

TOMASZ WOŹNIAK

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie
Katedra Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6745-9639>

Techniki kształtowania płynności mówienia jako podstawa kompleksowej terapii jąkających się starszych dzieci i młodzieży

Speech Fluency Shaping Techniques as the Basis of Combined Therapy
of Older Children and Adolescents Who Stutter

STRESZCZENIE

Głównym założeniem artykułu jest teza mówiąca, że kształtowanie płynności mówienia powinno być podstawą wszelkich metod kompleksowej terapii jąkających się dzieci i młodzieży, ponieważ podstawowym celem terapii w tym okresie jest uzyskanie stałej poprawy płynności mówienia. Przedmiotem rozważań jest analiza porównawcza sposobów kształtowania płynności mówienia. Mimo całkowitej świadomości wagi problemów psychologicznych i komunikacyjnych osób jąkających się problem różnych form psychoterapii czy terapii społecznej nie jest omawiany w artykule. Wnioski końcowe sformułowane zostały w odniesieniu do praktyki logopedycznej.

Słowa kluczowe: jąkanie, terapia osób jąkających się, kształtowanie płynności

SUMMARY

The main assumption of the article is the thesis that speech fluency shaping should underlie all methods of combined therapy of children and adolescents who stutter because the fundamental goal of therapy during this period is to permanently improve speech fluency. The subject of discussion is a comparative analysis of ways of developing speech fluency. Despite the complete awareness of the significance of psychological and communication problems of persons who stutter, the problem of various forms of psychotherapy or social therapy is not discussed in the article. Final conclusions were formulated regarding logopedic practice.

Key words: stuttering, therapy of persons who stutter, fluency shaping

WPROWADZENIE

Jąkanie u starszych dzieci i młodzieży jest często spotykanym problemem w praktyce logopedycznej. Zagadnienie diagnozy i skutecznej terapii dzieci i młodzieży w wieku szkolnym stanowi wyzwanie dla wielu logopedów. Jąkanie w tym okresie ma swoją specyfikę, odmienny obraz symptomów niż w przypadku dzieci w wieku przedszkolnym czy osób dorosłych. Wedle różnych źródeł jąka się około 1% (dokładnie 0,76%) populacji (Craig, Tran 2005). Ale nie na każdym poziomie wiekowym udział procentowy osób jąkających się w populacji jest taki sam.

Jąkanie zaczyna się głównie w dzieciństwie, między 2. a 6. rokiem życia, przy czym liczba małych dzieci mówiących nie płynnie przez okres 6 miesięcy lub dłużej wynosi około 5%. Proces spontanicznego ustępowania nie płynności (nie zawsze jest to jąkanie) dotyczy mniej więcej trzech czwartych tych dzieci. Oznacza to, że u około 1% populacji zaburzenie to będzie miało charakter trwały, będzie to jąkanie (Guitar, Conture 2012). Warto przy tej okazji zwrócić uwagę na fakt skuteczności oddziaływań terapeutycznych w wieku przedszkolnym w przypadkach jąkania. Przy prawidłowym wpływie środowiska (terapia pośrednia) w 65% przypadków jąkanie może ustąpić w wieku przedszkolnym, w 74% przypadków ustępuje całkowicie do wczesnego wieku szkolnego (często już także przy bezpośredniej interwencji logopedycznej), częściej u dziewczynek niż chłopców (Guitar 2005).

Jednak u wielu dzieci tak się nie dzieje. Przyczyny tego stanu rzeczy są złożone: po pierwsze nie ma całkowicie skutecznej metody na usunięcie jąkania, po drugie różny jest układ czynników biologicznych, emocjonalnych i społecznych w przypadku każdego dziecka, po trzecie rodzice często czekają na samoistne ustąpienie jąkania. Oznacza to, że mówiące nie płynnie dzieci stopniowo muszą sobie radzić z narastającymi w nich negatywnymi emocjami i wykształcają strategię wycofywania się, unikania relacji społecznych. Problem ten zaczyna rysować się wyraziście na początku nauki w szkole. To właśnie jąkające się dzieci w wieku szkolnym najczęściej stają się pacjentami logopedycznymi.

Odsetek jąkających się dzieci w wieku 6–10 lat wynosi 1,44% i do okresu dojrzewania spada on do poziomu 0,5% (Craig i wsp. 2002). Fakt ten można tłumaczyć samoistnym wycofywaniem się zaburzenia na skutek doskonalenia funkcji mózgu, skuteczności własnych strategii radzenia sobie z jąkaniem czy wreszcie sukcesów terapii logopedycznej. Na tle spadającej ogólnej liczby osób jąkających się (w tym przedziale wiekowym) należy zwrócić uwagę na wzrastającą rolę czynników psychologiczno-poznawczych: prawdopodobieństwo pogorszenia jakości życia staje się większe, narasta lęk przed komunikacją, może pojawić się fobia społeczna. Fobia społeczna (zespół lęku społecznego) to

zaburzenie psychiczne współwystępujące z jękaniami, które pojawia się często w drugiej dekadzie życia i silnie nasilone może stać się dominującym problemem dorosłej osoby, która się jąka. W takich przypadkach włączenie terapii farmakologicznej powinno być koniecznie rozważone (Czernikiewicz, Woźniak 2018).

Interesująco rysuje się ogólny problem zależności między objawami składającymi się na obraz jękania, w szczególności zależności między lękiem i niepłynnością. Przez długi czas uważano, że jękanie ma podłoże psychogenne, a niepłynność jest objawem lęku. W świetle współczesnych badań teza ta nie znajduje potwierdzenia. Tylko nieliczne dowody wskazują na to, że czynniki psychologiczne odgrywają decydującą rolę w jękanii. Badacze sądzą, że lęk jest niezależnym komponentem jękania (Craig i wsp. 2003).

Podstawą jękania jest fizjologiczny deficyt połączeń w szlakach neuronowych, w obszarach programowania i percepcji mowy o prawdopodobnym genetycznym podłożu. Teza ta poparta jest już wieloma obiektywnie udokumentowanymi badaniami, które stwierdzają między innymi, że:

1. Jękające się dzieci w porównaniu z niejękającymi się rówieśnikami mogą wykazywać osłabioną funkcjonalną i strukturalną łączliwość zarówno w sieciach neuronowych obszarów słuchowo-motorycznych (odpowiedzialnych za autokontrolę), jak i w połączeniach jąder podstawnych z obszarami wzgórzowo-korowymi (odpowiedzialnych za planowanie wypowiedzi „naprzód”), przede wszystkim w lewej półkuli mózgu (Chang, Zhu 2013).
2. U jękających się dzieci może dochodzić do odmienności w zakresie organizacji istoty białej w mózgu (struktur odpowiedzialnych za połączenia w mózgu), szczególnie w obszarach wymienionych wyżej, ale też w innych rejonach mózgu (prawa półkula i ciało modzelowate – struktura łącząca obie półkule), co powodowane jest subtelnymi różnicami dotyczącymi rozwoju istoty białej między 3. a 10. rokiem życia (Chang i in. 2015).
3. U dorosłych osób jękających się badania potwierdzają znaczące anomalie w zakresie pęczka łukowatego, czyli tego obszaru istoty białej, który łącząc ze sobą obszar skroniowy z czołowym (zwłaszcza w półkuli lewej), odpowiedzialny jest także za funkcje ruchowe mowy (Cieslak i wsp. 2015).
4. Stwierdzono znaczącą redukcję przepływu krwi, a więc redukcję aktywności, w ośrodku Broca u dorosłych osób jękających się. Nasilenie objawów jękania jest wprost proporcjonalne do stopnia redukcji przepływu krwi (Desai i wsp. 2017).

Rozważenie przyczyn i objawów jękania, na danym poziomie wiekowym, stanowi podstawę wyboru metody terapii, która powinna być dostosowana do indywidualnych potrzeb pacjenta, związanych z czynnikami leżącymi zarówno

u podstaw zaburzenia, jak z towarzyszącymi im symptomami wtórnymi. W świetle prezentowanych badań należy stwierdzić, że:

- a) Pierwotnym objawem jąkania jest nie płynność warunkowana biologicznie;
- b) Następstwem utrzymującej się nie płynności są objawy wtórne: spastyczność, niepokój, przewidywanie wystąpienia nie płynności, agresja, frustracja, zaburzenia kontaktów społecznych;
- c) U starszych dzieci i młodzieży znacząco wzrasta waga objawów wtórnych, psychologiczno-społecznych.

Formułowane tezy, w odniesieniu do terapii jąkających się starszych dzieci i młodzieży, które można postawić na podstawie powyższych stwierdzeń, są następujące:

1. Należy zredukować nie płynność wypowiedzi. Redukcja ta powinna wiązać się z polepszeniem kontroli motorycznej procesu mówienia (koordynacji oddychania, fonacji i artykulacji). Jak się wydaje, nie powinno się w tym wieku stosować technik modyfikacji nie płynności, tylko dążyć do poprawy całego procesu mówienia (Craig 2010).
2. Należy doprowadzić do obniżenia napięcia mięśni w czasie mówienia. Stan podwyższonego napięcia mięśniowego jest symptomem wtórnym, ale bez wątpliwa tworzy się sprzężenie zwrotne między spastycznością a nie płynnością mówienia.
3. Konieczne jest włączenie terapii psychologiczno-społecznej.

Samo kształtowanie płynności na tym etapie jest już niewystarczające. Na podstawie własnej praktyki stwierdzam, że jąkające się starsze dzieci, młodzież i osoby dorosłe w planowaniu własnych zadań na okres stabilizacyjny (po zakończeniu podstawowego treningu płynności mowy) preferują ćwiczenia skoncentrowane na treningu komunikacyjno-społecznym. Ćwiczenia takie stanowią 80–90% zaplanowanych zadań. Daje to obraz wagi problemów psychologicznych i społecznych u tych osób, ale nie podważa faktu, że w okresie między 7. a 18. rokiem życia techniki kształtowania płynności mowy powinny stanowić podstawę terapii osób jąkających się, ponieważ podstawowym celem terapii w tym okresie jest uzyskanie stałej poprawy płynności mówienia.

KSZTAŁTOWANIE PŁYNNOCI MOWY U JĄKAJĄCYCH SIĘ STARSZYCH DZIECI I MŁODZIEŻY

Przegląd stosowanych metod terapii jąkających się starszych dzieci i młodzieży wykazuje, że w większości przypadków obok technik kształtowania płynności mowy wprowadzana jest jakaś forma terapii społecznej, psychologicznej czy behawioralno-poznawczej (por. Adamczyk 1993; Engiel 1976; 1977; Chęćiek

2007; Craig 2010; Woźniak 2018). Przedmiotem niniejszego artykułu jest analiza porównawcza sposobów kształtowania płynności mówienia, dlatego problem różnych form psychoterapii czy terapii społecznej nie będzie w nim szerzej omawiany, mimo całkowitej świadomości wagi tych zagadnień.

Poniżej dokonam przeglądu wybranych, najczęściej stosowanych technik kształtowania płynności mowy, wybranych na podstawie przeglądu metod terapii jękających się dzieci starszych i młodzieży. Może zaskakiwać fakt, że zestawienie różnych skutecznych sposobów uzyskiwania płynności mowy używanych na świecie daje dosyć ograniczony repertuar, który przy bliższej analizie może wykazywać jeszcze bliższe podobieństwa. Należy wymienić następujące techniki:

1. Technika przedłużonego mówienia (TPM)
2. Technika delikatnego startu mowy (TDSM)
3. Technika *Smooth Speech* (TSS)
4. Technika mówienia rytmicznego (TMR)
5. Techniki oddechowe (TO)
6. Technika naturalnego rytmu mowy (TNR)

Ad 1. Technika przedłużonego mówienia (TPM)

Technika ta daje poprawę płynności mówienia poprzez przedłużenie czasu wymowy samogłosek w poszczególnych wyrazach. Pierwsze metodyczne opracowanie tej techniki w polskim piśmiennictwie logopedycznym napotykamy u Stanisława Wilczewskiego (1967), który wiązał skuteczność TPM z obserwacjami praktycznymi związanymi z całkowitym brakiem niepłynności mowy w śpiewie u jękających. Interpretował ten fakt fonetycznie, czego wynikiem była konieczność śpiewnego rozciągnięcia samogłosek podczas normalnej mowy. W swojej praktyce Wilczewski stosował TPM od lat 20. XX wieku z bardzo dobrymi efektami. Warto zauważyć, że mówienie przy stałej pomocy echokorektora daje podobny rezultat. W gruncie rzeczy efekt DAF (*delayed auditory feedback* – opóźnionego słuchowego sprzężenia zwrotnego) wymusza przedłużanie czasu realizacji samogłosek (Adamczyk 1993).

Przedłużenie wymowy samogłosek wiąże się ze znacznym spadkiem tempa mówienia. Początkowo w czasie ćwiczeń czytania tempo to wynosi 1 sylabę na 1 sekundę, przy założeniu stopniowego przyspieszania na etapach późniejszych. Zwolnienie tempa w czasie terapii ma charakter stały i wiąże się z utrzymywaniem ciągłej wokalizacji podczas wymowy poszczególnych wyrazów. W czasie ćwiczeń wymagane jest wizualne sprzężenie zwrotne (ćwiczenia wykonywane przed lustrem). Należy zwrócić uwagę, że terapia wymaga 2–3 miesięcy treningu, zaś sposób mówienia w tym czasie jest nienaturalny i monotony. Mogą pojawić się też kłopoty z wymawianiem dłuższych wyrazów i realizacją głosek bezdźwięcznych, szczególnie w grupach spółgłoskowych. Różnica w sposobie

mówienia w czasie stosowania TPM w porównaniu z wymową naturalną może zniechęcać wiele osób, dlatego szczególnie ważne w tym przypadku jest odpowiednio zmotywowanie pacjenta.

Mimo tych zastrzeżeń TPM może stanowić skuteczną podstawę terapii, szczególnie w połączeniu z TDSM, czego dowodem jest konsekwentne stosowanie obu technik we współczesnych programach terapii osób jękających się, proponowanych przez Mieczysława Chęćka (Chęćki i wsp. 2014).

Ad 2. Technika delikatnego startu mowy (TDSM)

TDSM stanowi drugi element kształtowania płynności mówienia w metodzie Wilczewskiego (1967) i programie terapeutycznym Chęćka (2007). Stosowanie tej techniki wiąże się ze zmniejszeniem napięcia mięśni artykulacyjnych w przypadku głosek znajdujących się w pozycji nagłosowej. Oznacza to osłabienie zwarcia w artykulacji nagłosowych głosek zwartych i półotwartych, delikatny wydech w czasie artykulacji głosek szczelinowych i wprowadzenie przydechu (coś w rodzaju bezdźwięcznego *x*) przed samogłoskami. Zastosowanie TDSM umożliwia bardziej płynne rozpoczynanie wyrazów, ale nie gwarantuje płynnej realizacji całości frazy, dlatego konieczne jest łączenie tej techniki z innymi sposobami kształtowania płynności mówienia. W czasie ćwiczeń wymagane jest także wizualne sprzężenie zwrotne. Czas trwania treningu wynosi 2–3 miesiące.

Można postawić tezę, że stosowane łącznie TPM i TDSM wykazują większą skuteczność w redukowaniu niepłynności i zbliżają sposób mówienia osoby poddawanej terapii do techniki opisywanej w literaturze jako *Smooth Speech* (gładka mowa).

Ad 3. Technika *Smooth Speech* (TSS)

TSS jest techniką często stosowaną w krajach anglojęzycznych i opisaną w literaturze w standardach *Evidence Based Practice* (praktyki opartej na dowodach), co oznacza prezentację zasad stosowania TSS, ale też wskazanie teoretycznych i empirycznych podstaw jej efektywności oraz przedstawienie rezultatów terapii w porównaniu z grupą kontrolną (Craig 2010). Podstawą TSS jest, po pierwsze, utrzymywanie stałego przepływu powietrza w czasie artykulacji, co wymaga także wprowadzenia przydechu przy realizacji samogłosek i zmniejszenia siły zwarcia przy głosekach zwartych. Po drugie w tej technice świadomie stosuje się 1–2-sekundowe pauzy między poszczególnymi frazami. Wykorzystuje się też wizualne sprzężenie zwrotne. Zwraca uwagę tendencja do stosunkowo szybkiego przechodzenia od mowy spowolnionej do naturalnej: możliwe jest to już po 5 tygodniach treningu. Ćwiczenia pierwszego dnia rozpoczyna się od tempa 0,8 sylaby na sekundę, aby osiągnąć 1,2 sylaby na sekundę pod koniec dnia. W czasie kolejnych tygodni tempo zwiększa się od 2,6 sylaby na sekundę do

3,3 sylaby na sekundę. Naturalność wypowiedzi, czyli tempo 4–5 sylab na sekundę (tj. średnio 2–2,5 wyrazu na sekundę, 120–150 wyrazów na minutę), osiąga się po minimum 5 tygodniach. Mimo podobieństw co do zwolnienia mowy w przypadku TPM i TSS zwraca się uwagę na różnicę techniczną w artykulacji: w przypadku TPM chodzi bardziej o utrzymanie ciągłości wokalizacji, a w TSS ciągłości przepływu powietrza (Craig 2010), choć, jak wspomniano wcześniej, łączne stosowanie TPM i TDSM znacznie upodabnia sposób mówienia do tego, który osiągamy w TSS.

Ad 4. Technika mówienia rytmicznego (TMR)

Technika ta oparta jest na obserwacji, że mowa rozbita na sylaby wypowiadane rytmicznie jest znacznie bardziej płynna u osób jękających się. Można wspomagać się przy tym metronomem, który ułatwia utrzymanie stałego rytmu, lub wystukiwaniem sylab palcami.

TMR wykorzystująca metronom znana jest powszechnie na świecie (por. Tarkowski 1987). Jednak niedostatecznie opisano wskazania co do ustawień metronomu i procedur przechodzenia od mowy sylabicznej do mowy naturalnej. Możemy wskazać jedynie na propozycję J.P. Brady'ego (za: Tarkowski 1987), który proponuje pięć etapów terapii: 1) mówienie w rytm metronomu stolikowego (wolne), 2) zwiększenie prędkości mówienia, 3) zastąpienie metronomu stacjonarnego przenośnym i mówienie rytmiczne w różnych sytuacjach o wzrastającym poziomie trudności, 4) analogiczny do poprzedniego, ale bez metronomu, 5) próby wyeliminowania lekkiego jękania, które powracało od czasu do czasu.

Warto odnotować także propozycję Krzysztofa Szamburskiego, gdzie mówienie z rozbiem na sylaby (bez metronomu) wspomagane jest ruchami ręki wiodącej, które to ruchy mają zapewnić potem płynność w łączeniu sylab w wyrazy, bez konieczności skandowania. Poprawa płynności przy użyciu tej techniki wiąże się jednak ze znaczną redukcją tempa mówienia, do średnio 2,1–2,4 sylaby na sekundę nawet po 6 miesiącach terapii (Kowalczyk, Jankiewicz 2015).

W obu rozwiązaniach należy zwrócić uwagę na konieczność przejścia przez dość długi etap mowy sztucznie zrytmizowanej i nienaturalnej (skandowanej i spowolnionej), co u wielu pacjentów może wywoływać odrzucenie emocjonalne takiego sposobu mówienia.

Ad 5. Techniki oddechowe (TO)

W tym przypadku należy mówić o grupie różnych sposobów kontroli oddechu w celu poprawy płynności mowy. Przeważnie wykorzystuje się tu oddychanie przeponowe, szczególnie mechanizm podparcia oddechowego, przy użyciu którego nie tyle opieramy dźwięk na przeponie (jak to się dzieje w treningu wokalnym), ile w świadomy sposób regulujemy rytmiczność, ciągłość i długość wydechu podczas wypowiedzania frazy, która składać się może z jednego, dwu

lub więcej wyrazów. Przywracamy tym samym fizjologiczną koordynację oddechowo-fonacyjno-artykulacyjną, która zwykle zostaje zaburzona w mowie niepełnej (por. Mitrinowicz 1952, www.mcguireprogramme.com). Technika kontrolowanego oddychania zakłada oddychanie swobodne i głębokie, z regularnymi pauzami, podczas których następuje relaksacja mięśni zaangażowanych w mowę w obrębie układu oddechowego, krtani i nasady. Włączenie samokontroli i samokorekcji w tym zakresie może przynieść szybki efekt poprawy płynności i skuteczności komunikacji werbalnej (nawet po kilku dniach), zaś długie podtrzymywanie TO powoduje zwykle generalizację w mowie i stałe zmniejszenie niepełności w porównaniu z grupą kontrolną (Azrin, Nunn 1974). Warto zwrócić też uwagę na brak wymagań spowolnienia tempa wypowiedzi, a jedynie stosowanie regularnych pauz na wdech.

Ad 6. Technika naturalnego rytmu mowy (TNRM)

TNRM w swych podstawach jest zbieżna z TO, ale w większym stopniu eksponuje rolę wspomagania koordynacji oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnej rytmicznymi ruchami rąk. Rytm ruchów kontrolnych powinien być zbieżny z naturalnym rytmem mowy, ponieważ płynność mówienia należy zdefiniować w odniesieniu do zjawisk związanych nie tylko z przechodzeniem od jednej sekwencji ruchów artykulacyjnych do drugiej, ale także w kategoriach organizacji rytmicznej. Płynność mówienia polega na ciągłości realizacji następujących po sobie dźwięków mowy, które występują w obrębie regularnie powtarzających się jednostek/grup rytmicznych (fraz), trwających około 2–3 sekundy, niemalże identycznie uporządkowanych pod względem prozodycznym. Fraza może być wypełniona różną liczbą głosek (syłab), w zależności od tempa mówienia, przy czym średnie tempo mówienia wynosi w rozmowie potocznej 10–12 głosek (4–5 syłab) na sekundę. Pomiędzy frazami występuje krótka pauza, której czas trwania nie jest ściśle określony. W wypadku nieprzerywanej wypowiedzi powinna być jednak krótsza niż 2 sekundy, nie ma bowiem wtedy wartości znaczącej (Szelağ 1999; Woźniak 2012). Osiągnięcie takiej rytmiczności zgodne jest nie tylko z fizjologiczną organizacją procesów motorycznych związanych z mową, ale przede wszystkim z procesami organizacji informacji w mózgu. TNRM odnajdujemy w metodach Zofii Engiel (1976; 1977) i Tomasza Woźniaka (2018).

Celem i wzorcem stosowanej TNRM jest od początku mowa o prawidłowym przebiegu. W metodzie Engiel wyróżnia się dwa typy ćwiczeń:

- 1) ćwiczenia startu mowy,
- 2) ćwiczenia toku mowy.

Koordynacja między oddychaniem, fonacją a artykulacją jest osiągniata przez wykorzystanie odpowiednich, umownych ruchów rąk, które kontrolują i koordynują przebieg wypowiedzi. Brak jest w tej metodzie ogniw pośrednich, wymagających mówienia wolniejszego czy sylabicznego, co czyni ją bardzo atrakcyj-

ną dla pacjentów. Pacjenci wypowiadają w regularny sposób frazy, rozdzielane 1–2-sekundową pauzą na nabranie oddechu. Skuteczność tej metody w redukcji nie płynności jest wysoka już od pierwszego spotkania. Spowodowane jest to nie tylko koordynacją fizjologicznie prawidłowego przebiegu mówienia, ale także segmentacją ciągu fonicznego na frazy, co ułatwia programowanie i autokontrolę wypowiedzi. Prawdopodobnie nie bez znaczenia jest również zaangażowanie ręki wiodącej, stymulującej obszar ruchowy dominującej półkuli mózgu (głównie: prawa ręka – lewa półkula). Czas trwania podstawowego treningu wynosi około 3 miesiące.

W KIERUNKU MODELU OPTYMALNEJ TERAPII

Analiza porównawcza technik kształtowania płynności mówienia stosowanych w terapii jękających się starszych dzieci i młodzieży dowodzi, że różne rozwiązania terapeutyczne mogą przynieść redukcję nie płynności do poziomu normalnego. Potwierdza się przyjęta na wstępie teza, że klucz do osiągnięcia sukcesu w terapii tkwi tylko częściowo w redukcji nie płynności w czasie terapii, a także w utrzymaniu tego stanu i zabezpieczeniu pacjenta przed nawrotami jękania. Można stwierdzić, że prognostycznie decydującymi czynnikami są:

- 1) nastawienie emocjonalne pacjenta do terapii, wiara w jej sukces,
- 2) konsekwencja w ćwiczeniach techniki mówienia w różnych sytuacjach społecznych,
- 3) wsparcie ze strony otoczenia,
- 4) prostota i naturalność stosowanych technik,
- 5) wypracowanie uczucia kontroli swojej mowy i zachowania w różnych sytuacjach komunikacyjnych.

W sposób oczywisty usunięcie jękania u starszych dzieci i młodzieży zależy zatem od wielu czynników niezwiązanych z techniką kształtowania płynności: osobowości terapeuty, włączenia terapii psychologiczno-społecznej, wsparcia ze strony rodziny, nauczycieli i przyjaciół. Ale stosowanie techniki pozwalającej na płynność mówienia ma znaczenie podstawowe. Technika taka daje pacjentowi przekonanie, że jękanie może być pod kontrolą i stanowi bazę do ćwiczeń komunikacji społecznej. W tym sensie staje się osią postępowania terapeutycznego.

Analiza prezentowanych w artykule technik wskazuje na pewne punkty wspólne między niektórymi z nich. Są to zasady mówienia, które zapewniają poprawę płynności osobie jękającej się, nie naruszając w sposób istotny naturalności zachowań werbalnych pacjenta. Wymienić należy następujące komponenty skutecznych metod kształtowania płynności mówienia, wybrane wedle zasady „jak najprościej i najskuteczniej”:

- 1) rytmiczny, swobodny oddech przeponowy,
- 2) obniżenie napięcia mięśni zaangażowanych w mówienie,

- 3) stosowanie 1–2-sekundowych pauz,
- 4) zasada stopniowego zwiększania liczby wyrazów w wypowiedzianej frazie,
- 5) stosowanie zwolnienia tempa wypowiedzi tylko na początku ćwiczeń, potem możliwie szybkie dążenie się do naturalności wypowiedzi, np. w propozycji stosowania TSS sugeruje się możliwość osiągania naturalności tempa w ciągu 4 dni intensywnych ćwiczeń (pierwszy dzień 1/4 średniego tempa, drugi dzień 2/4, trzeci dzień 3/4, czwarty dzień normalne tempo) (Craig i wsp. 1996).

Przyjęcie tych ogólnych zasad powinno pozwolić logopedzie na twórcze modyfikacje stosowanych przez niego w praktyce różnych technik kształtowania płynności mowy i danie pacjentowi skutecznej podstawy do ćwiczeń komunikacji społecznej.

PODSUMOWANIE

Ostatecznym sprawdzianem terapii jest ocena jej skuteczności. Przyjmuje się, że zależy ona od przyjętych kryteriów oceny. Dotychczasowa praktyka wskazuje na fakt, że należy uwzględnić co najmniej trzy podstawowe kryteria oceny zakończonej terapii osób jąkających się, które uwzględniają także prognozę trwałości jej efektów. Ponadto bierze się pod uwagę perspektywę oceny zarówno specjalisty, jak i pacjenta. Wyróżnić zatem trzeba następujące kategorie oceny:

1. Ocena płynności mówienia (ilościowa, jakościowa)
2. Ocena jakości komunikacji/życia pacjenta
3. Ocena prawdopodobieństwa nawrotów.

W polskim piśmiennictwie logopedycznym brak jest, jak do tej pory, opracowań ukazujących wyniki terapii we wszystkich wymienionych aspektach. W literaturze napotykamy jednak na przykłady tego rodzaju oceny. Jako przykład należy wymienić opracowania dotyczące stosowania samej TSS i TSS łączonej z terapią psychologiczno-społeczną (terapii kompleksowej) (Craig i wsp. 1996; Craig 2010). W opracowaniach tych uwzględniono ilościowy pomiar niepełnych sylab na sekundę, jakościową ocenę naturalności mówienia, wyniki skal lękowych przeznaczonych dla dzieci oraz ocenę efektów po długim terminie od zakończenia terapii (od 2 do 6 lat). I tak średnia skuteczność terapii mierzona normatywnym średnim procentem niepełnych sylab poniżej 2% (w porównaniu z początkowym 10–13%) występuje zaraz po zakończeniu terapii – o różnym okresie trwania: tydzień intensywnej lub 5 tygodni mniej intensywnej – u 90% pacjentów. Poziom ten podnosi się do 2–3% po roku, przy czym utrzymuje się poprawa jakości mowy (w tym normalne tempo mówienia) i zmniejszony poziom lęku. Po 5 latach w opisywanej grupie u 28% pacjentów wyniki utrzymywały się w granicach normy, u 50% występowała nieznacznie podniesiona niepełność, u 12%

nastąpił nawrót jąkania. Można stwierdzić, że efekt poprawy płynności utrzymywał się zatem u 78% pacjentów, ale grupa poddana terapii kompleksowej wykazywała po 5 latach niższy poziom lęku, co oznacza także wyższą jakość życia.

Prezentowane dane potwierdzają konieczność stosowania metod kompleksowych u starszych dzieci i młodzieży: wykorzystanie technik kształtowania płynności mowy jako podstawy terapii i dołączenie do nich terapii antynawrotowej, to jest oddziaływań psychologiczno-społecznych, pozwalających utrzymać płynną mowę w długim terminie.

BIBLIOGRAFIA

- Adamczyk B., 1993, *Terapia jąkania metoda „Echo”*, [w:] *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*, red. T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zaleski, Lublin, s. 141–155.
- Azrin N., Nunn R., 1973, *A rapid method of eliminating stuttering by a regulation breathing approach*, „Behavior Research and Therapy”, 12, s. 279–286.
- Chang S., Zhu D., 2013, *Neural network connectivity differences in children who stutter*, „Brain”, 136, s. 3709–3726.
- Chang S., Zhu D., Choo A., Anstat M., 2015, *White matter neuroanatomical differences in young children who stutter*, „Brain”, 138, s. 694–711.
- Chęciek M., 2007, *Jąkanie – diagnoza, terapia, program*, Kraków.
- Chęciek M., Bijak E., Kamińska D., 2014, *Jąkanie. Skuteczne techniki płynnego mówienia. TPM i TDMSM w Zmodyfikowanym Programie Psychofizjologicznej Terapii Jąkających się*, cz. 1 i 2, Gdańsk.
- Cieslak M., Ingham R.J., Ingham J.C., Grafton S.T., 2015, *Anomalous white matter morphology in adults who stutter*, „Journal of Speech, Language, and Hearing Research”, 58 (2), s. 268–277.
- Craig A., Hancock K., Chang E., McCredy C., Shepley A., McCaul A., Costello D., Harding S., Kehren R., Masel C., Reilly K., 1996, *Controlled clinical trial for stuttering in person aged 9 to 14 years*, „Journal of Speech and Hearing Research”, 39, s. 808–826.
- Craig A., Hancock K., Tran Y., Craig M., Peters K., 2002, *Epidemiology of stuttering in the community across the entire lifespan*, „Journal of Speech, Language, and Hearing Research”, 45, s. 1097–1105.
- Craig A., Hancock K., Tran Y., Craig M., 2003, *Anxiety levels in people who stutter: A randomized population study*, „Journal of Speech, Language, and Hearing Research”, 46, s. 1197–1206.
- Craig A., Tran Y., 2005, *The epidemiology of stuttering: The need for reliable estimates of prevalence and anxiety level over the lifespan*, „Journal Advances in Speech Language Pathology”, 7, s. 41–46.
- Craig A., 2010, *Smooth Speech and Cognitive Behavior Therapy for the Treatment of Older Children and Adolescents Who Stutter*, [w:] *Treatment of Stuttering. Established and Emerging Interventions*, red. B. Guitar, R. McCauley, Baltimore, s. 188–214.
- Czernikiewicz A., Woźniak T., 2018, *Jąkanie a fobia społeczna – główne zagadnienia terapii biologicznej fobii społecznej*, „Logopedia”, 47–1, s. 201–213.
- Desai J., Huo Y., Wang Z., Bansal R., Williams S.C., Lythgoe D., Zelaya F.O., Peterson B.S., 2017, *Reduced perfusion in Broca’s area in developmental stuttering*, „Human Brain Mapping”, 38 (4), s. 1865–1874.
- Engiel Z., 1976, *Próba opracowania systemu ćwiczeń logopedycznych w rehabilitacji jąkania*, cz I., „Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne”, 6, s. 60–63.

- Engiel Z., 1977, *Próba opracowania systemu ćwiczeń logopedycznych w rehabilitacji jękania*, cz. II–IV, „Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne”, 1, s. 79–80; 2, s. 81–84; 3, s. 70–71.
- Guitar B., 2005, *Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*, San Diego.
- Guitar B., Conture E.G., 2012, *Dziecko, które się jęka. Informacje dla pediatry*, The Stuttering Foundation of America, przeł. M. Węsierska, Katowice.
- Kowalczyk Ł., Jankiewicz K., 2015, *Metoda wystukiwania sylab – założenia i skuteczność*, plakat w ramach Międzynarodowej Konferencji Zaburzenia Płynności Mowy, Katowice 25–26.08.2015, Katowice.
- Mitrinowicz A., 1952, *Jękanie. Przyczyny i leczenie*, Warszawa.
- Szeląg E., 1999, *Nowe metody terapii wyzwaniem XXI wieku*, „Logopedia”, 26, s. 215–224.
- Tarkowski Z., 1987, *Jękanie, zagadnienia etiologii, diagnozy, terapii i prognozy*, Warszawa.
- Wilczewski S., 1967, *Teoretyczne założenia i metoda usuwania jękania*, „Logopedia”, 7, s. 105–112.
- Woźniak T., 2012, *Niepłynność mówienia*, [w:] *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Lublin, s. 549–564.
- Woźniak T., 2018, *Metoda naturalnego rytmu mowy w terapii osób jękających się*, [w:] *Metody terapii logopedycznej*, red. A. Domagała, U. Mirecka, Lublin, s. 575–595.

Strony internetowe

www.mcguireprogramme.com (dostęp: 26.08.2019).