

Monika Kaźmierczak* 

Perspektywa klienta w gielkocie

Client's Perspective in Cluttering

Słowa kluczowe: logopedia, praktyka oparta na dowodach, perspektywa klienta, gielkot/mowa bezładna

Keywords: Speech-Language Therapy, Evidence-Based Practice (EBP), client's perspective, cluttering

Streszczenie

W gielkocie, tj. wielowymiarowym i jeszcze nie do końca poznanym zaburzeniu płynności mowy, uwzględnianie perspektywy klienta wydaje się koniecznością. W niniejszym artykule na tle teorii podmiotowości i dialogiki zostały zaprezentowane założenia logopedii opartej na dowodach, ze szczególnym uwzględnieniem trzeciego filaru *Evidence-Based Practice* – EBP. Wypowiedzi dorosłych klientów stanowią egzemplifikację rozważań na temat samoświadomości i metaświadomości osób z mową bezładną, dodatkowo zostały one skonfrontowane z fragmentami publikacji logopedycznych o sześciu popularnych stwierdzeniach na temat osób z doświadczeniem gielkotu. Wiele ze znanych apriorycznych twierdzeń obecnie może zostać uznanych za mity o mowie bezładnej albo konkluzje budzące uzasadnioną wątpliwość i wymagające dalszej pogłębionej analizy. Wskazuje to na konieczność podjęcia w Polsce badań weryfikujących dotychczasowe sądy na temat mowy bezładnej.

Abstract

In a speech disorder like cluttering, we need to consider the client's perspective. This article presents the assumptions of evidence-based speech therapy, with particular emphasis on the third pillar of Evidence Based Practice – EBP and the subjectivity of the client. The quoted statements of adult respondents to the survey are an example of considerations on the self-awareness and meta-consciousness of clutterers. They were confronted with speech therapy publications about six popular statements about people who clutter. Many of the

* Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź, e-mail: monika.kazmierczak@uni.lodz.pl, <https://orcid.org/0000-0003-4396-3627>

popular a priori statements so far can be considered either myths about cluttering or judgments raising reasonable doubts and requiring further analysis. This indicates the need to undertake research in Poland to verify the previous statements about cluttering.

Wprowadzenie

Choć we współczesnym świecie diagnozuje się osłabienie, a nawet rozkład więzi społecznych, u których podstaw leży dezaktualizacja założeń klasycznej humanistyki, kryzys człowieka (postantropocentryzm, posthumanizm) oraz często „zastępowanie relacji dialogowej Ja–Ty monologiem zorientowanym na przedmiot wypowiedzi: Ja–To/Ono” [Kaźmierczak, 2016, s. 11], postulaty respektowania podmiotowości i uwzględniania perspektywy klienta/pacjenta logopedycznego wciąż silnie wybrzmiewają w pracach naukowych, również polskich [por. Węsierska, 2015; Kaźmierczak, 2016; 2018; Hrycyna, 2020]. W logopedii oczywiste wydają się twierdzące odpowiedzi na pytania: „Czy logopeda jest specjalistą zaburzeń mowy?”, „Czy jego wiedza i doświadczenie są gwarantem jakości i skuteczności terapii?”, „Czy dla opracowywania programu i strategii terapii logopedycznej ważne są wyniki dotychczasowych badań naukowych?”. Pewne wahanie mogą budzić odpowiedzi na pytania: „Czy potrzebne i/lub konieczne jest branie pod uwagę perspektywy klienta/pacjenta? Kiedy ma kilkadziesiąt lat, kilkanaście, kilka lat, kilka miesięcy?”, „Od kiedy?”, „Dlaczego?”, „Po co?”. Znane w języku polskim powiedzenia typu: „Dzieci i ryby głosu nie mają” czy „Za młody jesteś” mogą nasuwać myśl, że wyznaczona jest cezura wieku dla uwzględnienia perspektywy klienta/pacjenta, jednak założenia filozofii podmiotowości oraz dialogizmu jednoznacznie potwierdzają, że bez względu na wiek metrykalny (lub rozwojowy) każdy człowiek jest podmiotem, a co za tym idzie – jego indywidualne potrzeby i cele zawsze muszą być respektowane¹.

Uwzględnianie perspektywy klienta/pacjenta w logopedii jest zgodne z założeniami praktyki opartej na dowodach. W gielkocie, tj. wielowymiarowym i jeszcze nie do końca poznanym zaburzeniu płynności mowy, uwzględnianie perspektywy klienta wydaje się koniecznością [por. Scaler Scott, St. Louis, 2009] – wskazanie uwarunkowań oraz dowodów potwierdzających tę tezę jest celem niniejszego artykułu. Na tle teorii podmiotowości i dialogiki zostaną zaprezentowane wypowiedzi dorosłych osób z doświadczeniem gielkotu ($n = 13$), stanowiące egemplifikację rozważań na temat samoświadomości i metaświadomości klientów. Dodatkowo zostaną one skonfrontowane z fragmentami publikacji logopedycznych.

1 Obecność trzeciego uczestnika (rodzica, opiekuna) procesu diagnostyczno-terapeutycznego wymaga dookreślenia jego roli przy respektowaniu potrzeb i podmiotowości samego pacjenta/klienta [por. Kaźmierczak, 2018].

Podmiotowość klienta/pacjenta w logopedii

W odróżnieniu od nauk przyrodniczych, dla których charakterystyczne są redukcjonizm, zdystansowany ogląd świata i potrzeba kategoryzowania, w naukach humanistycznych pierwotne jest dążenie do relacji z drugim człowiekiem i wchodzenie w nią. Doświadczenie kogoś jako całości, nie zaś indywiduum stanowiącego ledwie syntezę wielu różnych części, to odniesienie do osoby. Właśnie odniesienie, jako podstawowa relacja międzyludzka wynikająca z dostrzegania i respektowania obecności każdego podmiotu, to warunek konstytuowania tożsamości podmiotów w sytuacji dialogicznej. Jej istoty nie stanowi przekazywanie wiadomości, charakterystyczne dla modelu transmisyjno-informacyjnego komunikacji, lecz relacja osobowa, budowana przez słowo w dialogu (gr. *diálogos* – ‘rozmowa’).

Respektowanie jedności, czyli autonomii i odrębności każdej osoby, wyklucza reifikację człowieka, a poprzez bezpośrednią rozmowę (twarzą w twarz) następuje redukcja projekcji pewnych wyobrażeń na rzecz prawdziwego poznania. Filozofia spotkania, zwana inaczej filozofią dialogu, ma swoje źródła w niezgodzie na instrumentalne traktowanie drugiego człowieka czy próby jego podporządkowania sobie. Zarówno model dialogicznej relacji równorzędnej Martina Bubera [1991], jak i niesymetrycznej Emmanuela Lévinasa [2002] zakładają podjęcie współpracy oraz współdziałania. Przesunięcie osi uwagi z przedmiotu (*to*) na podmiot/-y (*Ty, On, Inny, Drugi*) stanowi warunek krystalizowania się tożsamości każdego z uczestników zdarzenia komunikacyjnego.

W przypadku spotkania logopedy (zasady opartej na szerszej świadomości, doświadczeniu klinicznym oraz wiedzy przedmiotowej) z klientem/pacjentem (indywidualnością) asymetryczna relacja binarna jest oparta na autorytecie terapeuty w trzech wymiarach [za Kaźmierczak, 2016]: osobistym (moralnym, z otwartością na drugiego człowieka), epistemicznym (opartym na kompetencjach logopedy jako znawcy przedmiotu, specjalisty w swojej dziedzinie) oraz deontycznym solidarności (kierownicza rola logopedy w organizacji procesu diagnostyczno-terapeutycznego). Możliwość delegowania autorytetu deontycznego wynika z gotowości uczestników do zamiany ról nadawcy i odbiorcy oraz cyrkularnego charakteru dialogu – ze współdziałania, wspólnej refleksji teleologicznej, przyjęcia współodpowiedzialności za przebieg terapii dzięki zwiększeniu (samo)świadomości i akceptacji celów czy wspólnie wypracowanego planu terapeutycznego. Ponieważ „dialog dopuszcza niewiedzę, poszukiwanie, wątpliwości, odmienne poglądy, autonomię, wzajemne przejmowanie respektów poznawczych, swobodę w formowaniu oraz wygłaszaniu poglądów” [Palka, 2003, s. 483], podczas spotkania logopedy z klientem/pacjentem następuje konfrontacja opinii i sądów, wzajemne dopełnianie wiedzy, czyli przekraczanie dotychczasowych horyzontów poznawczych obu podmiotów przy jednoczesnym budowaniu przymierza terapeutycznego [Kaźmierczak, 2018; Sønsterud,

2019]. Postępowanie logopedyczne, w którym udział bierze ta swoista asymetryczna wspólnota binarna, może przybierać różne formy.

W postępowaniu tradycyjnym, opartym na modelu medycznym [Grabias, 2014], logopeda przeprowadza diagnozę problemową, koncentrując się głównie na deficytach w zakresie mowy, ale też na mocnych stronach, a następnie układa plan terapii, który pozwoli wyeliminować bądź możliwie skutecznie zredukować zaburzenie. Postępowanie logopedyczne obejmuje zbieranie danych (etiologia zaburzenia, objawy, patomechanizm, chronologia rozwoju), ich interpretację oraz wyjaśnienie problemu pacjentowi. Po ocenie stopnia nasilenia oraz potencjalnego rozwoju zaburzenia logopeda konstruuje plan interwencji, by na jego podstawie podjąć działania terapeutyczne, a w toku ewaluacji analizuje rezultaty, weryfikuje plan terapii, w efekcie dążąc do redukcji lub możliwie pełnej eliminacji problemu. W tej hierarchicznej strukturze terapeuta przyjmuje rolę eksperta, znawcy zaburzenia, a działania są zorientowane głównie na ćwiczenia i zadania [por. Hrycina, 2020].

W nurcie logopedycznej opieki skoncentrowanej na osobie (*Person-Centred Care* – PCC), wywodzącym się z psychologii humanistycznej, orientacja podmiotowa wiąże się głównie z identyfikacją zasobów i potrzeb klienta, uwypukleniem jego perspektywy, nadaniem wartości jego osobistym doświadczeniom oraz wiedzy [DiLollo, Favreau, 2010]. Obok logopedy-specjalisty również klient staje się ekspertem we własnej sprawie: jego doświadczenie, wiedza o sobie, autonomia są uwzględniane w procesie podejmowania decyzji terapeutycznych. W diagnozie klient przyjmuje aktywną rolę: wyraża swoje potrzeby, wspólnie identyfikowane są jego zasoby i mocne strony, dotychczasowe osiągnięcia i sukcesy, a także wyjątki od sytuacji problemowych (jednak niepowodzenia, deficyty, częstość występowania czy nasilenie problemu nie są szczegółowo analizowane). Wizualizacja pożądanego oraz akceptowanego przez klienta przyszłości opiera się na wzmacnianiu jego zasobów w relacji partnerskiej z terapeutą, na wspólnym dookreśleniu celów i dążeń.

Zasadniczą różnicą w tych dwóch modelach postępowania logopedycznego jest przestrzeganie odpowiednio: pacjenta (model tradycyjny) lub klienta (model PCC). Zgodnie z definicją słownikową *pacjent* jest „osobą chorą, korzystającą z opieki medycznej” [Wielki słownik języka polskiego PAN, b.d.]. Etykieta *pacjent*, choć tradycyjnie stosowana do wszystkich osób w terapii logopedycznej, może skutkować niepotrzebną medicalizacją w przypadku tych, które nie są chore i nie wymagają leczenia – na przykład z zaburzeniami płynności mowy czy z autyzmem. Leksem *klient* ma różne znaczenia słownikowe: „1. osoba, która coś kupuje lub korzysta z usług jakiejś firmy; 2. bliżej nieokreślony mężczyzna; 3. program komputerowy, który łączy się z serwerem i pobiera z niego informacje; 4. osoba pozostająca w zależności od kogoś bogatego i wpływowego, który zapewnia jej byt, wymagając w zamian posłuszeństwa i wspierania jego interesów w działalności publicznej, zwłaszcza politycznej” [Wielki słownik języka polskiego PAN, b.d.]. Negatywne konotacje z leksemem *klient* wynikają z utrwalonego w Polsce stereotypu człowieka, który jest roszczeniowy oraz oczekuje, że otrzyma wszystko,

czego zażąda (por. „klient nasz pan”), którego w czasach PRL szykanowano, z kim się nie liczone (por. „tych klientów nie obsługujemy” z filmu *Co mi zrobisz, jak mnie złapiesz* w reż. Stanisława Barei, 1978). Posługiwanie się w logopedii pojęciem *klient* zamiast *pacjent* wymaga pewnego dookreślenia znaczenia. W dalszej części rozważań **klient logopedyczny** będzie rozumiany jako **osoba korzystająca z usług logopedycznych, z którą terapeuta buduje asymetryczną relację dialogiczną, opartą na jedyności i wzajemnym poszanowaniu podmiotowości (przymierze terapeutyczne)**. Zmiana optyki na studium podmiotu uwypukla subiektywny punkt widzenia klienta, indywidualną interpretację siebie oraz świata, jednostkową konceptualizację prawdy i rzeczywistości (z elastycznością poznawczą oraz niejednorodnością perspektyw i rozwiązań), które trzeba analizować w odniesieniu do i na tle danych z obiektywnych badań, jak również doświadczeń klinicznych specjalisty zaburzeń płynności mowy. Dopiero harmonijna synteza tych trzech filarów tworzy podstawy praktyki logopedycznej opartej na dowodach.

Perspektywa klienta w gielkocie

Nurt *Evidence-Based Practice* (EBP) – praktyki opartej na dowodach – ma swoje źródła w medycynie. W latach dziewięćdziesiątych XX wieku wprowadzono *Evidence-Based Medicine* (EBM) [Sackett i in., 1996], od tego czasu również w logopedii coraz silniej formułowane są postulaty praktyki opartej na naukowej podbudowie, nie tylko zaś na działaniach intuicyjnych, wynikających z doświadczeń klinicystów [Grabias, 2014; Ostapiuk i in., 2018; McCurtin, Murphy, Roddam, 2019; Krzeszewska, 2020].

W publikacjach dotyczących EBP podkreślane jest znaczenie każdego z trzech filarów, gdyż harmonijną całość budują dopełniające się wzajemnie: dane z obiektywnych badań (*External Clinical Evidence*), doświadczenie klinicysty (*Clinical Expertise*) oraz perspektywa klienta/pacjenta (*Patient/Client Preferences*) – ta dopiero obecnie jest uznawana za równorzędny filar EBP [Roulstone, 2011]. Nierespektowanie wskazanej trójjedności i symetrii może prowadzić do zaburzeń równowagi poznawczej [por. Costain, Sønsterud, 2021], a tym samym błędów dwóch filarów, na przykład: uznawania wiedzy intuicyjnej i zaledwie jednostkowej, subiektywnej perspektywy (przy braku danych z badań obiektywnych), dyrektywnego wyznaczania zadań i ćwiczeń (przy pomijaniu potrzeb danego klienta/pacjenta), niewłaściwej organizacji procesu diagnostyczno-terapeutycznego, braku obiektywnej weryfikacji postępów (autoterapia bez przewodnika-klinicysty).

Akcentowanie znaczenia wspólnego, świadomego podejmowania decyzji przez klinicystę i klienta, z uwzględnieniem kontekstu środowiskowego i uwarunkowań organizacyjnych [Satterfield i in., 2009], stanowi istotę podmiotowego modelu procesu diagnostyczno-terapeutycznego także w gielkocie [Scaler Scott, St. Louis,

2009; Sønsterud, 2019]. Giełkot, inaczej mowa bezładna (ICD-10 – F 98.6, ICD-10 – 9307.0; ICD-11 – 6A01.1), w mowie zewnętrznej manifestuje się przede wszystkim zaburzeniem tempa mówienia: zbyt szybkim i/lub nieregularnym. W konsekwencji może prowadzić do wystąpienia co najmniej jednego z następujących objawów:

- 1) nadmiernej ilości tzw. normalnych niepłynności w mówieniu,
- 2) zaburzeń koartykulacji,
- 3) niewłaściwego stosowania pauz czy akcentów, jak również dysrytmii w języku pierwszym, naturalnym (L1),

co podkreślają w nowej roboczej definicji giełkotu Kenneth St. Louis i Katrin Schulte [2011].

Delegowanie autorytetu deontycznego solidarności przez logopedę daje klientowi z giełkotem możliwość przedstawienia własnej biografii, również terapeutycznej. Perspektywa klienta obejmuje wiedzę (w różnym stopniu uświadomioną czy ujętą w ramy pojęciowe) o dotychczasowych zachowaniach językowych i niejęzykowych, podjętej wcześniej terapii logopedycznej (też psychologicznej), wypracowanych strategiach komunikacyjnych, zasobach oraz potrzebach warunkujących poziom jakości i komfortu życia z giełkotem.

W efekcie spotkania oraz nawiązania relacji już w samym dialogu terapeutycznym następuje konfrontacja sądów, opinii i doświadczeń klienta oraz klinicysty, a dzięki temu dochodzi do nabycia i/lub podniesienia świadomości obu podmiotów o istocie mowy bezładnej, cechach charakterystycznych dla indywidualnego obrazu giełkotu, rozważanej tu i teraz w kontekście doświadczeń konkretnego klienta.

Postawy osób z doświadczeniem mowy bezładnej są różne, między innymi:

Coś mi jest?

1. Nic mi nie jest, świetnie sobie radzę w komunikacji.
2. Nic mi nie jest, czasami mam kłopot jak każdy, ale radzę sobie.
3. Nic mi nie jest, czasami mam kłopot jak każdy, ale ludzie się nie odzywają, więc...
4. Tak, czasami mam trudności, zwalniam, jak bardzo mogę, kiedy trzeba.
5. Tak, mam trudności, mam gorsze wyniki... (w nauce, w pracy).
6. To co mi jest?
7. Jaki jest mój giełkot?
8. Jak mogę sobie pomóc? Jak logopeda może mi pomóc?
9. Czym różni się mój giełkot od innych? itd.

W powyższym wyliczeniu można wskazać pewną gradację: od nieświadomości klientów po akceptację giełkotu i poszerzanie wiedzy o specyfice własnego profilu mowy bezładnej.

Uwzględnienie w praktyce logopedycznej perspektywy osób z doświadczeniem gielkotu to otwarcie logopedy na słuchanie i usłyszenie, ale też czytanie i odczytywanie drugiego eksperta – klienta [por. Kaźmierczak, 2022a], który w toku spotkania próbuje charakteryzować swój sposób komunikacji, przy braku aparatu pojęciowego niejednokrotnie posiłkuje się peryfrazami, analogiami lub metaforami [por. Kvenseth, Sønsterud, 2009; Van Zaalén, Reichel, 2015; Myers, 2018; Wilhelm, 2020; Kaźmierczak, 2022b]. Podobnie w przeprowadzonym badaniu ankietowym polscy respondenci ze zdiagnozowaną mową beładną ($n = 13$ dorosłych klientów, w tym 8 mężczyzn i 5 kobiet) wyjaśniali w swoich wypowiedziach, jaki jest ich indywidualny profil gielkotu:

Jaki jest teraz mój gielkot? Hmm... **Było bolognese, jest tagliatelle**. W sensie takie gniazda tagliatelle... Surowego makaronu. Niby nadal **spaghetti w mojej głowie**, ale... Myśli już zakładają gniazda, łączą się... Jak to powiedzieć?... Zaczynają się łączyć... **Zaczynają szukać wspólnych części** z innymi... Kluski patrzą, co mają wspólnego z innymi kluskami. Jeśli ktoś widział surowe tagliatelle w pudełku, to wie, że gniazda są osobno, ściśle związane tylko w sobie, przed ugotowaniem nie dopuszczają do siebie klusek z innych gniazd – każde myślowe gniazdo osobno. W bolognese **był chaos** przykryty jeszcze nieprzezroczystym sosem, wszystkie kluski **poplątane**, a teraz **już widać jakiś porządek**. A bez sosu i na surowo jest lepiej. W sensie – więcej widać... **Trzeba tylko pilnować**, żeby nie rozvodnić i nie rozgotować, bo będzie jak w *Podróżach Pana Kleksa* – znowu kompletna ciapa myślowa.

Mam **mnóstwo myśli**, które **pędzą niczym pociąg**. Czasem **jestem maszynistą**, ale często to on jedzie, **gdzie chce**. Bardzo mnie **to wnerwia**. Pracuję nad sobą i terapia pomaga mi mieć **większą kontrolę** nad nim i moimi emocjami.

(Rozmowa dwóch osób z gielkotem):

– Ty masz taki **psychiczny gielkot**.

– Jak to psychiczny?

– No, mówisz wyraźnie, ale... **Mówisz trzy wyrazy, a kolejne trzydzieści zostawiasz w głowie**, bo **po co mówić**, co się z **czym łączy**, przecież wiadomo... I zaczynasz coś kolejnego. No właśnie **nie wiadomo**, ja nie wiem.

– A twój jaki jest?

– A ja to **mówię niewyraźnie**, bo **myślę o dwóch rzeczach naraz**.

W głowie mam piękny zarys zdania, a to, co mówię, to jest to, co wychodzi.

Ryby w szale karmienia – wszystkie myśli atakują **jednocześnie**, żadna nie jest pierwsza, **nie ma porządku** i w końcu żadna w całości nie przechodzi, na zewnątrz pojawiają się tylko

szczątki lub nowy twór bez esencji; uciążliwy w pracy – kiedy piszę, mogę wypowiedzieć to, co myślę.

Moja mowa jest **chaotyczna, niezrozumiała dla innych** (często myślałem o sobie, że jestem po prostu mniej inteligentny albo mój mózg jest nie do końca taki sam, jak mają inni, czyli gorszy). Ja to nazywam tzw. **ciągły bałagan**, który wymaga **permanentnej pracy**.

Kiedy **zbyt szybko mówię**, pojawia się **skracanie zdań**, wypowiedź staje się dla słuchacza niezrozumiała. **Sedno wypowiedzi umyka...**

Nie mogę zebrać myśli, kiedy mówię, **nie mogę powiedzieć tego, co chcę**, mam wrażenie, że **myśli chowają mi się w głowie**, że trzeba szybko wszystko powiedzieć, bo ludzie się niecierpliwią.

Jestem jak myślowy **Struś Pędziwiatr**, wszystko naraz myślę, **ganiam się z myślami i pędzę do przodu**.

Sama czasami się śmieję z siebie, bo **zakręcę się w mówieniu**, słuchacze milkną i robią wielkie oczy; czasami ludzie nie wyłapują skojarzeń i żarcików, trzeba tłumaczyć.

Mój gielkot jest jak **jazda z górki bez trzymanki**.

Kiedys Herbert napisał esej o Minotaurze **uwięzionym w labiryncie swoich myśli** – ja mam tak samo, kiedy chcę coś powiedzieć, to **szukam właściwego słowa**, może lepszego, może innego, najtrafniejszego. Inni mają tak czasami, ja chyba prawie zawsze.

Jaki jest mój gielkot? Podobno ciekawy. Kiedys usłyszałam, że inaczej patrzę na świat, że łączę mi się różne nieoczywiste rzeczy, że **trudno za mną nadążyć**, a do tego **szybko mówię**.

Klienci z doświadczeniem mowy bezładnej w przytoczonych wypowiedziach podejmują samodzielne próby określenia typu swojego gielkotu (strukturalny: „psychiczny”, fonologiczny: „mówiony”), identyfikują własne postawy jako uczestników komunikacji oraz specyfikę zachowań językowych. Wskazują, że czasami kontrolują gielkot, a niejednokrotnie nie są w stanie zapanować nad tym, jak mówią – zależy to od dnia, chwili, sytuacji komunikacyjnej. Nasilenie gielkotu jest uciążliwe w sytuacjach oficjalnych, zawodowych, kiedy człowiek może być postrzegany jako mniej kompetentny i oceniany na podstawie zaburzonego przekazu, nie zaś faktycznej wiedzy oraz posiadanego doświadczenia. Katalizatorem mowy bezładnej są przede wszystkim emocje. Radość lub euforia wiążą się z brakiem lub niewielkim stopniem monitorowania wypowiedzi w żywym dialogu, w sytuacji towarzyskiej, charakteryzującej się luźniejszą atmosferą. Niepłynność

nasilają między innymi stres, zdenerwowanie czy irytacja w związku z trudnością lub niemożnością przekazania intencji wypowiedzi pod presją czasu, poszukiwaniem najbardziej adekwatnych słów dla wyrażenia intencji komunikacyjnej. Samokontrola w różnego typu sytuacjach wiąże się z wysiłkiem i zmęczeniem fizycznym, wymaga bowiem nieustannej czujności, dużego skupienia przy analizie bieżących wypowiedzi: własnej oraz współ rozmówcy, opanowywaniu zbyt szybkiego tempa mówienia.

Wyższa samoświadomość oraz metaświadomość własnego profilu zaburzenia przez klienta to warunek *sine qua non* monitorowania, a następnie modelowania mowy bezładnej [por. Myers, 2018], które prowadzone są pod przewodnictwem logopedy pełniącego funkcję facylitatora, a jednocześnie znawcy i przewodnika-partnera w procesie terapii. Motywacja klienta do zmian w sposobie komunikacji jest w dużym stopniu zależna od poziomu jego dobrostanu psychicznego. W wypowiedziach badanych respondentów uwagę zwracają szczególnie bariery, które uwypuklają same osoby z doświadczeniem gielkotu², na przykład:

Wiem, że jak zacząć mówić, to inni **mogą pomyśleć, że chyba nie znam tematu.**

Moja mowa jest chaotyczna, **niezrozumiała dla innych** (często myślałem o sobie, że jestem po prostu **mniej inteligentny** albo **mój mózg jest nie do końca taki sam**, jak mają inni, **czyli gorszy**) [...].

Kiedy zbyt szybko mówię, pojawia się skracanie zdań, wypowiedź staje się **dla słuchacza niezrozumiała**. Sedno wypowiedzi umyka...

Nie mogę zebrać myśli, kiedy mówię, **nie mogę powiedzieć** tego, co chcę, mam wrażenie, że myśli chowają mi się w głowie, a trzeba szybko wszystko powiedzieć, bo **ludzie się niecierpliwią**.

Sama czasami się śmieję z siebie, bo zakręcę się w mówieniu, **słuchacze milkną i robią wielkie oczy**; czasami **ludzie nie wyłapują** skojarzeń i żarcików, **trzeba tłumaczyć**.

Niepewność, strach przed oceną, że nikt mnie **nie zrozumie**, **milczenie innych** po mojej wypowiedzi, **dziwne uśmiechy**.

Szybka mowa, **nieśmiałość** w kontaktach z osobami mało znanymi.

2 W ankiecie nie było osobnego pytania dotyczącego barier komunikacyjnych, 9 respondentów (4 kobiety i 5 mężczyzn) wyraziło swoje obawy podczas odpowiedzi na pytanie, co charakteryzuje osobę z gielkotem (w komunikacji, życiu towarzyskim lub zawodowym, w codziennych czynnościach).

Lęk przed wyrażeniem swojego zdania. Zawodowo, jeżeli **znam temat, to jest ok**. Chociaż bywa, że czasem też mam **lęki** z tym związane.

Myszę, że **izolacja**. Problemu nie ma, jeżeli spotykasz się z rodziną, z bliskimi. W **nowym towarzystwie**, gdzie jest prowadzona rozmowa na jakiś temat, to **zazwyczaj jestem cicho**.

Izoluję się od wypowiedzi. Wszelkich lub rozmawiam tylko o swoich zainteresowaniach.

Obawa przed negatywną oceną zewnętrzną, silna krytyka wewnętrzna oraz związane z nimi emocje mogą skutkować całkowitym lub częściowym wycofaniem się z konwersacji, ograniczaniem kontaktów towarzyskich, a nawet utratą stabilności samooceny. Mimo że w codziennej komunikacji osoby z gielkotem często nie komentują swoich odczuć, wyższa świadomość zaburzeń płynności mowy może potęgować obawy albo lęki.

Konfrontacja przykładowych wypowiedzi ankietowanych respondentów z konkluzjami logopedów zamieszczonymi w polskojęzycznych publikacjach [Tarkowski, Smul, 1988; Kostecka, 2006; Gunia, Lechta, 2012; Węsierska i in., 2015; Tarkowski, 2017; Myers, 2018; Woźniak, 2018; Węsierska, St. Louis, 2018] dowodzi, jak istotne staje się uwzględnianie perspektywy klienta w badaniach i wnioskach dotyczących gielkotu. W tabeli 1 zacytowano konkluzje logopedów oraz wypowiedzi ankietowanych klientów z gielkotem – potwierdzające lub podające w wątpliwość informacje dotyczące sześciu popularnych stwierdzeń na temat osób z doświadczeniem mowy bezładnej.

Tabela 1. Konkluzje logopedów i wypowiedzi klientów dotyczące sześciu popularnych stwierdzeń na temat osób z doświadczeniem mowy bezładnej

Konkluzje logopedów		Wypowiedzi klientów	
Potwierdzenie	Zaprzeczenie, wątpliwość	Potwierdzenie	Zaprzeczenie, wątpliwość
1. Nieświadomość występowania problemu			
<p>– „Osoba z gielkotem nie uświadamia sobie własnych problemów.”</p> <p>– „Gielkot jest zaburzeniem charakteryzującym się nieświadomością istnienia problemu u osoby mówiącej.”</p> <p>– „Na płaszczyźnie psychicznej: [...] nieświadomość doświadczanych trudności.”</p> <p>– „Osoby z gielkotem mogą jednak nie zdawać sobie sprawy ze swojego sposobu komunikowania się.”</p> <p>– „W przypadku niektórych nie można mówić o jakiegokolwiek świadomości.”</p> <p>– „Nieświadomość trudności w mówieniu.”</p> <p>– „Wiele osób z gielkotem nie jest świadomych swojego zaburzenia.”</p> <p>– „Gielkot często pozostaje wadą nieuświadamianą.”</p>	<p>– „Ograniczona świadomość podmiotu dotycząca jego niepełności i nadmiernego tempa mówienia.”</p> <p>– „Osoby z gielkotem znacznie różnią się między sobą pod względem stopnia świadomości swojego zaburzenia.”</p> <p>– „Zredukowane lub brakujące uświadamianie sobie własnego problemu.”</p> <p>– „Tradycyjna literatura logopedyczna podawała wśród symptomów mowy bezładnej [...], że człowiek z tym problemem nie uświadamia sobie swojej zaburzonej zdolności komunikacyjnej [...]. Jednak w rzeczywistości [...] zwykle uświadamia sobie istnienie swojej zaburzonej zdolności komunikacyjnej (im jest starszy, tym częściej, mniej lub bardziej środowisko mu ją przypomina [...]).”</p>	<p>Brak przykładów*</p>	<p>– „Wiem, że jak zacznę mówić, to inni mogą pomyśleć, że chyba nie znam tematu.”</p> <p>– „Sama czasami się śmieję z siebie, bo zakręcę się w mówieniu.”</p> <p>– „Moja mowa jest chaotyczna, niezrozumiała dla innych (często myślałem o sobie, że jestem po prostu mniej inteligentny albo mój mózg jest nie do końca taki sam, jak mają inni, czyli gorszy).”</p> <p>– „Kiedy zbyt szybko mówię, pojawia się skracanie zdań, wypowiedź staje się dla słuchacza niezrozumiała. Sedno wypowiedzi umyka...”</p> <p>– „[...] jak żabka skaczę po tematach, że trudno za mną nadążyć, a do tego szybko mówię.”</p> <p>– „Ja to nazywam tzw. ciągły bałagan.”</p> <p>– „Nie mogę zebrać myśli, kiedy mówię, nie mogę powiedzieć tego, co chcę, mam wrażenie, że myśli chowają mi się w głowie.”</p> <p>– „Jestem jak myślowy Struś Pędziwiatr, wszystko naraz myślę, ganiam się z myślami i pędzę do przodu.”</p> <p>– „Mój gielkot jest jak zjazd z góry bez trzymanki, pędzę bez kontroli.”</p> <p>– „Wiedziałem, że jestem inny.”</p>

			<p>– „Ja tak po prostu mam. Myślę – mówię. Myślę dwie rzeczy, mówię półtorej albo dwie i pół.”</p> <p>– „W głowie mam piękny zarys zdania, a to, co mówię, to jest to, co wychodzi.”</p> <p>– „Kiedyś Herbert napisał esej o Minotaurze uwięzionym w labiryncie swoich myśli – ja mam tak samo.”</p>
2. Brak lęku, obawy przed mówieniem			
<p>– „Osoba z gielkotem [...] nie przeżywa lęku przed mówieniem.”</p> <p>– „Osoby z gielkotem są uwikłane w gąszcz myśli, nie zawsze formułowanych w kompletny sposób, a mimo to mówią dalej.”</p> <p>– „Brak frustracji z tego powodu.”</p> <p>– „Wiele osób z gielkotem nie jest świadomych swojego zaburzenia, w związku z tym nie odczuwa dyskomfortu związanego z mówieniem.”</p>	<p>– „Bardzo prawdopodobne, że u osoby, która próbuje skomunikować się z innymi, [...] pojawiają się negatywne względem procesu komunikacji uczucia i postawy.”</p> <p>– „Gielkot, tak jak jękanie, może rodzić frustrację, gniew.”</p> <p>– „U. Sick [2004] wspomina badania potwierdzające występowanie u wielu ludzi z beładną mową strachu przed mówieniem.”</p>	Brak przykładów	<p>– „Niepewność, strach przed oceną, [...] dziwne uśmiechy.”</p> <p>– „Nieśmiałość w kontaktach z osobami mało znanymi.”</p> <p>– „Lęk przed wyrażeniem swojego zdania.”</p> <p>– „Izoluję się od wypowiedzi. Wszelkich lub rozmawiam tylko o swoich zainteresowaniach.”</p> <p>– „Unikam wypowiadania się publicznie czasami. Czasami w ogóle nie chcę mówić, bo uważam, że będę językowo się potykał. Albo ten chaos, który mam w głowie spowoduje, że się zatnę na czymś na przykład.”</p>
3. Nierozpoznanie reakcji słuchacza w dialogu			
<p>– „Osobom z gielkotem trudno wyobrazić sobie, że inni mogą mieć problem ze zrozumieniem tego, co mówią.”</p> <p>– „Osoby z gielkotem często odczuwają potrzebę przerywania rozmówcy bądź też odchodzą od tematu rozmowy, nie zwracając uwagi na potrzeby rozmówcy.”</p>	<p>– „Osoba z gielkotem ma problem [...] z rozpoznaniem reakcji słuchacza.”</p>	Brak przykładów	<p>– „Milczenie innych po mojej wypowiedzi, dziwne uśmiechy.”</p> <p>– „Trzeba szybko wszystko powiedzieć, bo ludzie się niecierpliwią.”</p> <p>– „Słuchacze milkną i robią wielkie oczy.”</p> <p>– „Pamiętam tylko irytację, ale tych niecierpliwych odbiorców.”</p> <p>– „Mój gielkot jest niezrozumiały. Ja to słyszę, a czasami widzę po reakcjach innych – starają się oczami znaleźć tam sens.”</p>

4. Nieświadomość konsekwencji problemu			
<p>– „Osoba z gielkotem jest [...] często nieświadoma konsekwencji swojego zachowania.”</p> <p>– „Osoba z gielkotem [...] jest nieświadoma konsekwencji własnego postępowania.”</p>	<p>– „Uświadamianie sobie zaburzenia zdolności komunikacyjnej może mieć u ludzi z beładną mową poważne następstwa.”</p> <p>– „Zaczynają [...] szukać [pomocy – przyp. M.K.] dopiero w okresie dorosłości, kiedy mają z powodu swojego zaburzenia problemy przy wyborze zawodu, w przystosowaniu się do pracy itp.”</p>	<p>Brak przykładów</p>	<p>– „Inni mogą pomyśleć, że chyba nie znam tematu.”</p> <p>– „W pracy [mówią mi – przyp. M.K.], że za szybko mówię, że moje wypowiedzi są wysublimowane – czyli nikt nie nadaża i nie rozumie mojego toku rozumowania.”</p> <p>– „[W pracy – przyp. M.K.] dyskusja po prezentacji wypada słabo, bo nie potrafię precyzyjnie wyrazić tego, co bym chciała.”</p>
5. Brak potrzeby szukania pomocy u specjalisty			
<p>– „Zwykle ich [osób z gielkotem – przyp. M.K.] zaburzenie nie stanowi dla nich problemu i dlatego sami nie szukają pomocy logopedycznej.”</p> <p>– „Beładna mowa należy do tych rodzajów zaburzonej zdolności komunikacyjnej, które są zwykle relatywnie odporne na starania terapeutyczne.”</p> <p>– „Pacjenci nie zawsze są dostatecznie zmotywowani do codziennej i długotrwałej realizacji ćwiczeń logopedycznych.”</p>	<p>– „Ludzie z mową beładną nie należą do częstych pacjentów logopedów. [...] Zaczynają jednak stosunkowo często aktywnie szukać [pomocy – przyp. M.K.] dopiero w okresie dorosłości.”</p> <p>– „Gielkot często pozostaje wadą nieuświadamianą, dlatego bywa zbyt późno lub niewłaściwie diagnozowany.”</p>	<p>– „Nic z tym nie robiłem przez lata. Wiedziałem, że jestem inny.”</p>	<p>– „Bardzo mnie to wnerwia. Pracuję nad sobą i terapia pomaga mi mieć większą kontrolę nad nim i moimi emocjami.”</p> <p>– „Nie mogłem wypowiedzieć więcej niż 3–4 słowa. Nadal mam z tym problem, kiedy ogarniam całe zdania.”</p> <p>– „Logopedzi uznali, że się jąkam, ale nie dali mi żadnych narzędzi do pracy.”</p>

6. Gielkot to nieznacznym problemem społecznym			
<p>– „Gielkot jest zaburzeniem, któremu poświęca się mniej uwagi niż jękananiu. Prawdopodobnie wynika to z faktu, że jest ono mniej uciążliwe dla pacjentów i stanowi mniejszy problem społeczny.”</p>	<p>– „W badaniach porównawczych postawy społeczne wobec gielkotu i osób zmagających się z tym zaburzeniem okazały się nieco mniej pozytywne niż postawy wobec jękania i osób jękających się.”</p>	<p>Brak przykładów</p>	<p>– „[Gielkot jest – przyp. M.K.] uciążliwym w pracy.” – „Od szefowej usłyszałam raz: Co się pani tak jęka!?” – „Lęk przed wyrażeniem swojego zdania. Zawodowo, jeżeli znam temat, to jest ok. Chociaż bywa, że czasem też mam lęki z tym związane.” – „Izolacja. Problemu nie ma, jeżeli spotykasz się z rodziną. W nowym towarzystwie, gdzie jest prowadzona rozmowa na jakiś temat, to zazwyczaj jestem cicho.” – „Często myślałem o sobie, że jestem po prostu mniej inteligentny albo mój mózg jest nie do końca taki sam, jak mają inni, czyli gorszy.” – „W szkole bywało, że ludzie się z tego nabijali.” – „Kiedyś na imprezie usłyszałam: Nie pytaj, przytakuj – skierowane od mojego męża do jego przyjaciela, który nie nadążał za mną. Smutne.” – „Takie osoby większość społeczeństwa mogą irytować.” – „Mam przekonanie, że mało kto ma wiedzę na temat gielkotu.”</p>

* Brak przykładów dotyczących nieświadomości występowania problemu u osoby z gielkotem w tej części tabeli wynika z faktu, że w badaniu ankietowym wzięły udział osoby z postawioną przez logopedę diagnozą mowy bezładnej.

Źródło: opracowanie własne.

Jak wynika z tabeli 1, wiele z konkluzji logopedów pozostaje ze sobą w sprzeczności, wypowiedzi ankietowanych klientów potwierdzają stwierdzenia niektórych badaczy, inne zaś podają w wątpliwość. Przedstawione niejednoznaczności i rozbieżności wskazują na potrzebę objęcia badaniami większej grupy osób z gielkotem (by dane były bardziej reprezentatywne) oraz na konieczność podjęcia w Polsce dyskusji i pogłębionych badań nad mową bezładną – weryfikujących dotychczasowe popularne twierdzenia na temat gielkotu, poszerzających wiedzę o tym zaburzeniu i podnoszących świadomość zarówno studentów logopedii i logopedów, jak i samych osób z doświadczeniem gielkotu. Postulaty te pozostają w zgodzie z konkluzjami innych badaczy mowy bezładnej, w tym dotyczącymi (nie)świadomości gielkotu [np. Georgieva, 2001; 2010; Scaler Scott, St. Louis, 2009; Węsierska i in., 2021].

Zakończenie

Stawanie się efektywnym logopedą opiera się na kilku filarach. Rzetelne wykształcenie, dobre przygotowanie praktyczne i wiedza logopedy o zaburzeniach płynności mowy są istotne już u progu kariery zawodowej, ponieważ (samo)doskonalenie w trakcie pracy jest dość ograniczone ze względu na niewielki odsetek klientów z zaburzeniami płynności mowy wśród pacjentów/klientów logopedycznych w ogóle [Eggers, 2021], w tym jeszcze mniejszy osób z gielkotem. Lepsze poznanie, a tym samym rzetelne rozpoznanie mowy bezładnej w praktyce logopedycznej służy też eliminowaniu błędów typu alfa – fałszywie pozytywnych (stawianie diagnozy gielkotu u osoby niezmagającej się z tym zaburzeniem) lub błędów typu beta – fałszywie negatywnych (niezdiagnozowanie osoby z gielkotem) [por. Vanryckeghem, 2018]. Potrzebę nieustannego dopełnienia swojej wiedzy na temat mowy bezładnej dostrzegają studenci logopedii oraz logopedzi nie tylko w Polsce, choć świadomość na temat gielkotu wyraźnie wzrosła w ostatnich latach [por. St. Louis, Rustin, 1992; Georgieva, 2001; 2010; Simonska, Georgieva, 2007; Scaler Scott, St. Louis, 2009; Węsierska, St. Louis, 2018; Węsierska i in., 2021].

Uwzględnienie perspektywy klienta w gielkocie pozwala przyjąć właściwą strategię postępowania, z preferowanymi przez klienta celami, adekwatnie do jego potrzeb i możliwości dobranymi metodami czy technikami terapii³. W terapii gielkotu „[...] nie chodzi przecież przede wszystkim o poprawę jakości mowy, co czasem może być priorytetem i osobistym punktem honoru logopedy, ale o poprawę jakości życia, której potrzebuje klient” [Myers, 2018, s. 61]. Do niedawna wiele informacji o mowie bezładnej było pozyskiwanych przez logopedów głównie z obserwacji klinicznych [Curlee, 1996], aprioryczne konkluzje dotyczące osób z gielkotem były

3 O wartości terapii elastycznych i znaczeniu przymierza terapeutycznego por. Costain, Sonsterud [2021].

zaś opatrywane nieprecyzyjnymi kwantyfikatory: „większość”, „często”, „zwykle”, „prawdopodobnie”, „nieco więcej/mniej”, „w niektórych przypadkach”. Na podstawie danych z badań zewnętrznych⁴, doświadczeń klinicznych oraz perspektywy klientów z gielkotem, tj. badań integrujących praktykę i najlepszą teorię naukową [por. Sønsterud, 2019; Costain, Sønsterud, 2021], wiele z apriorycznych stwierdzeń, które były dotąd powielane w publikacjach logopedycznych, może zostać uznanych albo za mity o mowie bezładnej, albo za sądy budzące uzasadnioną wątpliwość i wymagające dalszej pogłębionej analizy. Z pewnością taka uwaga dotyczy podjętej w niniejszym artykule kwestii (nie)świadomości występowania problemu komunikacyjnego u osoby z gielkotem, czyli jednej z podstawowych cech, która dotąd była uważana za odróżniającą mowę bezładną od jąkania.

Literatura

- Buber M., 1991, *O Ja i Ty*, tłum. J. Doktor, [w:] B. Baran (red.), *Filozofia dialogu*, Kraków: Wydawnictwo Znak, s. 37–56.
- Costain K., Sønsterud H., 2021, *Między badaniami naukowymi a praktyką logopedyczną: w kierunku zintegrowanej terapii mowy i języka*, [w:] K. Węsierska, H. Sønsterud (red.), *Dialog bez barier – kompleksowa interwencja logopedyczna w jąkaniu*. Wydanie polskie rozszerzone, Chorzów: Agere Aude, s. 25–63.
- Curlee R.F., 1996, *Cluttering: Data in search of understanding*, „Journal of Fluency Disorders”, No. 21, s. 367–337.
- DiLollo A., Favreau Ch., 2010, *Person-Centered Care and Speech and Language Therapy*, „Seminars in Speech and Language”, No. 31(2), s. 90–97.
- Eggers K., 2021, *Stawanie się efektywnym logopedą specjalizującym się w zaburzeniach płynności mowy*, [w:] K. Węsierska, H. Sønsterud (red.), *Dialog bez barier – kompleksowa interwencja logopedyczna w jąkaniu*. Wydanie polskie rozszerzone, Chorzów: Agere Aude, s. 65–83.
- Georgieva D., 2001, *Professional awareness of cluttering: A comparative study (Part two)*, [w:] H.G. Bosshardt, J.S. Yaruss, H.F.M. Peters (red.), *Fluency Disorders: Theory, research, treatment and self-help. Proceedings of the Third World Congress on Fluency Disorders in Nyborgg, Denmark, International Fluency Association*, Nijmegen: Nijmegen University Press, s. 630–635.
- Georgieva D., 2010, *Understanding cluttering: Eastern European traditions vs. Western European and North American traditions*, [w:] K. Bakker, L. Raphael (red.), *Proceedings of the First International Conference on Cluttering*, Katarino: ICA, s. 230–243.
- Grabias S., 2014, *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*, [w:] S. Grabias, M. Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 15–71.
- Hrycyna E., 2020, *Aktualne problemy terapii logopedycznej w zaburzeniach należących do spektrum autyzmu – podmiotowość, celowość, metoda*, „Logopedia”, t. 49(2), s. 23–37.

4 Informacje o najnowszych projektach badawczych dotyczących gielkotu można znaleźć na stronie Międzynarodowego Stowarzyszenia Gielkotu: <https://sites.google.com/view/icacluttering>. W popularyzacji polskojęzycznej badania prowadzili między innymi: Katarzyna Węsierska i współautorzy [2015] oraz Katarzyna Węsierska i Kenneth St. Louis [2018].

- Kaźmierczak M., 2016, *Dialogiczna relacja logopedy i pacjenta*, [w:] I. Jaros, R. Gliwa (red.), *Problemy badawcze i diagnostyczne w logopedii*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 9–17.
- Kaźmierczak M., 2018, *Binarna i ternarna relacja uczestników procesu diagnostyczno-terapeutycznego w logopedii*, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej”, nr 20, s. 143–159.
- Kaźmierczak M., 2022a, *Co pacjent/klient może wiedzieć o gielkocie? Kilka refleksji po lekturze książki Too fast for words. How discovering that I don't stutter but "clutter" changed my life Rutgera Wilhelma* (Nijmegen: Big Time Publishers 2020, 175 ss., ISBN: 979-86-664-4439-9), „Forum Lingwistyczne”, nr 10, s. 1–6.
- Kaźmierczak M., 2022b, *The cognitive power of cluttering metaphors* [w druku].
- Kostecka W., 2006, *Gielkot. Studium przypadku*, Lublin: AWH Antoni Dudek.
- Krzyszewska P., 2020, *Praktyka oparta na dowodach w postępowaniu logopedycznym*, „Logopedia”, t. 49(2), s. 233–248.
- Kvenseth H., Sonsterud H., 2009, *Exciting collaboration turns cluttering fascinating: A story told by a person who clutters and a speech and language therapist from Norway*, „Perspectives on Fluency and Fluency Disorders”, Vol. 19(2), s. 67–71.
- Lechta V., 2012, *Mowa bezładna (niewyraźna mowa, gielkot)*, [w:] G. Gunia, V. Lechta (red.), *Wprowadzenie do logopedii*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, s. 171–189.
- Lévinas E., 2002, *Całość i nieskończoność. Esej o zewnętrzności*, tłum. M. Kowalska, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- McCurtin A., Murphy C., Roddam H., 2019, *Moving Beyond Traditional Understandings of Evidence-Based Practice: A Total Evidence and Knowledge Approach (TEKA) to Treatment Evaluation and Clinical Decision Making in Speech-Language Pathology*, „Seminars in Speech and Language”, Vol. 40(05), s. 370–393.
- Myers F.L., 2018, *Istota mowy bezładnej a interwencja logopedyczna w gielkocie*, [w:] K. Węsierska, K. Gawel (red.), *Zaburzenia płynności mowy*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 44–63.
- Ostapiuk B., Wojciechowska D., Grabias S., Woźniak T., 2018, *Dyskusja po dyskusji na konferencji w Chorzowie, czyli o niektórych problemach logopedii w Polsce*, „Logopedia”, t. 47(1), s. 369–398.
- Palka S., 2003, *Dialog w dydaktyce ogólnej i praktyce kształcenia*, [w:] A. Karpińska (red.), *Teoria i praktyka kształcenia w dialogu i perspektywie*, Białystok: Wydawnictwo Trans Humana, s. 481–487.
- Roulstone S., 2011, *Evidence, expertise, and patient preference in speech-language pathology*, „International Journal of Speech-Language Pathology”, Vol. 13(1), s. 43–48.
- Sackett D., Rosenberg W.M., Gray J.A., Haynes R.B., Richardson W.S., 1996, *Evidence based medicine: What it is and what it isn't*, „BMJ”, No. 312, s. 71–72.
- Satterfield J.M., Spring B., Brownson R.C., Mullen E.J., Newhouse R.P., Walker B.B., Whitlock E.P., 2009, *Toward a transdisciplinary model of evidence-based practice*, „The Milbank Quarterly”, No. 87, s. 368–390.
- Scaler Scott K., St. Louis K.O., 2009, *A perspective on improving evidence and practice in cluttering*, „Perspectives on Fluency and Fluency Disorders”, Vol. 19(2), s. 46–51.
- Sick U., 2004, *Poltern*, Stuttgart: Thieme.
- Simonska M., Georgieva D., 2007, *Professional awareness of cluttering: ten years later*, https://www.researchgate.net/publication/266215883_Professional_awareness_of_cluttering_ten_years_later (dostęp: 27.05.2022).
- Sonsterud H., 2019, *The Importance of the Working Alliance in the Treatment of Cluttering*, „Perspectives”, Vol. 4(6), s. 1568–1572.
- St. Louis K.O., Rustin L., 1996, *Professional awareness of cluttering*, [w:] F. Myers, K.O. St. Louis (red.), *Cluttering – a clinical perspective*, San Diego: Singular, s. 23–35.

- St. Louis K.O., Schulte K., 2011, *Defining Cluttering: The lowest common denominator*, [w:] D. Ward, K. Scaler Scott (red.), *Cluttering: Research, Intervention and Education*, East Sussex: Psychology Press, s. 233–253.
- Tarkowski Z., Smul M., 1988, *Gielkot*, Warszawa: Wydawnictwo ZSL.
- Tarkowski Z., Góral-Półrola J., Reichel I., 2017, *Mowa bezładna*, [w:] Z Tarkowski (red.), *Patologia mowy*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 165–194.
- Vanryckeghem M., 2018, *Wielowymiarowa, oparta na dowodach diagnoza prowadząca do wielopłaszczyznowej terapii jękania*, [w:] K. Węsierska, K. Gawel (red.), *Zaburzenia płynności mowy*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 30–43.
- Van Zaalen Y., Reichel I., 2015, *Cluttering. Current Views on Its Nature, Diagnosis, and Treatment*, Bloomington: iUniverse.
- Węsierska K., 2015, *Logopeda jako specjalista w dziedzinie zaburzeń płynności mowy*, [w:] taż (red.), *Zaburzenia płynności mowy*, t. 1, Niezdrowice–Katowice: Wydawnictwo Komlogo, Uniwersytet Śląski, s. 101–113.
- Węsierska M., St. Louis K.O., 2018, *Postawy polskich i angielskich studentów logopedii wobec gielkotu i osób zmagających się z tym zaburzeniem*, [w:] K. Węsierska, K. Gawel (red.), *Zaburzenia płynności mowy*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 142–155.
- Węsierska K., Myszk A., Płusajska-Otto A., St. Louis K.O., 2015, *Osoby z gielkotem w społeczeństwie – diagnostyka, świadomość społeczna, postulaty*, [w:] K. Węsierska (red.), *Zaburzenia płynności mowy*, t. 1, Niezdrowice–Katowice: Wydawnictwo Komlogo, Uniwersytet Śląski, s. 251–264.
- Węsierska K., St. Louis K., Węsierska M., Porwoł I., 2021, *Changing Polish university students' attitudes toward cluttering*, „Journal of Fluency Disorders”, No. 67, s. 1–16.
- Wielki słownik języka polskiego PAN*, b.d., <https://wsjp.pl/> (dostęp: 9.02.2022).
- Wilhelm R., 2020, *Too fast for words: How discovering that I don't stutter but clutter changed my life*, Nijmegen: Big Time Publishers.
- Woźniak T., 2018, *Zaburzenia płynności mowy – stan badań i praktyki logopedycznej na początku XXI wieku*, „Logopedia”, t. 47(1), s. 141–156.



© by the author, licensee Łódź University – Łódź University Press, Łódź, Poland.
 This article is an open access article distributed under the terms and conditions
 of the Creative Commons Attribution license CC-BY-NC-ND 4.0
 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Data złożenia: 29.03.2022. Data przyjęcia: 18.06.2022.