, Reichel, 2013).

## **Automatyzacja języka, nie płynności i błędy**

Poprawne zdania mogą być produkowane w szybkim tempie, jeżeli proces tworzenia mowy jest zautomatyzowany. Zdania są budowane dzięki użyciu odpowiednich słów, które zostają zaplanowane i wyprodukowane zgodnie z zamierzeniami. Proces formułowania zdań u osób z gielkotem jest niewystarczająco zautomatyzowany (van Zaalen, 2009). W takiej sytuacji mogą wystąpić nieprawidłowości w produkcji, np. nie płynności lub błędy. Wyróżnia się dwie kategorie zaburzeń płynności mowy: normalne nie płynności oraz zaburzenia związane z jękaniami się. Normalne nie płynności to takie, których doświadcza prawie każdy w codziennych wypowiedziach – są to np. powtórzenia wyrazów („ale, ale, potrafię”), wtrącenia i wypełniacze (np. „uch” lub dodatkowe pauzy), powtórzenia fraz („Będę szedł, będę szedł”) oraz autokorekcje, czyli poprawianie się („Będę szedł... pójdę do domu”). Zaburzenia związane z jękaniami się charakteryzują się poczuciem braku kontroli nad mową, który przejawia się np. poprzez powtórzenia głosek („l-l-l-lalka”), wydłużenia („zzzzzzwierzę”) lub blokady („i... interesujące”). Mogą im towarzyszyć oznaki napięcia fizycznego i/lub emocjonalnego. U osób z gielkotem normalne nie płynności mowy występują w ilości większej niż przeciętna (Myers, Bradley, 1992; St. Louis, 1992; St. Louis et al., 1996, 2003). Błędy mowy w gielkocie przeważnie przyjmują formę skracania sylab („dizaur” zamiast „dinozaur”) bądź ich mieszania („blio-

bi-fia-gra”), co sprawia, że mowa osoby doświadczającej tego zaburzenia jest niezrozumiała. Pojawianie się normalnych niepełności może być wyjaśnione chęcią zyskania na czasie. Osoba powtarza wcześniej zaplanowaną część komunikatu albo dodaje pauzę, by zyskać czas na zaplanowanie reszty zdania (Howell, Au Yeung, 2002). Można to opisać jako „myślenie na głos”.

Zmniejszona zrozumiałość mowy jest spowodowana przesadną koartykulacją (usunięciem sylaby lub głoski w wielosylabowych wyrazach) oraz niedokładną mową charakterystyczną dla osób z gielkotem (Daly, Burnett, 1999; Damsté, 1984; Dinger, Smit, Winkelman, 2008; Gutzmann, 1893; Mensink-Ypma, 1990; St. Louis et al., 2003, 2007; van Zaalen, Winkelman, 2009; Voelker, 1935; Ward, 2006; Weiss, 1964). Nieprawidłowości w strukturze wyrazów są wynikiem błędów niewykrytych w trakcie szybkiego mówienia. Gdyby błędy zostały wykryte, mówca poprawiłby je. Pomimo tego, że osoby z gielkotem potrafią rozpoznać błędy w swojej mowie, są one nieświadome tych pomyłek w trakcie mówienia. Należy zwrócić uwagę, że popełniają błędy, wypowiadając się spontanicznie, ale nie popełniają ich w sytuacjach testowych lub w piśmie (van Zaalen, Winkelman, 2009). W gielkocie mogą występować zaburzenia językowe lub trudności językowe. Trudności tym różnią się od innych zaburzeń językowych, że osoba może mówić gramatycznie poprawnie za jednym razem, a za drugim popełnia syntaktyczne oraz fonologiczne błędy w podobnych zdaniach.

### **Kontrolowanie własnego sposobu mówienia**

Charakterystyczną cechą gielkotu, opisaną wcześniej przez Adolfa Konrada Kussmaula (1887), jest fakt, że trudności z produkcją mowy zmniejszają się, gdy osoba z gielkotem stara się bardziej kontrolować sposób mówienia lub jego tempo. Niedostateczna automatyzacja sprawia, że dokończenie zdania lub wyrazu wymaga większej autokontroli, w wyniku czego inne procesy – zwłaszcza monitorowanie i artykulacja – nie są realizowane w odpowiednim stopniu. Skutkuje to dalszymi błędami w produkcji mowy. Dlatego też osoby z gielkotem nie wykrywają wszystkich błędów i nie są w stanie ich poprawić. Aby nastąpiło wykrycie i poprawa błędu, potrzebna jest odpowiednia autokontrola. Brak świadomości błędów mowy bądź niepełności może być wynikiem słabej zdolności monitorowania (autokontrola i poprawa). Osoby z gielkotem są w stanie kontrolować swoją mowę, jeżeli formułowanie wypowiedzi (budowanie zdania i struktura wypowiedzi) nie wymaga od nich zbyt wiele uwagi, np. podczas formułowania sylab bez znaczenia, powtarzania zapamiętanej historii lub na-

zywania codziennych czynności. Mowa tych osób jest zazwyczaj mniej płynna i wyraźna podczas rozmowy w środowisku domowym niż w innych sytuacjach, np. w klasie. To samo dziecko może mówić z większą płynnością w klasie, natomiast w domu lub w gronie przyjaciół jego mowa staje się mniej wyraźna. Oprócz płynności mowy, tempa mówienia i sytuacji komunikacyjnej, ważną kwestią jest również uwaga. Ludzie zmęczeni lub przebywający w domu przykładają mniejszą uwagę do sposobu mówienia w przeciwieństwie do ludzi mówiących w środowisku zawodowym (np. do zwierzchnika). Gdy w procesie produkcji mowy cała uwaga jest poświęcana formułowaniu (np. w przypadku zaawansowanych wypowiedzi), nie ma już wystarczających zasobów, by zidentyfikować i poprawić swoje błędy (van Zaalen, 2009). Przypuszcza się zatem, że w gielkocie występuje tak zwane „podwójne zaburzenie” – budowanie zdania oraz wymawianie słów w czasie wypowiedzi jest na tyle trudne, że dodatkowe kontrolowanie mowy bywa czasami niemożliwe dla PWC (van Zaalen, 2009).

### **Tempo mówienia**

Problemy z formułowaniem wypowiedzi znikają, gdy osoby z gielkotem mówią w wolnym tempie i wykrywają swoje błędy podczas późniejszego odsłuchiwania swojej wypowiedzi. Wskazuje to na problem z automatyzacją produkcji mowy. Gielkot charakteryzuje się szybkim lub nieregularnym tempem artykułowania (Daly, 1993; Damsté, 1984; Dinger, Smit, Winkelman, 2008; St. Louis, 1992; St. Louis et al., 1996, 2003; Weiss, 1964). Osoby niedoświadczające gielkotu dostosowują szybkość swojej mowy do trudności komunikatu. Mówią wolniej, gdy na ich wypowiedź składają się zdania lub słowa bardziej złożone, a szybciej, gdy te są relatywnie prostsze. Osoby z gielkotem nie są w stanie wystarczająco szybko dopasować tempa mowy do złożoności języka.

Gielkot w dużym stopniu łączy się z dziedziczeniem (Daly, 1992); 85% osób z gielkotem ma w rodzinie osobę z zaburzeniem mowy lub języka. Członkowie rodzin osób z tym zaburzeniem często sami mają gielkot. Dla jednego członka grupy zmiana zachowania jest bardzo trudna, zwłaszcza gdy inni w tej samej grupie nie zmieniają swojego postępowania. Wydaje się, że osoby z gielkotem niewystarczająco kontrolują swoją mowę wtedy, gdy mówią szybkim tempem, lecz są w stanie kontrolować ją efektywniej, zwalniając. Aby mówić wolniej, muszą oni zwracać na to większą uwagę. W bieżącej mowie nie są w stanie utrzymać wolnego tempa mówienia na dłuższy czas, ponieważ całą swoją uwagę skupiają na poprawnym konstruowaniu zdań.

## Typologia gielkotu

Różnice pomiędzy symptomami fonologicznymi a symptomami językowymi w mowie osób z gielkotem zainspirowały Pietera Helberta Damstého (1990) do wyróżnienia trzech form gielkotu – dyzartrycznego, dysrytmicznego oraz dysfazycznego. Dawid Ward (2006) proponuje podział na gielkot motoryczny oraz gielkot językowy. Yvonne van Zaalen (2009) zastąpiła terminy gielkot dyzartryczny i gielkot motoryczny pojęciem gielkotu fonologicznego, ponieważ odkryła, że osoby z tą dysfunkcją mają problemy raczej z kodowaniem fonologicznym niż z motoryką mowy. Badania: Yvonne van Zaalen i współpracowników (van Zaalen, Ward, Nederveen, Lameris, Wijnen i Dejonckere, 2009; van Zaalen, Wijnen i Dejonckere, 2011), a także inne opracowania uczulają logopedów na istnienie podtypów gielkotu (Bretherton-Furness, Ward, 2012). Gielkot dysfazyczny, dysrytmiczny i językowy może być ujmowany jako gielkot syntaktyczny (van Zaalen, 2009).

Gielkot syntaktyczny dotyczy problemów w kodowaniu gramatycznym oraz trudności z odnalezieniem odpowiednich wyrazów w zasobie leksykalnym mowy przy szybkim tempie wypowiedzania się. Problemy zdarzają się częściej w bardziej złożonych językowo wypowiedziach i przyjmują postać zwyczajnych zaburzeń, takich jak powtórzenia wyrazów lub fraz, wtrącenia (wypełniacze), zawahania lub poprawianie (van Zaalen, 2009).

Gielkot fonologiczny, według Yvonne van Zaalen (2009), odnosi się do problemów z kodowaniem fonologicznym i przejawia się błędami w strukturze wyrazów (np. koartykulacja, tzw. teleskopowość – stłaczanie sylab w wyrazie – ang. *telescoping*, lub nieprawidłowa sekwencja sylab) przy mówieniu w szybkim tempie, szczególnie w wielosylabowych słowach. Podobnie jak w przypadku gielkotu syntaktycznego, symptomy gielkotu fonologicznego nasilają się w skomplikowanych językowo sytuacjach.

## Diagnozowanie gielkotu

The International Cluttering Association zaleca analizę płynności, tempa mowy, artykulacji, języka, mowy i głosu na podstawie nagrań audio i wideo. Konieczna jest różnorodność próbek – w trakcie sesji trzeba zebrać materiał w postaci fragmentu czytania na głos, spontanicznej wypowiedzi, odtworzenia zapamiętanej historii. Należy również przeprowadzić testy precyzji fonetycznej na poziomie słowa, zbadać koordynację ruchową i koordynację aparatu mowy oraz przeprowadzić testy z użyciem kwestionariuszy.

Nasilenie gielkotu może różnić się w zależności od rodzaju zadania, jednak tempo zazwyczaj nie jest dopasowane do złożoności zadania. Objawy gielkotu najprawdopodobniej ukażą się podczas zadań, które wiążą się z większą improvizacją, emocjonalnością i złożonością językową oraz są przy tym mniej ustrukturyzowane i formalne. Logopedzi muszą być świadomi, że osoba z gielkotem będzie próbowała kontrolować swój sposób mówienia podczas nagrywania, tak aby był on bliższy normie. Rozstrzygające powinno być porównanie sposobu mówienia klienta podczas nagrania z mówieniem w sytuacji bezpośredniej i spontanicznej (van Zaalen, Myers, Ward, Benner, 2008).

### **Terapia gielkotu**

David Daly (1992) opisał znaczące postępy swoich klientów, u których wdrażano terapię opartą na podejściu wielowymiarowym i w sposób synergiczny. Florence Myers i Claire Bradley (1992) wprowadziły obszernie opracowaną terapię opartą na synergicznym podejściu do gielkotu. Scala ona odmienne podejścia w terapii osób z gielkotem, u których występują różnorodne symptomy. Zauważa się również, że symptomy te oddziałują i wzajemnie na siebie wpływają na wiele sposobów. Branie pod uwagę wieloaspektowych interakcji tych symptomów może stawiać przed logopedą wiele wyzwań. Pomocny w wyjaśnieniu oddziaływania różnych czynników komunikacji w gielkocie okazuje się model Stournerasa złożony z czterech komponentów, opracowany w odniesieniu do jąkania przez Mies Bezemer, Jana Bouwena i Coena Winkelmana (2006). Model daje możliwość ukazania wielu aspektów gielkotu oraz sugeruje nowe podejścia w terapii.

### **Model czteroskładnikowy**

Osoby z gielkotem powinny dążyć do poprawy we wszystkich czterech aspektach komunikacji: poznawczym, emocjonalnym, motorycznym oraz społecznym.

#### **1. Aspekt kognitywny**

U osób z gielkotem występuje różny stopień samoświadomości i szeroki wachlarz uczuć (od zaprzeczenia do nieustannych obaw; od frustracji spowodowanych świadomością własnych braków do frustracji wynikającej z problemów słuchacza w rozumieniu przekazywanej przez nie informacji). Często



takie osoby posiadają niską samoocenę oraz czują się nierozumiane oraz niekompetentne. Negatywne myśli i uczucia u osób z gielkotem nie są aż tak nasilone, jak w przypadku jankania, jednak występują i skutkują obawami związanymi z przyszłością, brakiem nadziei na udane leczenie, niską samooceną oraz słabą motywacją (Reichel, 2010). Używanie cyfrowego nagrywania dźwięku i obrazu zwiększa efektywność pierwszej fazy terapii. Później następuje spontaniczne monitorowanie bez zewnętrznej informacji zwrotnej. Na początku terapii, podczas pierwszych ćwiczeń spowalniających tempo, osoby z gielkotem nie będą czuły się swobodnie. Odczuwają, że ich mowa staje się coraz mniej naturalna. Taka negatywna reakcja może przyćmić pozytywny efekt poprawionej płynności i zrozumiałości mowy. Nowy sposób mowy może również wywołać negatywne myśli (np.: „To brzmi dziwnie!”, „Oni myślą, że jestem nudny”, „Pomyślą, że jestem zbyt wolny”) i negatywne uczucia, takie jak zawstydzenie czy zniecierpliwienie z powodu nieodpowiedniej mowy. Logopedzi powinni brać pod uwagę aspekt poznawczy w programowaniu terapii klienta i być świadomi niskiej samooceny osoby z gielkotem. Pomocne może się okazać odtwarzanie fragmentów ich wypowiedzi przy pomocy urządzeń nagrywających dźwięk i obraz. W ten sposób logopedzi mogą najłatwiej pokazać niedoskonałości, tak aby ich poprawa oraz wychwycenie stało się proste dla klienta. Bardzo ważne jest wsparcie logopedy i zachęta do podejmowania kolejnych kroków w terapii. Na początku terapii często będzie padało zdanie: „Musisz się do tego przyzwyczaić”, które kolejno może przejść w pytanie: „Czy przyzwyczajasz się do tego?” lub nieco bardziej skłaniające do refleksji: „Czy słuchacz nudzą się, kiedy mówisz wolniej?”.

## 2. Aspekt emocjonalny

Komponent afektywny w gielkocie u wielu osób jest manifestowany przez negatywne odczucia, takie jak: strach, złość, smutek, oraz poprzez fizjologiczne reakcje na niepłynności. Nie są one wyuczone na tej samej zasadzie jak u osób z jankaniem. Z jednej strony brak świadomości obecności epizodów gielkotu sprawia, że osoby te podczas mówienia mogą doświadczać mniej trudności. Z drugiej strony przekonanie o możliwości dokonania przez samego siebie pozytywnej zmiany występuje u nich rzadziej niż w przypadku osób zmagających się z jankaniem. Zazwyczaj mówca i słuchacz nie uważają gielkotu za „zaburzenie mowy” lub oznakę utraty kontroli. Co więcej, ludzie z gielkotem nie odczuwają strachu, ponieważ nie utożsamiają swojego problemu z negatywnymi reakcjami

rozmówców. Negatywna reakcja słuchacza może jednakże przyczynić się do lęku przed mówieniem (logofobii), zarówno przed rozmową, jak i w jej trakcie. Ludzie cierpiący na gielkot są przekonani o byciu ignorowanym podczas rozmów oraz czują, że rozmówcy ich nie rozumieją, podczas gdy oni nie potrafią znaleźć przyczyny owego niezrozumienia. W ten sposób wykształca się u nich pewna forma lęku. Często mogą być postrzegani jako „hałaśliwi” lub samolubni. Tego typu sytuacje mogą prowadzić do unikania przez nich rozmów oraz do niskiej samooceny. David Daly (1993, 1986) proponuje zatem terapię łączącą w sobie trening poznawczy, konsultacje językowe, zmianę nastawienia, ćwiczenia rozluźniające, próby samoakceptacji oraz motywujące afirmacje w pracy z osobami z gielkotem. Isabella Reichel (2010; Reichel, Draguns, 2011) w opracowaniu sposobów podejmowania aspektu emocjonalnego w terapii tych osób posłużyła się zdefiniowanymi przez Reuvena Bar-Ona (2000) kompetencjami związanymi z inteligencją emocjonalną (EI). Klienci manifestujący symptomy wskazujące na gielkot są zapoznawani z pięcioma następującymi umiejętnościami: 1) samoświadomością emocjonalną, 2) samokontrolą, 3) badaniem rzeczywistości, 4) empatią i 5) umiejętnościami interpersonalnymi. Rozwój tych kompetencji umożliwia polepszenie świadomości emocjonalnej oraz nawyków komunikacyjnych. Wpływa on również na usprawnienie umiejętności panowania nad emocjami w celu osiągnięcia samokontroli, na kognitywne przetwarzanie emocji, umiejętność realnej oceny sytuacji, branie pod uwagę uczuć słuchacza oraz zmaksymalizowanie zdolności przyjmowania i ukazywania bliskości emocjonalnej w stosunkach międzyludzkich, co zwiększa poczucie odpowiedzialności w komunikowaniu się.

### 3. Aspekt motoryczny

W większości przypadków tempo mowy może zostać zwolnione dzięki zastosowaniu podziału wyrazów na sylaby (sylabizowaniu). Taka metoda powinna być wdrażana w ostrożny, ustrukturyzowany sposób, przy wykorzystaniu informacji zwrotnych na poziomach wizualnym i słuchowym jako wsparcia (van Zaalen, Reichel, 2015). Oprócz spowalniania tempa mowy w celu poprawy jakości wypowiedzi i sposobu mówienia, logopeda powinien zwrócić uwagę również na sprawność ruchową twarzy i umiejętności językowe (Myers, 2011). Często głównym powodem złej wymowy może być właśnie słaba sprawność ruchowa ust, języka oraz żuchwy. Użycie tego typu klasycznych metod może być skuteczne także w terapii innych zaburzeń, ale w przypadku gielkotu może nie

wystarczyć. Osoby z gielkotem są w stanie mówić poprawnie, lecz nie są w stanie opanować mowy, mówiąc zbyt szybko. Gielkot wiąże się z problemem planowania wypowiedzi, a nie tylko z problemami spowodowanymi złą motoryką twarzy, np. ruchami żuchwy. To zaburzenie wymaga wywierania dużego nacisku na wprowadzanie zmian w sposobie mówienia na poziomie wypowiadania pojedynczych wyrazów. Nacisk jest kładziony na prawidłową kolejność sylab w słowach, szczególnie w wyrazach wielosylabowych przy szybkiej mowie. Kolejnym krokiem jest ćwiczenie tych umiejętności na poziomie tworzenia zdania.

#### 4. Aspekt społeczny

Paul Watzlawick, Janet Helmick Beavin i Don Jackson (1970) zauważyli, że wymiar stosunków międzyludzkich ma większy wpływ emocjonalny na komunikację niż sama jej treść. Deso Weiss (1964), opisując problemy komunikacji na poziomie stosunków międzyludzkich, wymienia takie kwestie, jak: nieumiejętne słuchanie, brak umiejętności mówienia po kolei i nadmierna gadatliwość. Ponadto bardzo duży wpływ na jakość stosunków międzyludzkich ma komunikacja niewerbalna (np. mimika twarzy, głośność, ton głosu, akcentowanie i gestykulacja). Osoby z gielkotem mogą wysyłać niezamierzone i niechciane komunikaty, co prowadzi do złego zrozumienia cech ich wypowiedzi i zidentyfikowania u nich problemów wymienionych przez Deso Weissa (1964). Szczególnie w przypadku gielkotu częste i bezpośrednie reakcje otoczenia mogą przyczynić się do bardziej dokładnego kontrolowania mowy przez osoby dotknięte tym zaburzeniem. Ponadto ludzie z gielkotem będą musieli nauczyć się odpowiednio dopasowywać wypowiedź do odbiorcy komunikatu.

#### Uwagi ogólne dotyczące terapii

1. Zaplanowanie terapii zależy od poprawnej diagnozy i oceny wykonanych ćwiczeń. Struktura terapii powinna być klarowna. Regularne, codzienne ćwiczenia, począwszy od pierwszego dnia terapii, są kluczowym czynnikiem. Dodatkowo liczba codziennych ćwiczeń musi być dopasowana do symptomów, umiejętności i potrzeb klienta.
2. Plan terapii zarówno gielkotu syntaktycznego, jak i fonologicznego powinien być oparty na serii ćwiczeń diagnozujących, po których logopeda powinien zaprezentować klientowi ćwiczenia mające na celu poprawę sposobu mówienia, pamięci oraz skupiania uwagi. Należy rów-

niez zarekomendować sposoby pracy nad formułowaniem wypowiedzi oraz, pokrótce, nad umiejętnościami interpersonalnymi.

3. Przy ćwiczeniach ważne jest także nagradzanie i wspieranie emocjonalne klientów. Poczucie wygranej i wspólnej walki przyniesie klientom nadzieję, dumę i odwagę w próbie przezwyciężenia utrzymujących się objawów gielkotu. Rezultatem będzie bardziej zrozumiała mowa (artykulacja i prozodia), poprawa zdolności językowych na poziomie recepcji i ekspresji oraz lepsza organizacja wypowiedzi i umiejętność wydobywania leksemów z leksykonu mentalnego.
4. W celu określenia kolejności ćwiczeń pacjent powinien wypełnić kwestionariusz *Speech Situation Checklist (Lista Sytuacji Komunikacyjnych)* (Brutten, 1979), przystosowany do osób z gielkotem. Dzięki temu zarówno logopeda, jak i klient będą mieli lepszy obraz umiejętności komunikacyjnych klienta w różnych sytuacjach. Bez wątpienia trudność zadań będzie stopniowana. Pomoże to pacjentom wygrać z zaburzeniem, a każdy sukces wzmocni ich wewnętrzną motywację do zmiany.
5. Dobre efekty daje wdrożenie intensywnego programu terapii. Czas jej trwania powinien być dopasowany do stopnia nasilenia zaburzenia. Wykształcenie umiejętności samokontroli wymaga dużo czasu i intensywnej pracy (Bennett Lanouette, 2011). Okres utrwalania nowo nabytych umiejętności związanych z płynnością mowy może wynosić ok. 8–10 tygodni (van Zaalen, Winkelman, 2009). Okres potrzebny do wprowadzenia zmian w sposobie mówienia zależy od funkcjonowania mózdzka bądź – bardziej szczegółowo – od neuroplastyczności. Jako że mózdzek utrzymuje równowagę, integralność i stabilność w obszarze somatyczno-ruchowym, może on również pomóc w utrzymaniu równowagi, integralności i stabilizacji innych funkcji mózgu, co jest szczególnie ważne w odniesieniu do badań psychiatrycznych (Rapoport, van Reekum, Mayberg, 2000). W tym celu ćwiczenia powinny być wykonywane często, ale w krótkich seriach, gdyż żadne inne wyuczone nawyki lub umiejętności nie są wykorzystywane przez ludzi tak często jak mówienie. W ciągu dnia przez większość czasu utrzymują się stare nawyki. Oznacza to, że czas poświęcony na ćwiczenie nowo nabytych umiejętności jest ograniczony. Logopedzi powinni otwarcie mówić klientom, że ciągłe kontrolowanie swojego sposobu mówienia we wszystkich sytuacjach jest trudne, jeśli nie niemożliwe, jednak warto podejmować próby, gdyż mogą one sprzy-

jać postępom w terapii, nawet jeśli będą przeprowadzone tylko w niektórych sytuacjach komunikacyjnych (Miyamoto, 2011).

6. Na krótkofalowe rezultaty terapii mają wpływ dwa podstawowe czynniki: pozytywny wpływ terapii na sposób mówienia oraz pozytywny wpływ na poznanie i emocje. Wpływ na sposób mówienia może być zauważalny szczególnie, gdy klient jest w stanie przyswoić oraz przenieść nowo nabyte umiejętności związane z mówieniem na inne sytuacje. Długoterminowe rezultaty są jednakże trudne do osiągnięcia, ponieważ mowa u osób z gielkotem jest zautomatyzowanym nawykiem, dlatego potrzebne są intensywne ćwiczenia.
7. Będąc nieświadomym czynników powodujących problemy w komunikacji, osoby z gielkotem często próbują zmienić swój sposób komunikowania się oraz zachowanie wśród ludzi. Jeśli nie stanowi to trudności, nie ma potrzeby wprowadzania dodatkowych zmian. Podobnie jak osoby jękające się, klienci z gielkotem często unikają trudnych sytuacji komunikacyjnych. Reakcja unikania jest spowodowana brakiem świadomości, że to nie płynna i niezrozumiała mowa jest główną przyczyną wycofywania się z tych sytuacji.
8. Priorytety w terapii gielkotu i jękania:

W przypadku gdy gielkot występuje wraz z jękaniem się u osób dorosłych, kwestie charakterystyczne dla gielkotu powinny być podjęte jako pierwsze, chyba że u klienta występuje logofobia z powodu jękania się. Kenneth St. Louis i współpracownicy (2003) oraz Yvonne van Zaalen i Coen Winkelman (2009) uważają, że techniki zwiększające płynność mowy, jak np. mowa rytmiczna z odpowiednim gospodarowaniem oddechem, mogą być pomocne w takich przypadkach. Gdy klient zauważy poprawę w sposobie mówienia, jego pewność siebie wzrośnie. Należy jednakże pamiętać, że lęk przed jękaniem się jest stałym czynnikiem w przypadku ludzi cierpiących na obie przypadłości. Poprzez zwiększanie pewności siebie w trakcie mówienia klienci mogą pozbyć się lęku przed zajknięciem. Drugim powodem, dla którego warto rozpocząć terapię od aspektów gielkotu jest fakt, że niewyeliminowanie gielkotu we wczesnej fazie terapii może prowadzić do nawrotów epizodów jękania już po ich wstępnym wyeliminowaniu. Kolejnym powodem może być brak znajomości objawów gielkotu u osób jękających się. Dokładne rozpoznanie elementów składowych zaburzenia jest konieczne, żeby wdrożyć stałą

zmianę nawyków z nim związanych. Ostatnim argumentem za rozpoczęciem terapii od podjęcia problemu gielkotu u osób ze współwystępującym jąkaniem się jest fakt, że gdy pacjent zwolni tempo mowy na potrzeby wyeliminowania objawów gielkotu, łatwiejsze jest wprowadzenie technik modyfikowania momentu zajknięcia.

U dzieci, u których gielkot występuje równolegle z jąkaniem się lepiej zacząć terapię od poświęcenia kilku sesji problemowi jąkania (np. wprowadzanie i ćwiczenie technik jąkania bardziej płynnego) w celu zapobieżenia dalszemu rozwijaniu się logofobii. W terapii jąkania są podejmowane problemy ważne dla dziecka, co z kolei pozwala na wykształcenie dobrej relacji klient–logopeda. Po kilku spotkaniach logopeda może uświadomić dziecku, że należy zwrócić uwagę również na kwestię gielkotu. Powodem, dla którego lepiej jest rozpocząć terapię od rozpoznawania jąkania jest trudność odróżnienia gielkotu od zaburzeń rozwoju i przyswajania języka.

9. Logopedzi powinni zaproponować odpowiedni zestaw ćwiczeń do wykonywania przez klienta w domu, tłumacząc i omawiając poszczególne ćwiczenia, wskazując osoby, które mogą pomóc, doradzając, jakich urządzeń do nagrywania warto użyć oraz jak dokonać samooceny. Pytania takie jak: „Jakie są efekty tego ćwiczenia?” lub „Co sprawia, że czujesz efekt terapii?” mogą zapewnić pacjenta o tym, jak ważną rolę w terapii odgrywają ćwiczenia.

## Ćwiczenia

W terapii gielkotu można zastosować wiele podejść. Decyzję o jego wyborze podejmuje logopeda na podstawie predyspozycji psychofizycznych klienta (np. nasilenie i charakter gielkotu, umiejętność i chęć uczenia się). Ważne jest, aby wybrany model interwencji odpowiadał doświadczeniom klienta. Plan terapii gielkotu można podzielić na cztery fazy. Zawsze rozpoczyna się od fazy identyfikacji, czyli uświadomienia klientowi występowania epizodów gielkotu i wyjaśnienie ich charakteru, tak aby umiał on sam je u siebie rozpoznać. W trakcie tego etapu podejmuje się z klientami zagadnienie wpływu niewyraźnej i niepłynnej mowy na osoby z gielkotem i na ich rozmówców. Wspólne omówienie sposobu mówienia klienta może pomóc w wykształceniu się u niego obrazu siebie jako partnera w komunikacji. W tym samym czasie logopeda zachęca go do wprowadzania zmian do mówienia w trakcie kontaktów interpersonalnych pod-

czas ćwiczeń i rozmów w gabinecie. Dzięki temu można opracować strategię pracy nad zmniejszaniem tempa mowy. Gdy klienci nabędą świadomość natury swojego gielkotu, są instruowani, jak robić pauzy oraz jak pracować nad prozodią. W większości przypadków te dwie pierwsze fazy wystarczają, aby osiągnąć podstawowe założenia terapii. Niekiedy należy również ulepszyć umiejętności narracyjne oraz pragmatyczne, ale w związku z tym, że terapia gielkotu jest przeważnie krótkookresowa, fazy 3 i 4 często nie są wymagane.

### Terapia gielkotu fonologicznego

Gdy klient nauczy się rozpoznawać różnice w tempie mowy oraz zrozumiałości swoich wypowiedzi, należy rozpocząć proces spowalniania mowy. Można tego dokonać na dwa sposoby: poprzez sylabizowanie oraz audiowizualne sprzężenie zwrotne (ang. *audiovisual feedback* – AVF). Stosując każdą z powyższych metod, skupiamy się na podziale na sylaby i świadomości tempa mówienia. Wybór metody oczywiście należy do logopedy, który podejmuje decyzję na podstawie wcześniejszych obserwacji, diagnozy oraz preferencji klienta (np. często logopedzi decydują się na zastosowanie metody audiowizualnej u młodych bądź dorosłych klientów, którzy lubią pracować z komputerem). Zaletą sylabizowania jest możliwość ciągłego ćwiczenia. Gdy klient opanuje sylabizowanie, można przejść do pracy nad tempem mowy, rytmem i prozodią, posługując się metodami audiowizualnymi (AVF). Jeżeli klientowi z jakichś powodów nie odpowiada praca z komputerem, można zaproponować nieco bardziej klasyczne metody.

Innym ważnym aspektem przy wyborze metody jest stwierdzenie, czy gielkotowi towarzyszy również jąkanie. Prawdopodobnie korzystniejszą opcją dla klientów zmagających się jednocześnie z oboma tymi zaburzeniami jest AVF, ponieważ niepoprawne sylabizowanie może spowodować wystąpienie wtórnych objawów w jąkanu. W przypadku występowania obu zaburzeń jednocześnie AVF jest o wiele bardziej korzystny, gdyż może pokazać klientowi istotę zaburzeń związanych z jąkanu, np. czas trwania epizodu niepełności, widoczne napięcie na twarzy, dodatkowe przerwy w mówieniu. Zamiast komentowania nieregularnej liczby zająknięć, logopeda może pokazać klientowi zmiany w napięciu, częstotliwości i czasie trwania epizodów niepełności.

W terapii osób z gielkotem fonologicznym wyróżnia się siedem kroków: 1) identyfikację, 2) pracę na poziomie słowa oraz umiejętność sylabizowania, 3) tempo mowy, 4) rytm mowy, 5) pauzowanie, 6) melodię oraz prozodię,



7) odpowiedzi w trudnych sytuacjach pragmatycznych.

### **Terapia gielkotu syntaktycznego**

Po opanowaniu dostrzegania różnic w swoim tempie mowy klient może przystąpić do ćwiczeń na poziomie zdania, podczas których należy mu dać wystarczającą ilość czasu na sformułowanie wypowiedzi, zanim zacznie mówić. Mówienie pełnymi zdaniami rozpoczyna się od ćwiczeń na poziomie wyrażenia, a następnie przechodzi w ćwiczenia łączenia wyrażen w zdania. Na tym etapie logopeda może wybrać którąś z opcji: czytanie tekstu na głos i opowiadanie usłyszanych już raz historii, streszczanie przeczytanych książek bądź obejrzanych filmów lub opis obrazka. Wybór metody zależy od doświadczeń z etapu diagnozy. Jeżeli okaże się, że klient jest w stanie poprawnie budować zdania w odpowiednim tempie, można przejść do następnego, pragmatycznego aspektu językowego. W terapii gielkotu składniowego wyróżnia się sześć kroków: 1) identyfikację, 2) zwolnienie tempa mowy, 3) pauzowanie, 4) formułowanie wypowiedzi, 5) poziomy złożoności wypowiedzi, 6) przekazywanie informacji.

### **Identyfikacja – wykształcenie sprzężenia zwrotnego**

Rozpoznanie symptomów gielkotu powinno być kluczowym zadaniem podczas procesu terapii. Klienci powinni dowiedzieć się, jak rozpoznać swoje symptomy i lepiej określić, co są w stanie poprawić (poznać i wykształcić poczucie umiejscowienia kontroli). Wykształcenie wewnętrznego sprzężenia zwrotnego często jest czasochłonne.

Aby usprawnić sprzężenie zwrotne jako technikę samokontroli, osoby z gielkotem powinny obrać dwa podstawowe cele:

- usprawnianie świadomości na płaszczyźnie sensorycznej – praca nad rytmem, tempem, zarządzaniem czasem oraz kinestetyką,
- usprawnianie planowania fonologicznego (sprawności motorycznej twarzy).

Często klient zdaje sobie sprawę z niepoprawności swojej wypowiedzi dopiero, gdy ją kończy i zauważa zakłopotanie na twarzach słuchaczy. Sprzężenie zwrotne musi być możliwie jak najszybsze. Techniki audiowizualne mogą pomóc osobie z gielkotem, zapewniając sprzężenie zwrotne na bieżąco tuż po momencie realizacji motorycznej i produkcji mowy albo nawet w jej trakcie.



Posługując się metodą AVF, klienci mogą samodzielnie analizować swoją wypowiedź. Najtrudniejszym zadaniem jest często uświadomienie osobie z gielkotem, że jej mowa jest zbyt szybka, podczas gdy najczęściej ona postrzega ją jako poprawną. Stosując metodę AVF, klienci mogą ocenić siebie samych z punktu widzenia słuchacza. Mózg człowieka jest w stanie przetworzyć średnio 5 sylab na sekundę. Za pomocą AVF klient może wykształcić prawidłowe reakcje na elementy charakterystyczne dla swojej mowy oraz punkt odniesienia dla płynnego i zrozumiałego porozumiewania się.

Rola otoczenia (zwłaszcza najbliższego) osób z gielkotem w identyfikacji tego zaburzenia jest niejednoznaczna. Często sposób mówienia osoby manifestującej gielkot powoduje komentarze ze strony otoczenia, które jednak do niczego nie prowadzą. Wyzwaniem dla logopedy jest zbudowanie takiej relacji, aby komentarze logopedy były dla klienta cenne i wzmacniały jego motywację do wprowadzania zmian w sposobie mówienia.

Poinformowanie zarówno klienta, jak i jego najbliższego otoczenia o symptomach i istocie gielkotu jest dobrym punktem wyjściowym do terapii. Najbliższa rodzina, partnerzy, nauczyciele i znajomi powinni jak najszybciej zostać zapoznani z naturą gielkotu. Mogą oni poinformować o wystąpieniu epizodu gielkotu, co jest bardzo przydatne przy identyfikacji. Osoby z otoczenia nie mają już wtedy przeświadczenia, że z niezrozumiałym sposobem mówienia bliskiej im osoby nic nie da się zrobić. Najlepszym sposobem wsparcia okazuje się częste zadawanie pytań.

### Umiejętność słuchania

Po ukończeniu pierwszej fazy terapii przechodzimy do usprawniania percepcji słuchowej. Ćwiczenia z tego zakresu powinny być wykonywane również poza gabinetem terapeutycznym.

Logopeda może poprosić klienta o obserwowanie oraz sprawdzanie, ile wtrąceń i wypełniaczy użyją inni w swoich wypowiedziach. Można wykorzystać do tego programy telewizyjne i audycje radiowe, gdyż wtedy nie dochodzi do zakłóceń komunikacyjnych pomiędzy mówcą a jego otoczeniem. Powinno się również określić częstotliwość oraz czas wykonywania ćwiczenia. Szczegółowo wyjaśniając proces ćwiczenia, logopeda ułatwi wykonywanie zadania.

### Struktura wyrazów oraz poprawne sylabizowanie

Trening samoobserwacji i autokontroli może okazać się przydatny podczas ćwiczeń w wytwarzaniu mowy. Główny nacisk powinien być położony na tempo mowy. „Zjadanie” sylab (ucinięcie i sklepanie wyrazów) lub nadmierna koartikulacja są głównymi symptomami gielkotu fonologicznego, w którym często występuje także niepoprawne dopasowanie tempa mowy do artykulacji. Przedstawione wyżej ćwiczenia pośrednio poprawiają umiejętność dzielenia wyrazów na sylaby oraz świadomość liczby sylab w słowie (czyli planowanie na poziomie sylab w słowie), nie wystarczają jednak do całkowitego uzyskania pożądanych rezultatów, gdyż nie podejmują tej kwestii w sposób bezpośredni, jak np. poprzez sylabizowanie. Takie ćwiczenie pomaga również w dostosowaniu tempa mowy do sytuacji komunikacyjnych.

### Zwolnienie tempa mowy: „Świadoma decyzja”

Osoby z gielkotem nie są w stanie dopasować szybkości mowy do złożoności wypowiedzi. Dostępnych jest wiele metod pozwalających na kontrolowanie oraz zwolnienie tempa mowy. Pomimo tego, że pacjenci są w stanie nauczyć się zwalniania tempa mowy, jest to dla nich zbyt obciążające, w związku z tym redukcja tempa mowy nie następuje automatycznie. Trudność tego zadania można porównać do podjęcia nauki drugiego języka. Najmniejsze zakłócenia mogą wpłynąć na końcowy wynik próby zwolnienia tempa mowy.

Sposoby na zwolnienie tempa mowy oraz poprawę wymowy:

- słuchowe sprzężenie zwrotne,
- audiowizualne sprzężenie zwrotne,
- wydłużanie pauz,
- sylabizowanie,
- spowolniona mowa,
- priopercepcyjne sprzężenie zwrotne (kontrola nad aparatem mowy),
- podział zdań na mniejsze części,
- wyolbrzymiony rytm,
- przesadna melodyjność mowy.

Wybierając odpowiednią metodę, logopedzi starają się dopasować ją do indywidualnych umiejętności i zainteresowań klientów. Logopeda powinien określić najszybsze tempo artykulacji, w którym klient zachowuje płynność i zrozu-

miałość. Nie powinno się prosić klienta o mówienie w średnim dla osób bez zaburzeń mowy tempie – 5 SPS (ang. *syllables per second* – sylaby na sekundę). Powinien mówić swobodnie. Jeżeli utrzymuje płynność na poziomie 6,5–7,5 SPS, to właśnie ten wskaźnik powinien stanowić punkt odniesienia w terapii. Logopeda powinien zachować margines 1 SPS dla najniższej i najwyższej wartości. Na przykład gdy wypowiedź klienta była wciąż zrozumiała i płynna na poziomie 7,5 SPS, zgodnie z założonym marginesem najniższym wskaźnikiem w terapii będzie 6,5 ( $7,5 - 1,0 = 6,5$ ).

Zwolnienie tempa mowy ma pozytywne skutki dla wszystkich aspektów głętkotu.

#### Wskazówki do ćwiczeń

1. Liczenie na głos w tył (od największych liczb do najmniejszych) można proponować jako regularne zadanie domowe. Takie ćwiczenie może posłużyć jako rozgrzewka oraz można stopniować jego trudność (od 101 co 3 w dół; od 201 co 4; od 502 co 7).
2. Poprawne tempo wymowy można pokazać, porównując dobre i złe przykłady czy odtwarzając nagrania własnych wypowiedzi klienta.
3. Można również zmniejszyć tempo mówienia z wykorzystaniem opóźnionego sprzężenia zwrotnego (ang. *delayed auditory feedback* – DAF), sprzężenia zwrotnego z przesunięciem częstotliwości (ang. *frequency-shifted auditory feedback* – FAF) bądź podwyższonego sprzężenia zwrotnego (ang. *heightened auditory feedback* – HAF). Nie ma jednak naukowych dowodów o skuteczności DAF i FAF w terapii głętkotu. Badania nad ludźmi jękającymi się dowodzą, że DAF daje chwilowy i niestały efekt (Molt, 1996). W tych badaniach nie rozróżniono jękających się od jękających się z głętkotem, mimo iż wewnątrz grupy badanych były duże różnice. Wynika z tego, że ludzie jękający się z głętkotem mogli stanowić grupę osób, u których dzięki stosowaniu DAF zaobserwowano tymczasowe polepszenie się mowy. Nie ma jednakże jednoznacznych dowodów skuteczności tego oprogramowania. DAF i FAF można nabyć na Zachodzie jako Speech Monitor [kontroler mowy] (Arenas, 2009), a w Polsce w formie Cyfrowego Korektora Mowy [przyp. tłum.]. Z naszych doświadczeń wynika, że HAF dostępny dla wszystkich może czasowo pomóc osobom z głętkotem. Zaleca się zatem wspomaganie terapii poprzez instalację

HAF w telefonie oraz testowanie skuteczności HAF u dzieci oraz młodzieży. Zastosowanie HAF w rozmowach telefonicznych może dawać dobre rezultaty u części klientów.

### Rytm mowy

Należy zwrócić uwagę, że tempo mowy to nie to samo, co jej rytm, jednak zmiana w tempie mowy ma wpływ na jej rytm i odwrotnie. W zależności od indywidualnej sytuacji klienta logopeda stwierdza, czy praca nad rytmem mowy jest priorytetem w terapii. Osoby z gielkotem często nie są świadome, że każdy wyraz oraz każda sylaba posiada odmienną długość. Często zdarza się, że nie-naturalny rytm mowy wynika z nieumiejętności sylabizowania. W takiej sytuacji warto poświęcić tej kwestii trochę czasu w trakcie terapii.

Podczas ćwiczeń nad zwolnieniem tempa mowy można zarazem pracować nad jej rytmem. Zdarza się, że odróżnienie tempa od rytmu będzie trudnym zadaniem. W tej sytuacji można skupić się na szlifowaniu umiejętności zastosowania pauzy czy też pracy nad poprawnym akcentowaniem mówiącego.

### Pauzy

Pauzy są niezmiernie ważne, gdyż polepszają zarówno zrozumiałość, jak i ogólną jakość wypowiedzi. Aby wypowiedź była płynna i zrozumiała na poziomie zdania, klient musi nie tylko pracować nad autokontrolą, ale również nad poprawnym użyciem przerw w mówieniu, czyli pauz. Stosowanie pauz pozwala mówiącemu na spokojne wykonanie oddechu. Poza tym dzięki pauzom zyskuje dodatkowy czas, aby zaplanować wypowiedź. Pauzy ułatwiają także słuchaczom lepsze zrozumienie wypowiedzi. Nie znaczy to jednak, że pauzy mogą być zbyt długie lub zbyt krótkie. W pierwszym przypadku mogą dawać błędne wrażenie zakończenia wypowiedzi. W drugim przypadku słuchacz może pogubić się i nie zrozumieć komunikatu. Obydwa błędy mogą wpłynąć na klarowność wypowiedzi i na jakość komunikacji. Istnieje zależność między długością pauz a tempem mówienia – im szybsze tempo mówienia, tym krótsze pauzy. Zastosowanie pauzy plasującej się w normie zazwyczaj idzie w parze z normalnym tempem mówienia. Standardowa pauza w większości języków powinna trwać od 0,5 do 1,0 sekundy. W dialogach długość pauzy występującej pomiędzy zdaniami równa się zazwyczaj długości pauz między wypowiedziami rozmówców (tzw. mówienie po kolei). Odliczanie na głos „w dół” co określoną liczbę jednostek (np. co 3, co 4) jest przykładem ćwiczenia na stosowanie

naturalnych pauz potrzebnych na zastanowienie. Innym sposobem, który pomaga kontrolować czas pauzy jest dwukrotne stuknięcie palcem o stół w trakcie każdej sylaby. Podwójne stuknięcie przeważnie zajmuje od 0,5 do 1,0 sekundy. Najbardziej skuteczna jest jednak technika AVF.

W wielu przypadkach zbyt wielkie skupienie się na produkcji mowy może negatywnie wpływać na formułowanie złożonych zdań. Aby zmniejszyć negatywny wpływ aspektów produkcji na formułowanie, konieczna jest praca nad produkcją w bardziej złożonych językowo wypowiedziach. Trudność ćwiczeń powinna być stopniowana i może przebiegać zgodnie z następującą hierarchią:

1. Opis.
2. Opis zabawnych obrazków.
3. Objaśnianie.
4. Zgłębianie zagadnienia.
5. 1–4, z użyciem abstrakcyjnych słów.
6. Argumentacja w dyskusji (kłótni).
7. Przekonywanie.

Zasady pragmatyczne są zazwyczaj dla klientów dość oczywiste i nie trzeba ich szczegółowo tłumaczyć, warto jednak wspomnieć o nich klientom, by byli ich świadomi. Dla jednej osoby ważne będą wskazówki, jak zacząć i skończyć rozmowę, dla innej cenniejsza będzie praca nad odczytywaniem mimiki twarzy rozmówcy i reagowanie na wyrażane w ten sposób niezrozumienia wypowiedzi. Niemniej jednak trening pragmatycznych aspektów komunikacji jest kwestią wartą podjęcia w terapii gielkotu. Kiedy klienci opanują różne techniki poprawiające jakość ich wypowiedzi i wypowiadanie się w różnych sytuacjach, nie można zaprzestawać ćwiczeń, aby nie powróciły złe nawyki. Konieczne są zatem regularne wizyty kontrolne. Pacjenci sami muszą wypracowywać sobie metodę ćwiczenia wszystkich nowo nabytych umiejętności. Najlepszym sposobem po raz kolejny okazuje się metoda AVF i nagrywanie rozmów. Logopeda powinien poinstruować klienta, żeby dokonywał oceny nagrania dzień po jego wykonaniu. Jeżeli po tygodniu efekty nie są zauważalne, należy ponownie wdrożyć pewne ćwiczenia. Jeżeli po dwóch tygodniach nie obserwuje się żadnych zmian, zaleca się ponowną wizytę u logopedy.

### Audiowizualne sprzężenie zwrotne (van Zaalen 2009)

Yvonne van Zaalen (2009) rozwinęła metodę wykorzystania w terapii audiowizualnego sprzężenia zwrotnego, żeby poprawić u osób z gielkotem świadomość istoty ich zaburzeń. Oglądając swoje nagrania i słuchając ich, klient może analizować tempo, płynność, zastosowanie i długość pauz oraz może wracać do pewnych fragmentów i analizować je bardziej szczegółowo. Klient wciela się więc w rolę swojego własnego słuchacza. Zamiast samemu zastanawiać się i podejmować subiektywne decyzje na temat tempa mówienia i nie płynności, można skorzystać z automatycznej analizy w oprogramowaniu Praat. Takie rozwiązanie dostarczy solidnej, obiektywnej analizy.

Po kilku sesjach z wykorzystaniem AVF klienci często potrafią wskazać, że mówili zbyt szybko, niezrozumiale czy mało płynnie. Dzięki ponownemu oglądaniu i analizowaniu nagrań u klientów zwiększa się poczucie umiejscowienia kontroli. Efektywność AVF wzrasta wraz z nagrywaniem i analizą dłuższych fragmentów. Podczas wypowiedzi dłuższej niż dwie minuty mowa stanie się bardziej spontaniczna.

Po opanowaniu przez klienta identyfikacji epizodów gielkotu praca z AVF zaczyna skupiać się nie tylko na wyłapywaniu momentów nie płynności i redukcji niezrozumiałości, lecz również na odpowiednim pauzowaniu w zdaniach oraz utrzymaniu normalnego tempa mówienia. Umiejętne zastosowanie pauzy zwiększa szanse na płynność w kolejnym zdaniu. Przechodzimy zatem do wyszukiwania pauz o poprawnej długości (0,5–1 sekundy) i analizy zdań (lub fraz) następujących po nich. Gdy logopeda wykryje w nagraniu pauzę o odpowiedniej długości, powinien on sprawdzić, czy reszta zdania, następująca po pauzie, jest płynna i zrozumiała. Taki zabieg pozwoli logopedzie i klientowi skoncentrować się na momentach powodzenia oraz pomoże w wykształceniu u klienta kontroli nad swoim mówieniem, a także zwiększy jego pewność siebie, zachęcając go tym samym do większej liczby ćwiczeń. Klienci mogą nauczyć się co robić, by zwiększyć płynność i zrozumiałość w trakcie wypowiedzi, oraz jak brzmi i jak wygląda wypowiedź, która jest płynna, zrozumiała i bez błędów. Za pomocą różnych urządzeń (dyktafon na telefonie komórkowym, iPod, odtwarzacz mp3, oprogramowanie Praat, Audacity, Goldwave, słuchawki Whisperphone etc.) można skutecznie wprowadzać dźwiękowe sprzężenie zwrotne.

### Odstukiwanie sylab (Winkelman, 2009)

Odstukiwanie sylab jest ćwiczeniem, które nie skupia się bezpośrednio na komunikowaniu się. Można je porównać do pływania „na sucho”, strzelania karniaków lub ćwiczenia gam. Jest to rodzaj wprawki – gdy najpierw przeciwiczymy coś „na sucho”, istnieje duża szansa, że w trakcie rzeczywistego wykonywania czynności (zawodów pływackich, meczu piłki nożnej, koncertu fortepianowego – a w naszym przypadku rozmowy) dany element wyjdzie nam dobrze. Ćwiczenie może zostać wykonane w dowolnej chwili, również w trakcie codziennych czynności. Takie ćwiczenie samo w sobie jest wprowadzeniem do terapii, a nie jej celem.

Zaletą odstukiwania sylab jest jego prostota i to, że można je skontrolować za pomocą AVF. Co więcej, klient powinien docenić prostotę ćwiczenia i zrozumieć, że ma ono praktyczne zastosowanie. Trzeba dokładnie oraz w klarowny sposób wyjaśnić strukturę ćwiczenia.

### Wnioski i podsumowanie

Gielkot jest zaburzeniem płynności mowy o podłożu językowym. Osoby z gielkotem potrafią płynnie i zrozumiale mówić, jeżeli dana sytuacja komunikacyjna nie jest zbyt skomplikowana. Gdy wymagania związane z produkcją mowy są większe, tempo mowy powinno zostać dopasowane do sytuacji, z czym problem mają osoby z gielkotem. Sprawia to PWC trudności w porozumiewaniu się. Potrzebują oni więcej czasu do skonstruowania wypowiedzi, a zdecydowanie mniej uwagi poświęcają na jej monitorowanie. Nieumiejętność kontrolowania tempa mówienia wpływa na zwiększenie liczby niepłynności i na ogólną zrozumiałość wypowiedzi. Wypracowanie samoświadomości i autokontroli u PWC jest priorytetem terapii. Nowo nabyte umiejętności komunikacyjne powinny wejść w nawyk, tym samym stając się automatycznymi oraz nienaturalnymi. Krótkie i częste ćwiczenia w domu skierowane na ćwiczenie nowo nabytych umiejętności związanych z mówieniem odgrywają ważną rolę w interwencji gielkotu.

## Bibliografia

- Arenas, 2009: DAF/FAF-software download Speech Monitor, rickarenas@yahoo.com.
- Bar-On R., 2000: *Emotional and social intelligence: Insights from the emotional quotient inventory*. In: Bar-On R., Parker J.D.A., eds.: *The handbook of emotional intelligence*. Jossey-Bass, San Francisco, s. 363–388.
- Bennett Lanouette E., 2011: *Intervention strategies for cluttering disorders*. In: Ward D., Scaler Scott K., eds.: *Cluttering: A handbook of research, intervention, and education*. Psychology Press, East Sussex, s. 175–197.
- Bezemer M., Bouven J., Winkelman C., 2006: *Stotteren. Van Theorie naar therapie*. Uitgeverij Coutinho, Bossum.
- Bretherton-Furness J., Ward D., 2012: *Lexical access, story re-telling and sequencing skills in adults who clutter and those who do not*. „Journal of Fluency Disorders”, Vol. 37, Iss. 4, s. 214–224.
- Brutten G., 1979: *Vragenlijst spreeksituaties*. In: Janssen P., ed., 1992: *Gedragstherapie bij stotteren*. Bohn Stafleu van Loghum, Utrecht.
- Daly D.A., 1986: *The clutterer*. In: St. Louis K.O., ed.: *The atypical stutterer: Principles and practice of rehabilitation*. Academic Press, New York, s. 155–192.
- Daly D.A., 1992: *Helping the clutterer: Therapy considerations*. In: Myers F.L., St. Louis K.O., eds.: *Cluttering: A clinical perspective*. Far Communications, Kibworth, s. 107–126.
- Daly D.A., 1993: *Cluttering: Another fluency syndrome*. In: Curlee R.F., ed.: *Stuttering and related disorders of fluency*. Thieme, New York, s. 179–204.
- Daly D.A., Burnett M.L., 1999: *Cluttering: Traditional views and new perspectives*. In: Curlee R.F., ed.: *Stuttering and related disorders of fluency*. Thieme, New York, s. 222–254.
- Damsté P.H., 1984: *Stotteren*. Scheltema & Holkema. Bohn, Utrecht.
- Damsté P.H., 1990: *Stotteren*. Scheltema & Holkema. Bohn, Utrecht/Antwerpen.
- Dinger T., Smit M., Winkelman C., 2008: *Expressiever en gemakkelijker spreken*. Uitgeverij Coutinho, Bussum.
- Gutzmann H., 1893: *Vorlesungen über die Störungen der Sprache und ihre Heilung*. H. Kornfeld, Berlin.
- Howell P., Au-Yeung J., 2002: *The EXPLAN theory of fluency control and the diagnosis of stuttering*. In: Fava E., ed.: *Current issues in linguistic theory series: Pathology and therapy of speech disorders*. John Benjamins, Amsterdam, s. 77–94.
- Kussmaul A., 1887: *Speech disorders*. In: *Encyclopedia of the practice of medicine*, XIV. William Wood, New York.
- Levelt W.J.M., 1989: *Speaking: From intention to articulation*. MIT Press, Cambridge, MA.
- Mensink-Ypma M., 1990: *Broddelen en leerstoornissen*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten/Antwerpen.
- Miyamoto S., 2011: *Assessment and intervention of Japanese children exhibiting possible cluttering*. In: Ward D., Scaler Scott K., eds.: *Cluttering: A handbook of research, intervention, and education*. Psychology Press, East Sussex, s. 198–210.
- Molt L., 1996: *An examination of various aspects of auditory processing in clutterers*. „Journal of Fluency Disorders”, Vol. 21, No. 3-4, s. 215–225.



Myers F., 2011: *Treatment of cluttering: A cognitive-behavioral approach centered on rate control*. In: Ward D., Scaler Scott K., eds.: *Cluttering: A handbook of research, intervention, and education*. Psychology Press, East Sussex, s. 152–174.

Myers F.L., Bradley C.L., 1992: *Clinical management of cluttering from a synergistic framework*. In: Myers F.L., St. Louis K.O., eds.: *Cluttering: A clinical perspective*. Far Communications, Kibworth, s. 85–105 (reissued in 1996: Singular, San Diego).

Rapoport M., Reekum R. van, Mayberg M.D., 2000: *The role of the cerebellum in cognition and behavior: A selective review*. „Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences”, Vol. 12, No. 2, s. 193–198.

Reichel I.K., 2010: *Treating the person who clutters and stutters*. In: Bakker K., Raphael L., Myers F., eds.: *Proceedings of the First World Conference on Cluttering*. Katarino, Bulgaria, s. 99–108.

Reichel I., Draguns J., 2011: *International perspectives on perceiving, identifying, and managing cluttering*. In: Ward D., Scaler Scott K., eds.: *Cluttering: A handbook of research, intervention, and education*. Psychology Press, East Sussex, s. 263–279.

St. Louis K.O., 1992: *On defining cluttering*. In: Myers F.L., St. Louis K.O., eds.: *Cluttering: A clinical perspective*. Far Communications, Kibworth, s. 37–54.

St. Louis K.O., Myers F.L., Bakker K., Raphael, L.J., 2007: *Understanding and treating of cluttering*. In: Conture E., Curlee R., eds.: *Stuttering and related disorders of fluency*. Thieme, New York, s. 297–325.

St. Louis K.O., Raphael L.J., Myers F.L., Bakker K., 2003: *Cluttering updated*. „The ASHA Leader”, November 18, s. 4–5, 20–22.

St. Louis K.O., Myers F.L., Cassidy L.J., Michael A.J., Penrod S.M., Litton B.A., Coutras S.W., Olivera J.L.R., Brodsky E., 1996: *Efficacy of delayed auditory feedback for treating cluttering: Two case studies*. „Journal of Fluency Disorders”, Vol. 21, Iss. 3-4, s. 305–314.

Voelker C.H., 1935: *The prevention of cluttering*. „The English Journal”, Vol. 24, No. 10, s. 808–810.

Ward D., 2006: *Stuttering and cluttering, frameworks for understanding and treatment*. Psychology Press, East Sussex.

Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D., 1970: *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie*. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Weiss D.A., 1964: *Cluttering*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New York.

Zaalen Y. van, 2009: *Cluttering identified. Differential diagnostics between cluttering, stuttering and learning disability*. Utrecht, Zuidam, <http://igitur-archive.library.uu.nl/dissertations/2009-1123-200207/UUindex.html> [dostęp: 14.10.2013].

Zaalen Y. van, Reichel I., 2013: *Qu'est-ce que le bredouillement? Pistes pour l'intervention orthophonique*. „Reeducation Orthophonique”, No. 256, s. 119–153.

Zaalen Y. van, Reichel I., 2015: *Cluttering: Current views on its nature, diagnosis, and treatment*. iUniverse, Bloomington.

Zaalen Y. van, Winkelman C., 2009: *Broddelen, een (on begrepen stoornis)*. Coutinho, Bussum.

Zaalen Y. van, Myers F., Ward D., Bennett E., 2008: *The cluttering assessment protocol*, <http://associations.missouristate.edu/ICA/> [dostęp: 7.10.2013].

## Streszczenie

Autorki rozdziału wyjaśniają istotę gielkotu, przedstawiając analizę objawów związanych z produkcją mowy oraz typologią tego zaburzenia. Zaprezentowano proces automatyzacji języka oraz opis poszczególnych etapów produkcji mowy. Rozdział odpowiada również na pytania czy zakłócenia planowania mowy przyczyniają się do występowania gielkotu oraz jak prowadzić diagnozę i planować terapię tego zaburzenia. Ponadto autorki rekomendują konkretne metody oraz procedury pomagające uzyskać lepsze wyniki w terapii gielkotu.

## Summary

The authors explain the nature of cluttering by presenting an analysis of the symptoms associated with the production of speech and the typology of this disorder. The process of language automatization and a description of the different steps of speech production are also presented in the chapter. The authors provide answers to questions whether language planning disturbances are a causal factor in cluttering and what effect such disturbances may have on assessment and treatment procedures. In addition, the authors recommend several methods and procedures for the effective treatment of cluttering.

## ***Zaburzenia płynności mowy w afazji***

*Fluency disorders in aphasia*

### **Jąkanie. Przegląd definicji**

Jąkanie to jeden ze złożonych problemów psychologii, medycyny, socjologii i logopedii. Jest przedmiotem licznych prac opartych na różnych teoriach i źródłem wielu teorii obejmujących jego etiologię, istotę i leczenie (Stecko, 2011).

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podaje definicję jąkania neurologicznego:

„Jąkanie jest zaburzeniem rytmu mowy, w którym osoba wie dokładnie, co chce powiedzieć, lecz w danym momencie nie potrafi tego zrobić z powodu niezależnych od niej powtórzeń, wydłużeń lub nagłego zaprzestania dźwięku (blokowania)” (Helm-Estabrooks, 1999: 256).

Wyróżnia się jąkanie rozwojowe i jąkanie nabyte, które rozpoczyna się poza typowym okresem dzieciństwa. Inaczej mówiąc, można wyodrębnić dwa rodzaje niepłynności: niepłynność funkcjonalną i niepłynność organiczną, zwaną też neurologiczną.

Gerald Jerry Canter (1971 [za:] de Nil, Jokel, Rochon, 2011) wyróżnił trzy typy jąkania neurologicznego:

- dyzartryczne,
- apraksyjne,
- anomiczne.

Jąkanie dyzartryczne to zakłócenia płynności mowy pojawiające się w wyniku zaburzeń motoryki, zwłaszcza u pacjentów z chorobą Parkinsona i ubytkami mózdzku. Jąkanie apraksyjne występuje u pacjentów z werbalną apraksją mowy, którzy utracili umiejętność przekładania fonemów na motoryczne wzorce mowy. Jąkanie anomiczne (dysnomiczne) jest związane z odzyskiwaniem słów, czyli próbą przywoływania słowa z pamięci.

Jąkanie neurologiczne jest samodzielną jednostką nozologiczną i powinno być odróżnione od innych nabytych zaburzeń, takich jak afazja, apraksja, dysartria, ale może także występować jako objaw współtowarzyszący każdemu z wymienionych zaburzeń.

### Cechy jąkania neurologicznego

Gerald Jerry Canter (1971 [za:] de Nil, Jokel, Rochon, 2011) do cech jąkania neurologicznego zalicza następujące fakty:

- jąkanie neurologiczne występuje jako rezultat uszkodzenia centralnych obszarów mózgu odpowiedzialnych za programowanie motoryczne,
- mówca z apraksją czasami doświadcza zablokowania mowy z powodu braku możliwości uwalniania mechanizmu motoryki mowy na żądanie.

Jąkanie neurologiczne występuje wraz z różnymi chorobami neurodegeneratywnymi, np. z chorobą Parkinsona, stwardnieniem rozsianym (SM), stwardnieniem bocznym zanikowym (SLA). Jest zaburzeniem coraz częściej rozpoznawanym u pacjentów po urazach i udarach mózgu.

### Medyczne przyczyny jąkania neurologicznego

Chroniczne jąkanie neurologiczne jest uwarunkowane obustronnym uszkodzeniem obu półkul mózgowych, zaś epizodyczne jąkanie neurologiczne jest związane z wieloma uszkodzeniami jednej półkuli mózgowej – zdaniem Nancy Helm-Estabrooks i współpracowników (Lundgren, Helm-Estabrooks, Klein, 2010) – spowodowanymi urazami czaszki, chorobami układu piramidowego, nowotworami, demencją, stosowaniem niektórych środków farmakologicznych lub narkotyków.

Charakterystyka jąkania neurologicznego często wydaje się determinowana poprzez rodzaj zaburzenia neurologicznego i związane z nim deficyty, ubytki kognitywne, motoryczne, komunikatywne.

Literatura przedmiotu zawiera analizę 75 studiów przypadków, na podstawie której wyodrębniono 5 cech jąkania neurologicznego (Ringo, Dietrich, 1995):

- występuje tendencja jąkania się zarówno na słowach funkcyjnych, jak i jednostkach leksykalnych,
- niepokój pacjenta w stosunku do jąkania jest obserwowany relatywnie rzadko (lub nie ma go wcale),

- tendencja do nie płynności nie ogranicza się do sylab nagłosowych,
- nie występują symptomy towarzyszące (zaciskanie pięści, mruganie oczami, grymasy twarzy),
- nie występuje efekt adaptacyjny – nie odnotowuje się spadku nie płynności wraz z kolejnym odczytywaniem danego tekstu (Canter, 1971 [za:] de Nil, Jokel, Rochon, 2011).

Kristine Lungren, Nancy Helm-Estabrooks i Reva Klein (2010) uzupełniają powyższą charakterystykę spostrzeżeniem, że we wszystkich zadaniach związanych z mową w zachowaniach jękających się osób występuje konsekwencja.

Jąkanie neurologiczne współwystępuje często z afazją.

### **Jąkanie neurologiczne a afazja**

Godfrey Edward Arnold i Richard Luchsinger (1970 [za:] de Nil, Jokel, Rochon, 2011) omówili 3 odmiany nabytego jękania się towarzyszącego afazji:

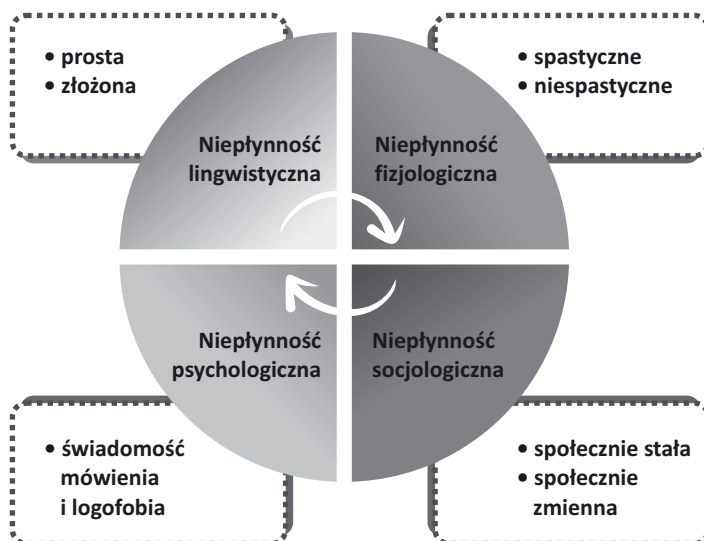
- jąkanie afatyczne, w którym nie płynność mowy stanowi część zaburzeń języka,
- jąkanie z afazją, odzwierciedlające psychologiczną reakcję na afazję,
- jąkanie dyzartryczne, które może występować w fazie wychodzenia z każdego typu afazji.

Należy jednak zauważyć, że jąkanie nie zawsze towarzyszy afazji, która jest powszechnym następstwem nabytego uszkodzenia mózgu. W 65% opisanych przypadków jąkanie neurologiczne nie dotyczyło afazji.

Wydaje się więc, że pomimo faktu, iż obydwa zjawiska mogą występować wspólnie, nie mają one związku przyczynowo-skutkowego. W diagnozowaniu nabytego jękania istotne jest wykluczenie problemów językowych jako podstawy nie płynności.

### **Nie płynność mówienia w afazji – próba charakterystyki**

Odwołując się do klasyfikacji zaproponowanej przez Zbigniewa Tarkowskiego (1999), nie płynność występującą w afazji można podzielić według czterech kryteriów: jako lingwistyczną, fizjologiczną, psychologiczną i socjologiczną.

**Rysunek 1. Podział nie płynności mowy**

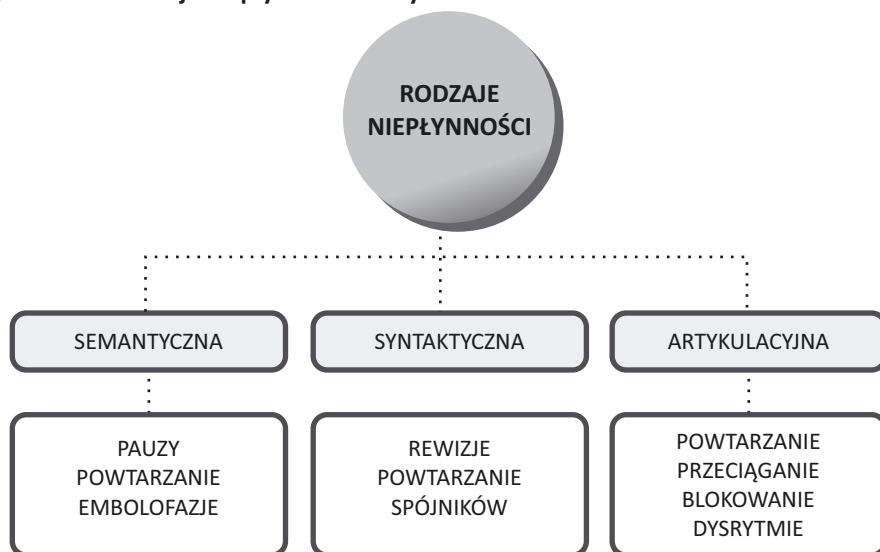
Źródło: Na podstawie: (Tarkowski, 1999).

Stosując kryterium lingwistyczne, mówimy o nie płynności prostej i złożonej (wtedy gdy występuje kilka objawów nie płynności mowy).

Podstawowymi objawami nie płynności mówienia są: powtarzanie głosek, słów, części zdań, przeciąganie głosek, blokowanie, embolofazje, pauzy, tachylalia, bradyllalia i dysrytmia. Objawy te mogą występować w formie izolowanej, tzn. oddzielone od siebie, lub w formie łącznej, tzn. gdy kilka objawów nie płynności mówienia występuje obok siebie.

Według Zbigniewa Tarkowskiego (1999) można wyróżnić:

- nie płynność semantyczną, czyli trudności w płynnym przejściu od jednej informacji do drugiej. Objawami tej nie płynności mówienia są: pauzy, powtórzenia i embolofazje, których główną funkcją jest uzyskiwanie przez nadawcę czasu na zastanowienie lub przypomnienie;
- nie płynność syntaktyczną, czyli trudności w płynnym przejściu od jednej struktury składniowej do drugiej. Objawami tej nie płynności mowy są rewizje i powtarzanie spójników;
- nie płynność artykulacyjną, czyli trudności w swobodnym przejściu od jednej artykulacji do drugiej. Objawami tej nie płynności mówienia są: powtarzanie, blokowanie, dysrytmia.

**Rysunek 2. Rodzaje niepłynności mowy**

Źródło: Ibidem.

Płynność mówienia jest zaburzona we wszystkich typach afazji.

### Objawy niepłynności mowy w afazji

Podstawowym objawem niepłynności mowy w afazji są perseweracje i pauzy (Kaczmarek, 1984). Zaburzenia płynności mowy występują częściej w afazji ruchowej niż w afazji czuciowej. W aferentnej afazji ruchowej niepłynność jest spowodowana zaburzeniem wzorca kinestetycznego głosek. Osoba dotknięta afazją z trudnościami motorycznymi poszukuje właściwego wzorca ułożenia narządów mowy, czego wynikiem jest wielka liczba powtórzeń głosek, zwalnianie tempa mówienia i zakłócanie rytmu mowy. Pojawiają się liczne embolofazje i pauzy. Najwięcej objawów jąkania organicznego można odnaleźć w afazji ruchowej eferentnej. „Wymowa pojedynczych głosek jest prawidłowa, ale zaburzona jest melodia ruchu przy przechodzeniu od jednej głoski do drugiej. Proces zahamowania rozpoczętej artykulacji i płynnego przełączania się na następną jest głęboko zaburzony” (Tarkowski, 1999: 30–31). Występują tu liczne prolongacje, powtórzenia i dysrytmie. W afazji dynamicznej tempo mówienia jest zwolnione z powodu licznych pauz, będących wyrazem trudności w znalezieniu powiązań między wyrazami i między frazami. Zakłóceniu ulega liniowy schemat wypowiedzi (Łuria, 1976).

W afazji sensorycznej obserwuje się niewiele zaburzeń płynności mówienia. Chory ma trudności w znajdowaniu potrzebnych wyrazów, robi pauzy, które wypełnia neologizmami albo powtarzaniem poprzednich wyrazów (Tarkowski, 1999). Pacjent z afazją z zaburzeniami semantycznymi musi mieć czas na przypomnienie sobie potrzebnego słowa, dlatego milczy, powtarza lub produkuje embolofazję.

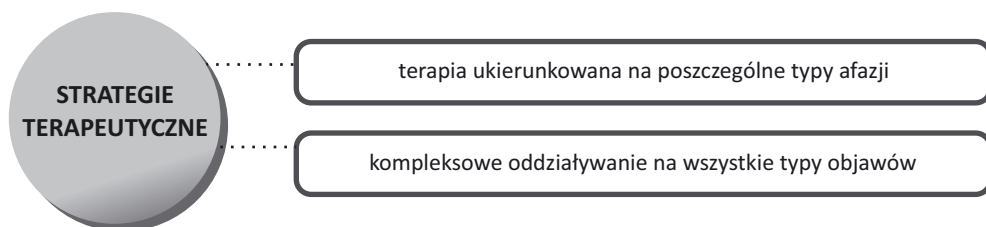
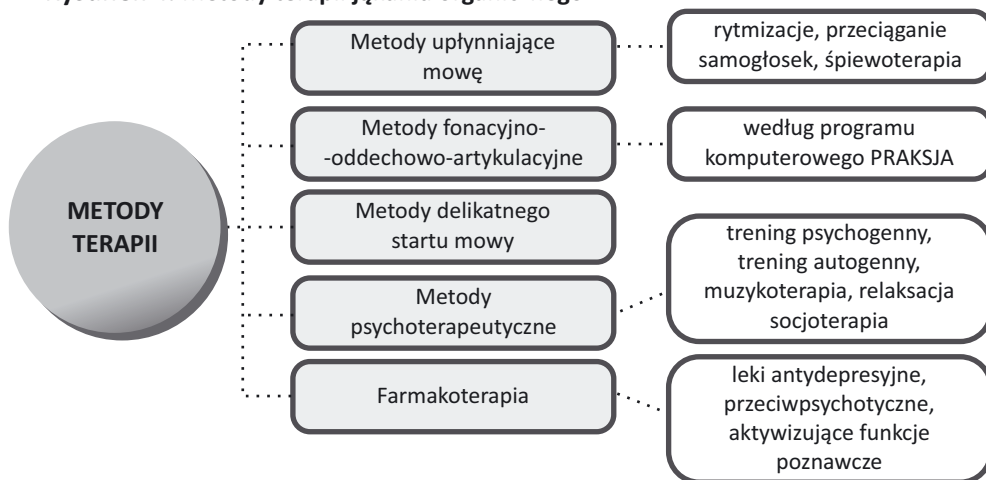
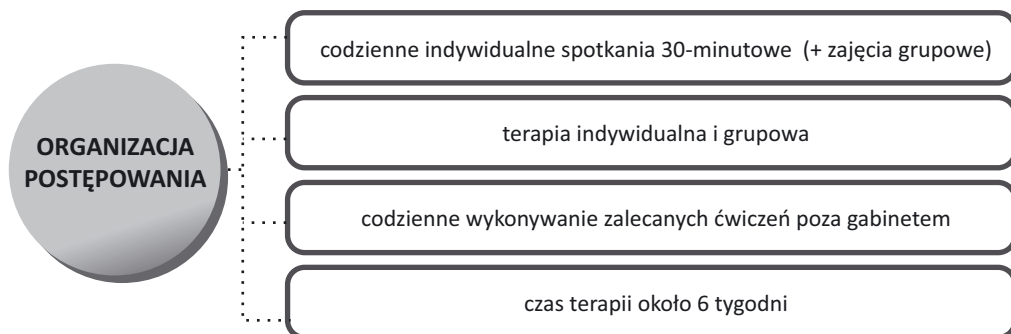
Niepłynność mówienia jest zjawiskiem złożonym. Wartość napięcia organicznej niepłynności mówienia jest determinowana zarówno przez rodzaj uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, jak i przez jego topografię (Góral-Półtola, 2013). Objawy niepłynności mówienia mają w afazji postać niespastyczną i nielogofobiczną, ale organiczna niepłynność mówienia stanowi istotną barierę komunikacyjną.

## Terapia

Nie wszyscy pacjenci z jękaniem neurologicznym wymagają terapii. Zaburzenia te mają naturę przechodnią i poprawa następuje w okresie kilku tygodni lub miesięcy. W przypadku innych pacjentów niepłynności są trwalsze. Opublikowane analizy terapii jękania neurologicznego wykazują różnorodne podejścia do tego problemu (Helm-Estabrooks, 1999). Donald E. Mowrer i Jan Younts (2001 [za:] de Nil, Jokel, Rochon, 2011) zalecają wykonywanie ciągłej fonacji i wydłużania samogłosek. Wiliam J. Nowack i Edward Stone (1987 [za:] de Nil, Jokel, Rochon, 2011) zastosowali w terapii relaksację progresywną, proponując ćwiczenia oddechowe i terapię kognitywną. Do najczęściej wykorzystywanych metod w terapii jękania organicznego można zaliczyć: farmakoterapię, opóźnione słuchowe sprzężenie zwrotne DAF – maskowanie kontroli słuchowej wypowiedzi, biofeedback i relaksację, rytmizację mowy (Helm-Estabrooks, 1999).

W Górnośląskim Centrum Rehabilitacji „Repty” powstał autorski program zespołu neurologopedów prowadzących terapię jękania organicznego w afazji. Górnośląskie Centrum Rehabilitacji „Repty” jest największym w Polsce szpitalem rehabilitacyjnym dla osób dorosłych. Rehabilitacja lecznicza obejmuje schorzenia neurologiczne, kardiologiczne oraz choroby narządu ruchu. Program autorski kładzie akcent na kompleksowość oddziaływań i obejmuje strategie terapeutyczne, metody terapii i organizację postępowania. Zakłada więc szeroko pojętą współpracę różnych grup zawodowych: neurologopedów, lekarzy, psychologów czy terapeutów zajęciowych w nabywaniu przez pacjenta płynności mówienia.



**Rysunek 3. Strategie terapeutyczne****Rysunek 4. Metody terapii jękania organicznego****Rysunek 5. Organizacja postępowania terapeutycznego**

### Zakończenie

Jękanie organiczne jest wyodrębnionym zaburzeniem mowy, którego znaczenie zaczyna być dostrzegane przez lekarzy, terapeutów mowy, ale przede

wszystkim przez samych pacjentów. Wzrastająca liczba opublikowanych studiów przypadku oraz badań prowadzonych na grupach pacjentów stwarza konieczność sformułowania kompleksowego podejścia do tego zaburzenia. Mimo iż typologia jąkania organicznego jest powiązana z charakterystyką jąkania neurologicznego, które je wywołuje, nie należy lekceważyć związanych z nim innych zaburzeń motorycznych, kognitywnych i komunikacyjnych. W rezultacie diagnoza i terapia zaburzeń płynności mowy wymagają indywidualnego podejścia do pacjenta oraz precyzyjnego zdefiniowania jego potrzeb. Z tego względu niezbędne jest też prowadzenie dalszych badań nad zaburzeniami płynności mowy.

## Bibliografia

- Adamczyk B., 2005: *Jąkanie – wciąż fascynująca zagadka*. W: Młynarska M., Smereka T., red.: *Logopedia. Teoria i praktyka*. Agencja Wydawnicza a Linea, Wrocław, s. 466–469.
- Borsel van J., 2011, *Acquired stuttering: differential diagnosis*. Materiał zaprezentowany podczas panelu autorstwa: Balasubramanian V., Chang S-U., Nil L. de, Kadri M., Max L., Theys C., Borsel J. van, s.a.: *Acquired stuttering: Theoretical, experimental, clinical issues*. ASHA Convention in San Diego, USA.
- Góral-Półrola J., 2013: *Organiczna niepłynność mówienia*. Wydawnictwo Fundacji „Orator”, Lublin.
- Helm-Estabrooks N., 1999: *Stuttering associated with acquired neurological disorders*. In: Conture E.G., Curlee R.F., eds.: *Stuttering and related disorders of fluency*. Thieme Medical Publishers, New York, s. 255–268.
- Kaczmarek B.L.J., 1984: *Mózgowe mechanizmy formowania wypowiedzi słownych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Kurkowski Z.M., 2003: *Próba sylabowa do oceny niepłynności mówienia*. IFPS, Warszawa.
- Lundgren K., Helm-Estabrooks N., Klein R., 2010: *Stuttering following acquired brain damage: A review of the literature*. „Journal of Neurolinguistics”, Vol. 23, No. 5, s. 447–454.
- Łuria A., 1976: *Podstawy neuropsychologii*. PZWL, Warszawa.
- Nil L.F. de, Jokel R., Rochon E., 2011: *Etiology, symptomatology, and treatment of neurogenic stuttering*. In: Conture E.G., Curlee R.F., eds.: *Stuttering and related disorders of fluency*. Thieme, New York, s. 326–343.
- Panasiuk J., 2012: *Afazja a interakcja (tekst – metatekst – kontekst)*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Popławska-Domaszewicz K., Kozubski W., 2012: *Zaburzenia mowy w chorobach neurologicznych*. W: Obrębowski A., red.: *Wprowadzenie do neurologopedii*. Termedia, Poznań, s. 223–244.
- Ringo C.C., Dietrich S., 1995: *Neurogenic stuttering: An analysis and critique*. „Journal of Medical Speech Language Pathology”, Vol. 3, s. 111–122.
- Stecko E., 2010: *Neurologopedyczne studia przypadków*. ES, Warszawa.

Stecko E., 2011: *Jąkanie uwarunkowane obniżoną aktywnością histydazy*. ES, Warszawa.

Tarkowski Z., 1999: *Jąkanie*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Tarkowski Z., 2005: *Jąkanie*. W: Gałkowski T., Szelaż E., Jastrzębowska G., red.: *Podstawy neurologopedii: podręcznik akademicki*. Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole, s. 693–735.

Theys C. van, Wieringen A., Sunaert S., Thijs V., Nil L. de, 2011: *A one year prospective study of neurogenic stuttering following stroke: Incidence and co-occurring disorders*. „Journal of Communication Disorders”, Vol. 44, s. 678–687.

Walsh K., Darby D., 2008: *Neuropsychologia kliniczna*. GWP, Gdańsk.

Woźniak T., 2008: *Standard postępowania logopedycznego w przypadku jąkania*. W: Grabias S., red: *Standardy postępowania logopedycznego*. „Logopedia”, t. 37, s. 227–234.

## Streszczenie

Celem pracy jest krótka prezentacja zagadnień związanych ze zjawiskiem niepłynności mowy, które często towarzyszy afazji. Autorki, wychodząc od definicji jąkania, przedstawiają założenia teoretyczne, stanowiące podstawę do odróżnienia jąkania neurologicznego od jego formy rozwojowej. Omawiają także pokrótce medyczne przyczyny nabytej niepłynności mowy oraz ich wpływ na rodzaj i objawy afazji. Pokazując związek pomiędzy afazją a neurologicznym jąkanem, autorki charakteryzują objawy niepłynności mowy w afazji. Zakończenie zawiera krótki przegląd procedur terapeutycznych pochodzących z literatury, a także schemat autorskiego programu terapeutycznego, opracowanego w Górnośląskim Centrum Rehabilitacji „Repty” na potrzeby terapii jąkania organicznego w afazji.

## Summary

The aim of this chapter is to provide a brief outline of fluency problems which often coincide with aphasia. Starting with the definition of stuttering, the authors present theoretical assumptions underpinning the distinction between neurological (organic) and developmental stuttering. Additionally, the authors briefly discuss the medical causes of acquired disfluencies and their impact on the nature and symptoms of aphasia. In this paper, the symptoms of speech disfluencies in aphasia are characterized by demonstrating the relationship between aphasia and neurological stuttering. At the end of the chapter the authors present a brief literature overview of therapeutic procedures, and a review of the original approaches developed and implemented in the Silesian Rehabilitation Centre „Repty”



*NOTY O AUTORACH*



## Noty o autorach

**Ewelina Abramowicz-Pakuła**, mgr, neurologopeda, absolwentka Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie, Podyplomowego Studium Logopedii w Warszawie oraz Podyplomowego Studium Neurologopedii we Wrocławiu. Po ukończeniu studiów pracowała jako logopeda z dziećmi w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Obecnie jest zatrudniona w Górnośląskim Centrum Rehabilitacji „Repty” i zajmuje się chorymi z neurogennymi zaburzeniami mowy oraz problemami w komunikacji werbalnej.

**Agata Błachnio**, dr, psycholog i logopeda, adiunkt w Katedrze Psychologii Emocji i Motywacji Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego. Interesuje się psychologią społeczną, zwłaszcza zachowaniami nieuczciwymi, psychologią Internetu, zachowaniami kierowców i postawami wobec osób jękających się. Szkoli się w kierunku terapii osób jękających się i emisji głosu. Jest pomysłodawczynią i współredaktorką serii książek pt. *Blżej emocji*. Autorka kilkudziesięciu artykułów, także w prestiżowych czasopismach międzynarodowych. Razem z Anetą Przepiórką stworzyła Laboratorium Badawcze LAB A&A, które prowadzi międzynarodową współpracę.

**Aleksandra Boroń**, mgr, absolwentka filologii polskiej Uniwersytetu Wrocławskiego, a także podyplomowych studiów z zakresu logopedii i neurologopedii na Uniwersytecie Wrocławskim oraz wczesnej interwencji i wspomagania rozwoju dziecka w Dolnośląskiej Szkole Wyższej. Odebrała kursy i szkolenia w zakresie terapii rozmaitych zaburzeń mowy u dzieci (m.in. Lidcombe Program – prowadząca Christina Lattermann; terapia gielkotu – prowadząca Maïon Spruit; terapia jękania w wieku szkolnym – prowadząca Mies Bezemer). Pracowała z dziećmi w przedszkolach i w szkole podstawowej, a obecnie prowadzi prywatny gabinet logopedyczny.

**Roman Buchta**, dr, prezbiter archidiecezji katowickiej, doktor teologii w zakresie teologii pastoralnej, adiunkt na Wydziale Teologicznym Uniwersytetu Śląskiego, członek Sekcji Wykładowców Katechetyki w Polsce, sekretarz redakcji „Studiów Pastoralnych”, dyrektor Wydziału Katechetycznego Kurii Metropolitalnej w Katowicach, duchowy opiekun szkół katolickich w archidiecezji katowickiej, organizator ogólnopolskich konferencji dla katechetów szkół specjalnych oraz członek Kuratorium EuFRES (Europejskiego Forum dla Nauczania Religii w Szkołach). Jego badania naukowe koncentrują się wokół zagadnień związanych z biblijnym wymiarem katechezy oraz wtajemniczającą funkcją katechezy. Jest autorem licznych publikacji z zakresu katechetyki i pedagogiki.

**Zofia Byszewska**, studentka psychologii Uniwersytetu Śląskiego, wolontariuszka w Centrum Logopedycznym w Katowicach, aktywna członkini Klubu ludzi mówiących płynnie – grupy samopomocowej dla osób jękających się, działającej przy Uniwersytecie Śląskim.

**Grzegorz Chmielewski**, mgr, psycholog, pedagog, ukończył certyfikowany kurs z logoterapii oraz 4-letni kurs z psychoterapii przy Uniwersytecie Jagiellońskim, a także podyplomowe studia z logopedii w Wyższej Szkole Pedagogicznej im. Janusza Korczaka w Warszawie. Uczestnik seminarium doktoranckiego na Wydziale Pedagogiki i Psychologii Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji w Lublinie, gdzie kontynuuje badania nad skutecznością terapii osób jękających się. Członek Zarządu Głównego Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Jękających się, zaangażowany w pracę społeczną na rzecz osób z niepełnościami w mówieniu. Prowadzi terapię na ogólnopolskich turnusach dla osób jękających się, jest koordynatorem grupy terapeutycznej dla osób jękających się w Lublinie. Autor artykułów o jękanii. Jego zainteresowania zawodowe to zastosowania psychoterapii u osób jękających się i ich bliskich. Obecnie pracuje w Niepublicznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Trampolina w Lublinie, współpracuje także z Centrum Psychoterapii Genesis w Lublinie.

**Bożena Duda**, mgr, neurologopeda, ukończyła specjalizację z zakresu neurologopedii na Uniwersytecie Gdańskim oraz studia podyplomowe z zakresu logopedii i terapii logopedycznej na Uniwersytecie Opolskim. Jest certyfikowaną terapeutką mowy. Obecnie zatrudniona na stanowisku starszego asystenta w Górnośląskim Centrum Rehabilitacji „Repty” na oddziale neurologii,



pracuje z pacjentami z afazją i dyzartrią. Inicjatorka i współorganizatorka corocznych spotkań neurologopedycznych w Górnośląskim Centrum Rehabilitacyjnym „Repty”.

**Monika Dyl**, mgr, absolwentka filologii polskiej o specjalizacji nauczycielskiej, studentka Studiów Podyplomowych Kwalifikacyjnych Logopedii i Medialnej Emisji Głosu na Uniwersytecie Śląskim o specjalności logopedia. Aktywna uczestniczka spotkań Klubu ludzi mówiących płynnie działającego przy Uniwersytecie Śląskim oraz wolontariuszka programów terapii grupowej dla osób jękających się, organizowanych przez Centrum Logopedyczne w Katowicach. Interesuje się przede wszystkim problematyką niepełności mowy oraz zagadnieniami z zakresu surdologopedii.

**Maria Faściszewska**, dr, filolog polski, logopeda, neurologopeda, trener emisji głosu, absolwentka Podyplomowego Studium Emisji i Higieny Głosu Uniwersytetu Gdańskiego oraz Podyplomowego Studium Neurologopedycznego Uniwersytetu Gdańskiego. Uczestniczyła w wielu szkoleniach z zakresu diagnozy i terapii zaburzeń mowy, m.in. brała udział w szkoleniach dotyczących prowadzenia diagnozy i terapii osób jękających się u Haliny Waszczuk, Mieczysława Chęćka, Katarzyny Węsierskiej i Krzysztofa Szamburskiego. Jej zainteresowania naukowe dotyczą szczególnie profilaktyki, diagnozy i terapii jękania się u dzieci i młodzieży, emisji i higieny głosu oraz kwestii zaburzeń komunikacji i języka u dzieci. Jest autorką książek z zakresu terapii logopedycznej: *Cienie logopedyczne*; *Różnicowanie fonemowe głosek ś, s, sz*; *Wesołe Minki Tygryska*. Od 2012 roku członkini Zarządu Pomorskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Logopedycznego. Obecnie pracuje w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 7 w Gdańsku. Od 2006 roku współpracuje także z Pomorską Wyższą Szkołą Nauk Stosowanych w Gdyni.

**Ewa Gacka**, dr, wieloletni logopeda w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, nauczyciel akademicki Uniwersytetu Łódzkiego, biegły sądowy z zakresu logopedii, członkini Polskiego Towarzystwa Logopedycznego. Jej zainteresowania naukowe to: opóźnienia rozwoju mowy o różnej etiologii, rozwój i zaburzenia mowy u dzieci z małą urodzeniową masą ciała, wczesna interwencja logopedyczna, funkcjonowanie w grupie rówieśniczej dzieci z zaburzeniami mowy, współpraca specjalistów w opiece nad osobami z zaburzeniami mowy. Jest

autorką monografii: *Zaburzenia rozwoju mowy u dzieci z porodów przedwczesnych. Diagnoza i efekty oddziaływań terapeutycznych*, a także wielu artykułów poświęconych problematyce logopedycznej.

**Katarzyna Gawęł**, mgr, absolwentka filologii angielskiej Uniwersytetu Śląskiego, tłumaczka ustna i pisemna, doktorantka w Instytucie Języka Angielskiego Uniwersytetu Śląskiego, gdzie prowadzi zajęcia praktyczne z przekładu. W jej obszarze zainteresowań naukowych i dydaktycznych znajdują się: angielski język specjalistyczny (ESP – *English for Specific Purposes*), zwłaszcza związany z medycyną, socjologia przekładu, zjawisko tabu językowego. W kontekście logopedii interesuje się terminologią specjalistyczną oraz współpracą logopedów z tłumaczami w Polsce i za granicą. Autorka przekładów materiałów z dziedziny niepełności mowy (m.in. publikacji The Stuttering Foundation of America) oraz tłumaczka ustna podczas wydarzeń logopedycznych (konferencji, warsztatów itp.).

**Anna Górka**, mgr, logopeda, absolwentka Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach na Wydziale Pedagogiki i Psychologii (logopedia szkolna) oraz studiów podyplomowych na tymże uniwersytecie (logopedia z glottodydaktyką). Od ukończenia studiów logopedycznych zawodowo jest związana z Górnośląskim Centrum Rehabilitacji „Repty”, gdzie pracuje jako logopeda na oddziale neurologii.

**Iwona Gralewicz-Wolny**, dr hab. nauk humanistycznych, adiunkt w Zakładzie Teorii Literatury Instytutu Nauk o Literaturze Polskiej im. Ireneusza Opackiego na Wydziale Filologicznym Uniwersytetu Śląskiego. Autorka książek poświęconych polskiej literaturze współczesnej (*Pisz o milczeniu. Świat poetycki Anny Kamieńskiej; Ja czytam, ty czytasz... Dziesięć szkiców o poezji i prozie; Poetka i Świat. Studia i szkice o twórczości Wisławy Szymborskiej*) oraz literaturze dla dzieci i młodzieży (*Uwolnić Pippi! Twórczość dla dzieci wobec przemian kultury*, wspólnie z Beatą Mytych-Forajter).

**Jolanta Góral-Półrola**, dr nauk humanistycznych w zakresie językoznawstwa, specjalistka neurologopedii, trenerka EEG-biofeedback, przedstawicielka Polski w Międzynarodowym Stowarzyszeniu Mowy Beładnej, członkini Europejskiego Stowarzyszenia Zdrowotnego Qigongu. Zawodowo związana ze Staropolską Szkołą Wyższą w Kielcach. Jej przedmiotowe zainteresowania naukowe to:

zaburzenia płynności mówienia (jąkanie, gielkot, organiczna niepłynność mówienia). Autorka i współautorka wielu publikacji z tego obszaru, m.in. *Organiczna niepłynność mówienia; Skala samooceny i oceny jąkania; Skala motywacji do terapii jąkania*. Redaktorka naczelną czasopisma „Pedagogika. Badania, Dyskusje, Otwarcia”.

**Agnieszka Hamerlińska-Latecka**, dr, neurologopeda, psycholog, kierownik Pracowni Logopedycznej w Zakładzie Pedagogiki Specjalnej i Logopedii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy. Prowadzi badania z zakresu onkologopedii. Jej zainteresowania naukowe koncentrują się wokół zaburzeń mowy i połykania powstałych w wyniku choroby nowotworowej lub na skutek jej leczenia. Członkini Śląskiego Stowarzyszenia Osób bez Krtani w Sosnowcu. Prowadzi turnusy logopedyczne dla osób po laryngektomii całkowitej. Autorka strony internetowej onkologopeda.pl, założycielka Centrum Terapii Dobra Mowa.

**Jessica Harasym**, mgr, logopeda w Instytucie Terapii Jąkania i Badań nad Jąkaniem (Institute for Stuttering Treatment and Research) w Edmonton w Kanadzie; kierownik ds. klinicznych w fundacji Elks and Royal Purple Fund for Children. W zawodzie logopedy pracuje od 2005 roku, a jej zainteresowania kliniczne i naukowe koncentrują się przede wszystkim na: terapii jąkania dla dzieci i dorosłych, u których współwystępują różne zaburzenia; prowadzeniu terapii za pośrednictwem Internetu (ang. *telehealth*) oraz praktycznych zastosowaniach automodelowania z wykorzystaniem nagrań wideo.

**Marilyn Langevin**, dr, kierownik badawczy Instytutu Terapii Jąkania i Badań nad Jąkaniem (Institute for Stuttering Treatment and Research) oraz profesor Wydziału Nauk o Komunikacji i jej Zaburzeniach Uniwersytetu Alberta w Kanadzie (Department of Communication Sciences and Disorders). Ma ponad 25-letnie doświadczenie w terapii jąkania. Jej zainteresowania naukowe dotyczą wpływu, jaki jąkanie wywiera na dzieci (zarówno w wieku przedszkolnym, jak i szkolnym) w wymiarze społecznym oraz wdrażania terapii opartej na wynikach badań naukowych / na dowodach (ang. *evidence-based treatment*). W ostatnim czasie bada również zagadnienia związane z neurofizjologią jąkania z wykorzystaniem funkcjonalnej spektroskopii w bliskiej podczerwieni (fNIRS). Jest autorką

programu profilaktycznego *Dokuczanie i prześladowanie: niedopuszczalne zachowania (Teasing and bullying: Unacceptable behaviour – TAB)*, mającego na celu edukowanie uczniów o jękanii i zmniejszanie mobbingu szkolnego związanego z jękaniem.

**Agata Laszczyńska**, mgr, absolwentka filologii polskiej o specjalności nauczycielskiej na Uniwersytecie Śląskim w Katowicach. Ukończyła również studia podyplomowe z zakresu logopedii oraz oligofrenopedagogiki na tej samej uczelni. Aktualnie pracuje jako logopeda w szkole podstawowej i w przedszkolu. Współorganizuje spotkania katowickiego Klubu ludzi mówiących płynnie w Katowicach. Jej zainteresowania skupiają się wokół problemów związanych z niepłynnością mowy, niepełnosprawnością intelektualną, autyzmem. Swoją wiedzę stara się pogłębiać, uczestnicząc w licznych szkoleniach i warsztatach. Członkini Polskiego Towarzystwa Logopedycznego.

**Kenneth O. St. Louis**, dr, jest obecnie prawie całkowicie płynnie mówiącą osobą, która kiedyś silnie się jąkała; profesor logopedii na Wydziale Nauk o Komunikacji i jej Zaburzeniach Uniwersytetu w Wirginii Zachodniej w USA (Department of Communication Sciences and Disorders). Naucza i prowadzi terapię w zakresie zaburzeń płynności mowy od 40 lat. Wyniki jego badań zaowocowały ponad 150 publikacjami i 330 prezentacjami. Był współzałożycielem Międzynarodowego Stowarzyszenia Płynności Mowy (International Fluency Association) i Międzynarodowego Stowarzyszenia Giełkotu (International Cluttering Association). Wśród nagród, które otrzymał, można wymienić m.in. ASHA Fellowship (nagroda za wyjątkowy wkład w rozwój dyscypliny przyznawana przez American Speech Language and Hearing Association) oraz nagrodę imienia Deso Weissa za wybitne osiągnięcia na polu badań nad giełkotem. Współpracował z wieloma kolegami na arenie międzynarodowej w zakresie badania postaw społecznych wobec jękania i giełkotu. Jego zainteresowania naukowe obejmują także zagadnienia definiowania i symptomatologii giełkotu oraz historie osób jękających się.

**Rafał Majzner**, dr sztuk muzycznych, pracownik Akademii Techniczno-Humanistycznej w Bielsku-Białej, tenor, pedagog, dwukrotny stypendysta Ministra Kultury i Dziedzictwa Narodowego, solista Opery Wrocławskiej. Jego zainteresowania naukowo-badawcze koncentrują się wokół zagadnień

związanych z edukacją muzyczną małego dziecka, ze szczególnym zwróceniem uwagi na elementy muzyki oddziałujące zarówno na procesy poznawcze, jak i na rozwój społeczno-emocjonalny dzieci w wieku przedszkolnym oraz młodszym wieku szkolnym, a także z rolą i miejscem muzykoterapii oraz logorytmiki w pracy z dzieckiem ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. W publikacjach zajmuje się czynnikami warunkującymi efektywność i jakość pracy nauczyciela przedszkola i edukacji wczesnoszkolnej, ze szczególnym uwzględnieniem emisji głosu oraz kultury żywego słowa.

**Agnieszka Mysza**, dr, adiunkt w Instytucie Filologii Polskiej Uniwersytetu Rzeszowskiego, kierownik Podyplomowych Studiów Logopedii na Uniwersytecie Rzeszowskim. Jej zainteresowania naukowe to: nazewnictwo polskie (autorka książki *Toponimia powiatu strzyżowskiego*, współautorka monografii *Nazwy ulic Rzeszowa. Historia i współczesność*), historia języka polskiego (współautorka podręcznika akademickiego *Na tropach przeszłości języka*), ortofonia i ewolucja wymowy Polaków (kilka artykułów z tego zakresu).

**Monika Pakura**, mgr, absolwentka filologii polskiej Uniwersytetu Śląskiego oraz Studiów Podyplomowych Kwalifikacyjnych Logopedii i Medialnej Emisji Głosu na Uniwersytecie Śląskim, doktorantka w Instytucie Języka Polskiego Uniwersytetu Śląskiego. Prowadzi badania nad sprawnością językową i komunikacyjną dzieci romskich. Pracuje jako nauczyciel języka polskiego i logopeda w jednej z zabrzańskich szkół i katowickim przedszkolu. Jej zainteresowania skupiają się wokół zaburzeń płynności mowy, dwujęzyczności oraz komunikowania się mniejszości etnicznych.

**Danuta Pluta-Wojciechowska**, dr hab. z zakresu językoznawstwa stosowanego (specjalność logopedia), profesor Uniwersytetu Śląskiego. Jej główne zainteresowania naukowe dotyczą zaburzeń mowy u dzieci z wadą w obrębie środkowej części twarzoczaszki, z zaburzeniami czynności prymarnych, takich jak np. oddychanie i przyjmowanie pokarmów. Prowadzi badania mowy w dyskursie zaburzonym, wykorzystując ujęcie związane z lingwistyką kognitywną i socjolingwistyką. Zajmuje się również patofonetyką związaną w szczególności z zaburzeniami realizacji fonemów warunkowanych konstytucjonalnie, a także teorią i metodyką terapii dyslalii. Jest redaktorką naczelną rocznika „Forum Logopedyczne”, członkinią Komisji Zaburzeń i Rozwoju Języka Komitetu Języko-

znawstwa PAN, od trzech kadencji jest aktywną członkinią Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Logopedycznego. Od czerwca 2011 roku do czerwca 2014 roku pełniła funkcję zastępcy Przewodniczącego Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Logopedycznego.

**Agnieszka Plusajska-Otto**, dr nauk humanistycznych, logopeda, trener emisji głosu, adiunkt w Pracowni Pedagogiki Specjalnej oraz kierownik Podyplomowych Studiów Logopedia z Emisją Głosu na Wydziale Nauk o Wychowaniu na Uniwersytecie Łódzkim. Jej zainteresowania naukowe i praktyka logopedyczna koncentrują się przede wszystkim na profilaktyce i rehabilitacji zaburzeń głosu. Autorka i współautorka wielu publikacji z tego zakresu.

**Aneta Przepiórka**, dr, adiunkt w Katedrze Psychologii Emocji i Motywacji Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego. W swojej pracy naukowej łączy wiedzę z psychologii i logopedii. W tym zakresie interesuje się postawami wobec osób jękających się oraz emisją głosu. Prowadzi badania z zakresu psychologii społecznej i psychologii międzykulturowej. Posiada liczne publikacje z zakresu psychologii czasu, psychologii Internetu oraz emocji. Odebrała kilka staży naukowych w Niemczech, Hiszpanii i Kanadzie.

**Izabela Reichel**, dr, pedagog, logopeda, profesor Touro College w Nowym Jorku, autorka wielu publikacji. Swoje życie zawodowe poświęciła szkoleniu studentów i logopedów w zakresie zaburzeń płynności mowy, wykorzystując swoje 30-letnie doświadczenie. Jako przewodnicząca Komitetu Międzynarodowych Reprezentantów Międzynarodowego Stowarzyszenia Gielkotu (Committee of International Representatives International Cluttering Association) koordynuje prace badawcze, publikacje i seminaria dla logopedów na całym świecie. Jest współautorką nowego podręcznika na temat gielkotu: *Gielkot. Najnowsze ustalenia na temat istoty, diagnozy i terapii* (Cluttering: Currents views on its nature, diagnosis and treatment). Jej zainteresowania badawcze obejmują zagadnienia związane z gielkotem, jękaniem, międzynarodową współpracą zawodową logopedów i efektywnością szkoleń związanych z wykorzystaniem inteligencji emocjonalnej w przygotowaniu zawodowym logopedów.

**Danuta Rode**, dr hab. z zakresu psychologii, specjalistka w dziedzinie psychologii klinicznej, wieloletnia biegła sądowa, kierownik Zakładu Psychologii Klinicznej i Sądowej na Uniwersytecie Śląskim. Autorka kilkudziesięciu publikacji z dziedziny psychologii klinicznej i sądowej. Jej główne zainteresowania dotyczą problematyki przemocy w rodzinie, psychospołecznego funkcjonowania ofiar i sprawców relacji przemocy oraz czynników ryzyka kryzysów rodziny.

**Łucja Skrzypiec**, dr, logopeda, pedagog. Doświadczenie zawodowe zdobyła, pracując w szkole podstawowej, przedszkolach, Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 2, a także prowadząc terapię logopedyczną dla dzieci ze Stowarzyszenia Rodzin i Przyjaciół Osób z Zespołem Downa „Szansa”. Współpracuje z Centrum Logopedycznym w Katowicach. Prowadzi diagnozę, terapię logopedyczną oraz szkolenia dla logopedów i nauczycieli. Zajmuje się diagnozą i wspomaganiem rozwoju dzieci, m.in. poprzez wczesną naukę czytania. Brała udział w realizacji dwóch ogólnopolskich projektów badawczych: *Badanie stopnia przygotowania sześciolatków do nauki szkolnej* i *Badanie gotowości szkolnej sześciolatków*. Jest autorką innowacji pedagogicznych i artykułów logopedycznych, aktywnie działa w strukturach Śląskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Logopedycznego.

**Agnieszka Staszczek**, mgr, psycholog, oligofrenopeda. Pracuje w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 1 w Katowicach, Miejskim Przedszkolu nr 50 z Oddziałami Integracyjnymi w Katowicach oraz w Centrum Logopedycznym w Katowicach. Od lat zajmuje się wspieraniem jękających się dzieci, młodzieży, dorosłych i ich rodzin – w formie konsultacji indywidualnych i zajęć grupowych. Przez wiele lat uczestniczyła w Ogólnopolskich Intensywnych Turnusach Terapeutycznych dla Osób Jękających się. Poruszając się na styku logopedii i psychologii, stale poszukuje czynników ułatwiających wprowadzanie zmian w pożądanym dla klientów kierunku oraz wzmacniających oddziaływanie terapeutyczne logopedy.

**Hanna Szykowska**, mgr, absolwentka filologii polskiej o specjalności nauczycielskiej oraz psychologii na Uniwersytecie Śląskim. Ukończyła studia podyplomowe w zakresie logopedii na Uniwersytecie Śląskim. Obecnie pracuje na stanowisku logopedy w Przedszkolu Miejskim z Oddziałami Integracyjnymi nr 21 w Gliwicach oraz w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Partner

w Gliwicach. Pracuje również na etacie psychologa szkolnego w Gimnazjum im. Unii Europejskiej w Sośnicowicach. Interesuje się problematyką niepełności mowy, zagadnieniami z obszaru psychologii wychowawczo-klinicznej dzieci i młodzieży oraz psychologii klinicznej człowieka dorosłego.

**Dagmara Tomiczek**, mgr, absolwentka filologii polskiej z dodatkową specjalizacją *kulturoznawstwo* oraz logopedii z dodatkową specjalizacją *komunikacja alternatywna i wspomagana*. Obecnie pracuje w Akademii Techniczno-Humanistycznej w Bielsku-Białej. Autorka artykułów powstałych m.in. na podstawie własnych badań etnograficznych czy metodyki nauczania języka polskiego. Czynny logopeda i nauczyciel, pracownik kultury, współpracujący m.in. z teatrem muzycznym. Jako logopeda zajmuje się głównie usprawnianiem słuchu fonematycznego, korektą wad i doskonaleniem wymowy młodzieży oraz osób dorosłych uzdolnionych muzycznie.

**Katarzyna Węsierska**, dr, adiunkt w Instytucie Języka Polskiego Uniwersytetu Śląskiego. Założyła i prowadzi Centrum Logopedyczne w Katowicach. Jej zainteresowania naukowe i praktyka logopedyczna koncentrują się przede wszystkim na zaburzeniach płynności mowy. Uczestniczyła w licznych szkoleniach i stażach z zakresu diagnozy i terapii zaburzeń mowy w kraju i za granicą, m.in. organizowanych przez The Royal College of Speech and Language Therapists czy The Michael Palin Centre for Stammering Children. Pierwsza polska absolwentka Europejskiej Klinicznej Specjalizacji Zaburzeń Płynności Mowy. Jest autorką i współautorką książek o tematyce logopedycznej oraz licznych publikacji naukowych i popularnonaukowych.

**Marta Węsierska**, mgr, absolwentka uniwersytetów Warwick i York w Wielkiej Brytanii, doktorantka na Wydziale Psychologii University of York. Jej zainteresowania badawcze koncentrują się na zagadnieniach związanych z nabywaniem bilingwizmu u dzieci w wieku przedszkolnym. Uczestniczy również w międzynarodowym projekcie badawczym związanym z badaniami postaw społecznych wobec jåkania i gielkotu w ramach *International Project on Attitudes Toward Human Attributes* (IPATHA), a także w badaniach związanych z mobbingiem szkolnym wobec dzieci jåkających się. Jest autorką licznych tłumaczeń związanych z tematyką zaburzeń płynności mowy (m.in. materiałów The Stuttering Foundation of America). Jest członkinią British Psychological Society.



**Bogumiła Wilk**, mgr, neurologopeda, pedagog, nauczycielka dyplomowana z ponad 25-letnim doświadczeniem zawodowym, absolwentka Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie, Uniwersytetu Śląskiego i Wrocławskiego w zakresie pedagogiki, logopedii i neurologopedii. Swoje doświadczenia logopedyczne zdobywała, pracując w charakterze logopedy w przedszkolach, szkole podstawowej, poradni psychologiczno-pedagogicznej, w Niepublicznym Zespole Opieki Zdrowotnej oraz jako terapeutka Centrum Logopedycznego w Katowicach. Specjalizuje się w terapii opóźnionego i nieharmonijnego rozwoju mowy oraz zaburzeń płynności mowy.

**Yvonne van Zaalen**, dr, profesor i kierownik Katedry Technologii i Innowacji w Służbie Zdrowia Uniwersytetu Fontys w Eindhoven w Holandii (Health Innovations and Technology). Jest jednym z wiodących ekspertów w dziedzinie zaburzeń płynności mowy na arenie międzynarodowej oraz jest odpowiedzialna za badania naukowe i edukację w zakresie procesów produkcji mowy i języka w przypadku mowy płynnej i niepłynnej. Jako starszy specjalista w zakresie zaburzeń płynności mowy ma ponad 25-letnie doświadczenie w pracy z osobami z gielkotem i jąkaniem. Jest prezesem Międzynarodowego Stowarzyszenia Gielkotu (International Cluttering Association). Została uhonorowana nagrodą im. Deso Weissa sponsorowaną przez The Stuttering Foundation of America.





„[...] prezentowany tom dotyczący teorii i praktyki badań nad zaburzeniami płynności mówienia [...] stanowi istotny etap w kształtowaniu się refleksji metodologicznej w duchu psychologii humanistycznej i porozumienia (współpracy) wielu dyscyplin naukowych.

Lektura tej znakomitej monografii sprzyjać będzie popularyzowaniu ustaleń wynikłych z syntezy trans-, multi- oraz interdyscyplinarnej refleksji na temat zaburzeń płynności mówienia. Pomocna będzie zapewne w doskonaleniu nowoczesnych programów studiów logopedycznych, jak i w popularyzowaniu najnowszych metod diagnozy i terapii logopedycznej [...].

Zawarte w przedstawionej pracy teksty powinny zainteresować zarówno studentów logopedii, logopedów – praktyków, jak też inne osoby, które z racji swojej pracy zawodowej czy prowadzonych badań naukowych mają do czynienia z zaburzeniami płynności mówienia [...], np. psychologów, pedagogów, językoznawców, lekarzy (zwłaszcza neurologów), terapeutów (neurologopedii) i in.”.

Z recenzji **prof. zw. dra hab. Jana Ożdżyńskiego**

Staropolska Szkoła Wyższa w Kielcach

Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie

---

Film *Porozmawiajmy o jąkaniu...* to zapis niezwykłego spotkania osoby jąkającej się, która po kilku latach terapii bez lęku rozmawia o swoich problemach w płynnym komunikowaniu się, oraz kanadyjskiej profesor specjalizującej się w badaniach naukowych nad jąkaniem i wdrażaniem potwierdzonych empirycznie metod diagnozy i terapii niepełności mowy. Mimo różnych perspektyw i doświadczeń prezentowanych przez rozmówczynie to wzajemne dzielenie się własnymi przemyśleniami okazuje się wyjątkowo wzbogacające dla obu stron.

---



ISBN 978-83-61339-15-1