

# Rozdział 3.

Ewa Ficek, Barbara Jeziorczak, Katarzyna Węsierska

## Poradnictwo logopedyczne dla osób jękających się i ich rodzin

[...] w człowieku tkwią ogromne zdolności do rozumienia samego siebie i do konstruktywnych zmian w sposobie bycia i zachowania, [...] najlepsze warunki do ujawnienia i urzeczywistnienia tych zdolności stwarza pewna specyficzna relacja z drugim człowiekiem.

Rogers, 1991, 6

### Poradnictwo, pomoc psychologiczna, psychoterapia? Ustalenia definicyjne

Obiektem naszego zainteresowania będzie poradnictwo jako istotny element oddziaływań skoncentrowanych na osobach jękających się oraz ich rodzinach. Już na wstępie warto podkreślić, że obrany przedmiot dociekań (tj. aktywność utożsamiana potocznie z udzielaniem rad/porad) rozpatrywany w takim, a nie innym kontekście – choć ważny i interesujący – bywa także nieco kłopotliwy z uwagi na różnorodność znaczeń, które w rzeczywistości mogą się z nim łączyć. Zanim przejdziemy więc do zreferowania kluczowych treści niniejszego rozdziału, korzystając z podpowiedzi wyływających z badań poradoznawczych<sup>1</sup>, postaramy się skonfrontować kilka wybranych ujęć zajmującego nas pojęcia (pomieszczonych nie tylko w pracach polskojęzycznych), zastanowić się nad przyczynami trudności definicyjnych wiążących się z jego eksplikacją, a następnie krótko dookreślić, w jaki sposób rozumie my (albo możemy dziś rozumieć) poradnictwo i wreszcie: jaka jego odmiana mogłaby stanowić podporę poczynań logopedy. Dodajmy jeszcze, że dalsza wypowiedź będzie mieć charakter swoistego trójgłosu, prezentującego stanowiska: logopedy właśnie, a ponadto psychologa i językoznawcy, co przekłada się z kolei na koniecz-

---

<sup>1</sup> Poradoznawstwo to inaczej nauka o poradnictwie, teoria poradnictwa itp. Termin ten nie ma odpowiednika w językach obcych; por. angielskie określenie *counselling sciences*, francuskie *science de la consultation* albo *conseillologie* czy niemieckie *Beratungswissenschaft* (Kargulowa, 2010, 15).



ność poszukiwania w obrębie wytyczonego pola poznawczego znaczeń wspólnych, a nawet wypracowywania w tych granicach pewnych kompromisów.

Alicja Kargulowa stwierdza, że poradnictwo jako „wręcz odruchowa działalność życzliwych osób i jako wyspecjalizowana czynność [...] instytucji zatrudniających fachowców” jest zjawiskiem, które da się pojmować:

W znaczeniu wąskim jako udzielanie rad, wskazówek, zaleceń jednej osobie przez drugą w sytuacjach trudnych, pojawiających się w życiu codziennym, kiedy indziej jako wspólne analizowanie przez radzącego się i doradcę-profesjonalistę sytuacji problemowej tego pierwszego i partnerskie wypracowywanie sposobów wyjścia z niej bądź jej rozwiązania. W znaczeniu szerokim jako pomoc w rozwiązywaniu przez doradcę (pojedynczego lub zespół) ważnych problemów społecznych, politycznych, ekonomicznych, edukacyjnych lub innych, nurtujących systemy społeczne, społeczeństwa, państwa, narodowości (Kargulowa, 1996, 5).

Podręcznik akademicki pt. *O teorii i praktyce poradnictwa* przynosi kolejne ważne konstatacje autorki. Otóż zauważa ona:

W objaśnieniach słownikowych poradnictwo niejednokrotnie utożsamia się z **do-**radztwem<sup>2</sup> [podkreślenia: A.K.] i traktuje albo jako działanie społeczne (rzadziej interakcję międzypersonalną), polegające na dostarczaniu przez doradcę rad, porad, wskazówek radzącemu się w celu rozwiązania jego problemów, lub jako działalność instytucji – poradni. Natomiast z punktu widzenia polityki społecznej poradnictwo jest jedną z form pomocy (Kargulowa, 2010, 37).

Dokonując z konieczności pobieżnego omówienia zajmującej nas koncepcji, dopytajmy, że za swoiste jądro poradnictwa poczytuje badaczka układ dwuczłonowy: doradca (zwany także konsultantem, radzącym czy ekspertem) – radzący się (wspomagany, poradobiorca, klient<sup>3</sup> itd.). Układ ów, realizowany w kontakcie bez-

---

<sup>2</sup> Jadwiga Włodek-Chronowska (1993, 19) przekonuje, że wcześniejsze etymologicznie, a zarazem bardziej odpowiadające naszemu językowi jest poradnictwo (por. angielskie *advise* – doradzać, *advisement* – doradztwo). Uważa się ponadto (choć podziały te mogą się zacierać), że w doradztwie (finansowym, inwestycyjnym, gospodarczym, prawnym itp.) chodzi o to, by osoba szukająca pomocy uzyskała gotową odpowiedź na swoje pytania; inaczej w poradnictwie (Okła, 2013, 51).

<sup>3</sup> Udział radzącego się jest w przypadku sytuacji poradniczej dobrowolny, rola doradcy zaś wynika z poczucia społecznego lub zawodowego obowiązku albo po prostu z życzliwości (Kargulowa, 2010, 2016). Sformułowanie *klient* wprowadzone zostało przez Carla Rogersa; w tekście będziemy się nim również posługiwać (obok innych określeń: osoba z osobistym doświadczeniem jąkania, osoba jękająca się itp.), by: 1. zbędnie nie medykalizować jąkania, którego nie traktujemy tu w kategoriach choroby; 2. zasygnalizować, że logopeda-doradca pomaga, ale nie leczy.

---

pośrednim bądź zapośredniczonym (m.in. internetowo, telefonicznie), obudowuje także wnikliwymi charakterystykami takich komponentów, jak przedmiot działania poradniczego – zależny od przyjętej filozofii (por. podział na problemy instrumentalne, dotyczące raczej jakichś umiejętności, wiedzy, i problemy egzystencjalne) – oraz środki i metody działania, odmienne w ramach poradnictwa dyrektywnego, liberalnego czy dialogowego (Kargulowa, 2010, 38–57). Swe rozważania, podejmowane również w licznych innych publikacjach, zamyka ona np. stwierdzeniem, iż poradnictwo to fenomen zorientowany na „optymalizację i wspomaganie zachowań emancypacyjnych, [...] na rozwój motywacji, przekształcanie emocji, wzbogacanie zasobu informacji, [...] na rozwój [...] refleksyjności i krytycyzmu” (Kargulowa, 2016, 145; zob. także Czerkawska i in.; zebr. i oprac. Kargulowa, 2013, 28–32).

Jak wynika z tego, co zostało do tej pory powiedziane (dociekania Alicji Kargulowej uznać można za dość reprezentatywne dla refleksji kształtującej się w Polsce<sup>4</sup>), polscy znawcy poradnictwa traktują je w kategoriach aktywności ludzkiej, która może być opisywana nie tylko na gruncie psychologii – jak to się dzieje w wielu innych krajach – lecz może być także przedmiotem roztrząsań odrębnej subdyscypliny (zob. Bilon, 2010, 55). Zdaniem Anny Bilon w zakres rodzimych teorii poradnictwa (ogólnych, wysoce abstrakcyjnych i konstruowanych z pozycji rozmaitych paradygmatów) wchodzi całość tego procesu/zjawiska, poza tym nie skupiają się one jedynie na pragmatycznym aspekcie tej działalności<sup>5</sup>, co będzie naszym udziałem (Bilon, 2010). Nie znaczy to jednocześnie, iż w różnych obszarach życia nie wyodrębniły się osobne (dostrzegane i wciąż opisywane) odmiany poradnictwa – np. małżeńskie, wychowawcze, zawodowe. Również i ta specjalizacja/profesjonalizacja nie sprzyja uzgodnieniu stanowisk co do sposobu używania kluczowego dla nas terminu (cele poszczególnych odmian mogą się przecież znacząco różnić), podobnie jak zachodzące współcześnie rozmycie działań pomocowych. Rozmycie to przejawia się, z jednej strony, odnajdywaniem śladów owych działań nie tylko w książkowych poradnikach, programach poradnikowych, ale także w serialach telewizyjnych czy w reklamie (Zielińska-Pękał, 2009), a z drugiej – niepokojącym zachodzeniem na siebie zakresów „konkurujących” z poradnictwem pojęć: pomoc psychologiczna, interwencja kryzysowa, coaching, mentoring, psychoterapia to tylko niektóre przykłady (por. np. Grabowiec i in., red., 2013).

Biorąc za punkt wyjścia ocenę przywoływanej wcześniej autorki, która dowodzi, że także „literatura anglojęzyczna obfituje w rozważania na temat poradnictwa” (Bilon, 2010, 57–58), przywołajmy jedną jeszcze definicję, zaczerpniętą tym razem z opracowania pod redakcją Colina Felthama i Iana Hortona, zestawiającą, co symptoma-

<sup>4</sup> Warte odnotowania są poza tym prace Alicji Czerkawskiej, Elżbiety Siarkiewicz, Bożeny Wojtasik, Magdaleny Piorunek, Edyty Zierkiewicz i wiele innych.

<sup>5</sup> Zwróćmy uwagę np. na podłoże rozważań amerykańskich. Bliższe szczegóły we wspomnianym wyżej opracowaniu.



tyczne dla tego nurtu naukowej refleksji, poradnictwo (por. angielskie słowo *counseling*, a w amerykańskiej odmianie języka angielskiego – *counseling*) z psychoterapią:

Poradnictwo i psychoterapia są przede wszystkim – choć nie wyłącznie – oparte na rozmowie (słuchaniu i mówieniu) metodami odniesienia się do psychologicznych i psychosomatycznych problemów i do zmiany, takich jak głębokie i przedłużające się ludzkie cierpienie, dylematy sytuacyjne, kryzysy i potrzeby rozwojowe, a także dążenia w kierunku realizacji potencjału jednostki. W przeciwieństwie do podejść biomedycznych terapie psychologiczne oddziałują przeważnie bez użycia leków lub innych interwencji fizycznych, mogą również koncentrować się nie tylko na zdrowiu psychicznym, ale także na duchowych, filozoficznych, społecznych i innych aspektach życia (Feltham, Horton, red., 2013a, 43).

Choć nie wszyscy zgadzają się z tym, że obie dyscypliny, „mimo częściowo różnych historycznych korzeni i powiązań, łączy znacznie więcej podobieństw niż poważnych i dających się udowodnić różnic”<sup>6</sup>, korzyści, jakie czerpać można z tak wyrażonego podejścia (również w praktyce logopedycznej), wydają się niewątpliwe (Feltham, Horton, red., 2013a, 44, 50). Ostrożne otwarcie się na wybrane orientacje teoretyczne oraz techniki/strategie wykorzystywane w psychoterapii – co znajdzie konkretyzację na poziomie używanej w toku dalszego wywodu terminologii – nie musi przy tym oznaczać utraty autonomii samego poradnictwa. Stoimy na stanowisku, że eklektyzm będący efektem tej postawy – czy też twórcza integracja podejść poradniczych i (w mniejszym jednak stopniu) psychoterapeutycznych – wyrażać się może raczej dopasowywaniem do problemu danego klienta tej konkretnej praktyki, która proponuje najbardziej efektywny sposób wyjścia z impasu (Grzesiuk, red., 1998). Za Markiem Motyką uściślijmy ponadto: nasze myślenie o komunikacji terapeutycznej będzie odbiegać od klasycznej konceptualizacji psychoterapii, „traktowanej jako samodzielna, specjalistyczna metoda leczenia zaburzeń psychogennych” (Motyka, 2011, 41; zob. też Aleksandrowicz, 2004; Grzesiuk, Krawczyk, 2008; Grzesiuk, red., 1998). Odnosić się będzie bowiem zasadniczo do wspierającej postawy logopedy/terapeuty oraz do takiego sposobu komunikowania się z osobą poddawaną oddziaływaniom

---

<sup>6</sup> Przegląd argumentów (przemawiających na rzecz zaprezentowanej tezy oraz przeciwnych) znajdzie czytelnik chociażby w pracy: Okła, 2013, 55–57. Różnice pomiędzy poradnictwem a psychoterapią dotyczą m.in.: adresatów tego rodzaju działań pomocowych, powszechności tych działań, zakresu pomocy bądź zamierzeń głównych aktorów społecznych. Jerzy W. Aleksandrowicz interesującą nas różnicę wyjaśnia następująco: „Jeśli nie ma choroby, nie ma z czego leczyć. Więc chociaż trzeba pomagać [...], nie należy nazywać tej pomocy psychoterapią. Niektórzy mówią, że wtedy oferują swoim »klientom« (bo nie pacjentom) »poradnictwo«, a nie leczenie. To znacznie trafniejsze określenie niż »leczenie zdrowych«. I dalej: „Ktoś, komu wystarczy rada lub kilka informacji, na ogół nie potrzebuje psychoterapii” (2004, 19, 24). Na temat tego, kto ma prawo prowadzić psychoterapię, zob. także np. Grzesiuk, Krawczyk, 2008, 20–21.

---

logopedycznym, który sprzyja zmianie na lepsze, acz nie rości sobie pretensji do miana pierwszoplanowego/jedynego postępowania terapeutycznego (Motyka, 2011).

Ponieważ nie jest naszym zamiarem wyczerpujące omówienie (czy choćby tylko zasygnalizowanie) wszystkich nurtów, opcji, kontrowersji (Kargulowa, 1996) i szans zaznaczających się w przestrzeni poradnictwa<sup>7</sup>, na zakończenie przeglądu kwestii rudymenarnych wspomnijmy jeszcze o koncepcie poradnictwa psychologicznego (Czabała, Kluczyńska, red., 2015) bądź poradnictwa terapeutycznego (Okła, 2013). Projekty te również zakładają połączenie dwu bliskich nam perspektyw. Tego wątku nie będziemy już jednak rozwijać.

### Poradnictwo w interwencji logopedycznej

Jak zaznaczałyśmy wcześniej, przywołując stanowiska niektórych poradcoznawców, poradnictwo to nie tylko rozmawianie na temat problemów klienta, instruowanie go czy udzielanie wskazówek – to przede wszystkim wspólne poszukiwanie rozwiązań tych problemów. Tego typu działania powiązane natomiast z interwencją logopedyczną odnoszą się do pomocy udzielanej w sposób interaktywny zarówno klientom logopedy (ale także np. studentom), jak i ich rodzinom/opiekunom. Zakładają też zajmowanie się trudnymi emocjami oraz sytuacjami życiowymi w celu ułatwienia realizacji realistycznych i jasno sprecyzowanych zamierzeń poddawanych oddziaływaniom terapeutycznym osób, a przede wszystkim zmierzają do poprawy jakości życia (Tellis, Barone, 2018). Tak ujmowane poradnictwo (ang. *counseling*) w roku 1997 uznane zostało przez Amerykańskie Stowarzyszenie Języka, Mowy i Słuchu (ang. American Speech, Language and Hearing Association – ASHA) za niezbędny komponent praktyki logopedycznej i audiologicznej, czego wyrazem stało się dodanie tych czynności do zakresu obowiązków wykonywanych przez odnośne grupy zawodowe (ang. *scope of practice*) (ASHA, 1997, 2016).

Lydia V. Flasher i Paul T. Fogle, autorzy podręcznika *Counseling skills for speech-language pathologists and audiologists*, zwracają uwagę, że poradnictwo można podzielić na dwie główne kategorie: poradnictwo informacyjne (ang. *informational counseling*) i poradnictwo dostosowawcze (ang. *personal adjustment counseling*); co ważne, oba te typy wchodzą w zakres kompetencji audiologów i logopedów (2004). Poradnictwo informacyjne polega na edukacji klienta i/lub jego rodziny (opiekuna) i obejmuje omawianie z tymi osobami kwestii dotyczących istoty zaburzenia lub określonej sytuacji, ponadto technik interwencji, prognoz oraz możliwych do wykorzystania zasobów. Drugi typ – poradnictwo dostosowawcze – obejmuje wysiłki,

<sup>7</sup> Prace poszerzające ich ogląd wymieniamy pod koniec rozdziału.



których zadanie sprowadza się do przystosowania się poszczególnych osób i ich rodzin/opiekunów do uczuć, emocji, myśli i przekonań – np. związanych z wpływem konkretnego zaburzenia w komunikowaniu się na codzienne życie (ASHA, 2004). Z kolei David Luterman, amerykański audiolog, autor niezwykle poczytnego podręcznika *Counseling persons with communication disorders and their families* (2008), dowodzi, że poradnictwo jest integralną częścią pracy klinicznej w zawodzie logopedy i audiologa, dlatego przedstawiciele obu wymienionych profesji pomocowych mają obowiązek zarówno udzielać informacji, jak i doradzać poprzez zapewnianie emocjonalnego wsparcia swoim klientom. Poradnictwo jest zatem stosowane w każdym momencie interwencji logopedycznej, tak w czasie działań profilaktycznych, jak i tych związanych z diagnozą oraz terapią (o czym dokładniej piszemy niżej). Powtórzmy: poradnictwo jest integralną częścią postępowania logopedycznego – może mieć miejsce podczas każdej niemal interakcji z klientem. Umiejętności związane z działalnością w tym zakresie są wykorzystywane (celowo lub spontanicznie) podczas każdego spotkania klinicznego w ramach wdrażania kompleksowej interwencji (Luterman, 2008). Tym niemniej zarówno logopedy, jak i audiolodzy winni być w stanie dokonać rozpoznania, kiedy uzasadnione jest skierowanie klienta do innego specjalisty (psychologa, psychiatry bądź psychoterapeuty).

Zgodnie z zaleceniami ASHA w zakresie dobrych praktyk spodziewanymi efektami tak pojmowanego poradnictwa powinny być:

- lepsze zrozumienie przez klienta (i jego rodzinę czy opiekunów) zaburzenia w komunikowaniu się, które u niego występuje, akceptacja i lepsze przystosowanie się do komunikacji w związku z istniejącym zaburzeniem;
- większe zaangażowanie w radzenie sobie z zaburzeniem;
- zwiększenie poczucia autonomii, samodzielność i odpowiedzialność za zdobywanie i wykorzystywanie nowych umiejętności, a także strategii związanych z celami stawianymi sobie w terapii;
- lepsze samopoczucie fizyczne i psychospołeczne oraz jakość życia;
- lepsze zrozumienie, jak modyfikować czynniki kontekstowe w celu zmniejszenia barier, zwiększenia uczestnictwa, ułatwienia skutecznej komunikacji i radzenia sobie z powiązаныmi zaburzeniami;
- zwiększenie gotowości na wdrażanie zaleceń terapeutycznych;
- zwiększenie skuteczności stosowanej terapii i podwyższenie poziomu satysfakcji z terapii (ASHA, 2004).

Spektrum obszarów, których może dotyczyć poradnictwo, w szczególności przedstawia się zaś następująco:

- wyjaśnianie procedur związanych z diagnozowaniem;
  - omawianie diagnozy i jej wyników;
-

- rozpatrywanie wtórnych problemów wynikających z istniejącego zaburzenia w komunikowaniu się;
- analiza wpływu zaburzenia w komunikowaniu się na funkcjonowanie psychospołeczne, relacje międzyludzkie;
- analiza emocjonalnych reakcji na zaburzenie w komunikowaniu się;
- rozwijanie mechanizmów radzenia sobie z zaburzeniem płynności mowy, umiejętności rozwiązywania problemów, zachowań kompensacyjnych oraz systemów wsparcia emocjonalnego;
- rozwijanie i koordynowanie działań w ramach samopomocy i grup wsparcia dla osób z zaburzeniem oraz ich rodzin itd. (ASHA, 2004).

W tym miejscu bliżej przyjrzymy się działaniom podejmowanym w procesie poradnictwa przez logopedę. Działania te to przede wszystkim pozyskiwanie informacji (np. w czasie wywiadu) i dostarczanie informacji (np. podczas dzielenia się wiedzą na temat zaburzenia), a także uważne słuchanie klienta, jego rodziców, partnerów (okazywanie zrozumienia dla obaw czy potrzeb klienta). Klient mówi o tym, czego doświadcza, czego się obawia; mówi o tym, jakie widzi potencjalne rozwiązania swoich problemów i jak może to osiągnąć. Tak wyobrażony proces poradnictwa musi odbywać się na drodze współpracy. Terapeuta i klient pracują razem, aby wspierać zmianę zachowań klienta. Kiedy terapeuta i klient rozmawiają o naturze problemu (zaburzenia), rolą logopedy jest pomóc, np. osobie z jąkaniem lub jej rodzicom, w lepszym, bardziej obiektywnym zrozumieniu zjawiska. Kiedy omawiają potencjalne rozwiązania sytuacji klienta, mogą zmagać się ze zbyt wysokimi, nierealistycznymi oczekiwaniami z jego strony – lub przeciwnie: z zaniżonymi oczekiwaniami. Rolą logopedy w takiej sytuacji jest wspomaganie klientów w dostrzeganiu nowych możliwości i różnych perspektyw, a także urealnianiu celów. W procesie interwencji logopedycznej klient najczęściej potrzebuje wsparcia ze strony terapeuty, gdyż zwykle nie ma wiedzy, w jaki sposób praktycznie osiągnąć założone cele. W związku z tym logopedzi mogą pomóc klientom przetestować i dobrać różne techniki terapeutyczne oraz rozpocząć proces wprowadzania zmian. Tymi klientami mogą być też rodzice. Dla przykładu, mogą oni wypróbować i wprowadzić zmiany w otoczeniu – zidentyfikować, co pomaga dziecku i dostosować własne zachowania, reakcje na jąkanie do jego potrzeb.

### **Problemy, dylematy i/lub krytyczne momenty terapii logopedycznej**

Istnieją bogate podstawy teoretyczne dotyczące poradnictwa (i psychoterapii), z których wiele może mieć zastosowanie w interwencji logopedycznej (zob. np. Cooper,





2010; Feltham, Horton, red., 2013a,b). Poszczególne aspekty różnych podejść teoretycznych można przy tym integrować w celu lepszego uwzględnienia szerokiego zakresu problemów w różnych grupach wiekowych, zaburzeniach i współistniejących dysfunkcjach. Teorie i związane z nimi metody kliniczne mogą jednak wymagać dodatkowego szkolenia i/lub współpracy z lekarzem psychiatrą.

Podręczniki prezentujące zagadnienia poradnictwa często wyzyskują ustalenia wypracowane przez Rogersa, Ellisona, Freuda i in. Jednym z powodów tego stanu rzeczy może być fakt pierwotnego powiązania roli doradcy z zawodem psychologa (Bilon, 2010). Na znaczenie wykorzystania elementów psychoterapii w logopedii (w tym także w interwencji w jąkanium) zwracali uwagę już w latach 50. i 60. ubiegłego wieku sławni amerykańscy logopedzi, tacy jak Charles Van Riper czy Lee Travis (Gregory, 2003). Wykorzystanie poradnictwa z elementami psychoterapii w interwencji logopedycznej w jąkanium jest uzasadnione faktem, że w terapii tego zaburzenia zmiany są oczekiwane nie tylko na płaszczyźnie behawioralnej – związanej z realizacją wypowiedzi, ale także w sferach afektywnej i kognitywnej, związanych z uczuciami, emocjami, postawami, przekonaniem (Blood, 2003). Podejścia, z których mogą korzystać doradcy (w tym logopedzi), to także terapia poznawczo-behawioralna (ang. *Cognitive Behavioral Therapy, CBT*), terapia akceptacji i zaangażowania (ang. *Acceptance and Commitment Therapy, ACT*), terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiązaniu SFBT (ang. *Solution Focused Brief Therapy, SFBT*); wykorzystywana bywa również terapia narracyjna (ang. *Narrative Therapy, NT*) oraz – co niewykluczone – inne podejścia psychoterapeutyczne, bliskie danemu terapeutowi. Warunkiem jest jedynie przygotowanie doradcy do prowadzenia takiej terapii.

Choć granica pomiędzy terapią psychologiczną a doradztwem w rzeczywistości może być trudna do uchwycenia (Czerkawska i in.; zebr. i oprac. Kargulowa, 2013), istnieją jednak sytuacje, w których logopeda dość łatwo może się zorientować, że zastosowane techniki ujawniają potrzebę zastosowania „głębszej” pracy. Tego typu przypadki przekraczające kompetencje zwykłego doradcy, bo związane z nader trudnymi doświadczeniami klienta i/lub wywołane uruchomieniem u pomagającego mechanizmów utrudniających towarzyszenie klientowi, przedstawiamy poniżej.

### Sytuacja I

Wprowadzenie: Logopeda, który wykorzystuje w poradnictwie model CBT, podejmuje się zidentyfikowania tych przeświadczeń swojego klienta, które utrudniają mu codzienne funkcjonowanie. W trakcie kolejnych sesji osoba nazywa, weryfikuje i ewentualnie zmienia nieprzystosowane/nieuświadomiane myśli. Odczucia z ciała, emocje są drogą do poznania przekonań.

---



Klient [K]: *W zeszłym tygodniu podczas rozmowy z szefem jękanie naprawdę mnie przerosło. Wypadłem beznadziejnie, on pomyślał, że się do niczego nie nadaję. I to prawda.*

Logopeda [L]: *Czy możemy wrócić do tej sytuacji?*

[K]: *Tak.*

[L]: *Proszę opowiedzieć mi o tym, co się stało.*

[K]: *Szef wezwał mnie na spotkanie, już idąc na nie, czułem duże napięcie. Wyobrażałem sobie, że pewnie coś znowu zawałitem, jak zawsze. Czułem się okropnie.*

[L]: *Co ma Pan na myśli mówiąc: okropnie? Co się wtedy działo z Pana ciałem? Jak by Pan określił to uczucie (Doradca zgodnie z modelem CBT pomaga klientowi zidentyfikować doznania płynące z jego ciała oraz nazwać emocje w celu rozpoznania myśli i kluczowych zapatrywań).*

[K]: *(Skupiając się na swoim ciele, nagle zaczyna płakać, mówić o problemach z oddechem, o ogromnym napięciu. Nie jest w stanie rozmawiać. Z późniejszej relacji wynika, że kontakt uruchomił traumatyczne wspomnienia związane z jego relacją z rodzicem).*

### Sytuacja II:

Wprowadzenie: W przypadku tej wymiany emocje wyrażane przez klienta są dla samego doradcy na tyle trudne, że ma on problem z ich opanowaniem. W efekcie może pojawić się tendencja do ich kwestionowania. Utrudnia to realną empatię i dostrojenie się do klienta; trudno także mówić o wsparciu ze strony specjalisty, co skutkowałoby zrozumieniem przeżyć klienta.

Klient [K]: *Czułem taki wstyd, kiedy stałem na środku sali i nie potrafiłem wydusić z siebie słowa. Wszyscy patrzyli na mnie. Jękanie jest upokarzające, nienormalne i obrzydliwe.*

Logopeda [L]: *Nie powinien Pan się tym przejmować. Przecież jest Pan dobry w tylu rzeczach, że jękanie nie powinno być powodem do wstydu.*

[K]: *Tak, wiem, mówiła Pani, że każdy ma prawo do jękania, że nikt nie może mi zabronić się jękać. Że pomoże mi akceptacja jękania. Jednak dla mnie to ogromny problem, wolę nie mówić, niż tak się czuć!*

[L]: *Proszę się nie martwić, to inni powinni zaakceptować jękanie, a Pan nie musi się niczego wstydzić. (Doradca stara się uspokoić klienta i sprawić, żeby poczuł się lepiej. Podaje istotną informację, której jednak klient może nie być w stanie przyjąć, kiedy przeżywa trudne emocje. Pomocne wydaje się jednak towarzyszenie mu w nazywaniu i przepracowywaniu jego odczuć).*

Podsumowując, należy podkreślić, że profesjonaliści nawet wówczas, kiedy nie pracują bezpośrednio nad emocjami, w przypadku towarzyszenia w problemach swoim klientom niejednokrotnie będą spotykali się z narracjami na temat trudnych prze-



żyć. W tych sytuacjach warto, by byli oni uwrażliwieni na możliwość popełniania potencjalnych błędów (nb. nie zawsze muszą one wynikać ze stopnia głębokości problemu osób, które się do nich zgłaszają). Budując relację, diagnozując problemy i udzielając wsparcia, pomimo dobrej motywacji specjaliści mogą mieć tendencję do:

- bagatelizowania i niezrozumienia problemów; wyrazem tego będzie porównywanie klienta i jego trudności do sytuacji „obiektywnie” boleśniejszych;
- odwracania uwagi od doświadczeń związanych z dokuczliwymi przeżyciami – bólem psychicznym, cierpieniem, oraz od tematów drażliwych; doradca może „ratować się” w chwilach napięcia dawaniem gotowych (a przy tym niepożądanych) porad lub zmieniać temat na łatwiejszy;
- wyręczania klienta w decyzjach i poszukiwania rozwiązań, co nie pozwala na kształtowanie poczucia sprawstwa i wzmacnianie samodzielności (Kargulowa, 2016).

Opisane reakcje najczęściej wynikają z lęku przed przeżywaniem trudnych emocji przez specjalistę niepozwalającego na ich „wybrzmienie”. Niesie to za sobą ryzyko osamotnienia, poczucia niezrozumienia, będących udziałem klienta. Wszelkie formy zagłuszania stanów emocjonalnych – tłumienie, wyciszenie, uspokajanie – blokują właściwe ich przeżycie, dające prawdziwy rozwój. Zauważenie u siebie takich mechanizmów przez logopedę-doradcę jest warunkiem wstępnym owocnej pracy terapeutycznej. Znakomitą przestrzenią dla tego typu refleksji są superwizje, w których doradca mógłby uczestniczyć regularnie.

## **Relacja terapeutyczna – fundament skutecznej komunikacji**

Poradnictwo w znaczeniu: *instruowanie czy udzielanie porad* w odpowiedzi na rozwiązywanie problemów klientów zgłaszających się do logopedów jest zwykle mało skuteczne – ludzie niechętnie realizują cudze po/rady. Może ono wręcz przynieść negatywne konsekwencje. Wszyscy doświadczamy w swoim życiu kryzysów; w takich sytuacjach spotkanie z życzliwą, akceptującą nas osobą, okazującą troskę, zainteresowanie i wiarę w nasze możliwości, bywa katalizatorem pozytywnych zmian. Prawdopodobnie zatem nikogo nie zdziwi fakt, że to właśnie dobra relacja jest fundamentem pracy z ludźmi mierzącymi się z różnego typu trudnościami.

Autorem, który zwrócił uwagę na to, jak ważna jest komunikacja i pozytywny stosunek do klienta<sup>8</sup>, był Carl Rogers (Rogers, 1957). Ten reprezentant psychologii huma-

---

<sup>8</sup> Ponownie przypomnijmy: już sam sposób myślenia doradcy o osobie przychodzącej do niego z określonym problemem może mieć wpływ na tworzącą się relację. Choć wciąż jeszcze toczą się w tym polu liczne dyskusje, dominujący w ubiegłym stuleciu termin medyczny (tzn. *pacjent*) coraz chętniej zastępuje się słowem *klient* (tym słowem się tu posługujemy). Naszym zdaniem określenie *pacjent* utrudnia realizację postulatów partnerstwa w rozwiązywaniu problemów i jest kojarzone z byciem przedmiotem oddziaływań ze strony specjalisty, a nie

---

nistycznej stopniowo precyzował zalecenia dla terapeutów (stworzona przez niego teoria ewoluowała), skupiając się na cechach swoistego sojuszu między oczekującym pomocy a osobą pomagającą. Temat relacji terapeutycznej jako źródła wprowadzania zmian w terapii był od czasów Rogersa wielokrotnie poruszany zarówno przez praktyków, jak i badaczy zajmujących się psychoterapią. I tak np. Jeffrey A. Kottler, poszukując elementów wspólnych skutecznych terapii, niezależnie od podejścia, w jakim są one prowadzone, zauważa, że umiejętność tworzenia przez terapeutę relacji pełnej zaufania decyduje niewątpliwie o jej pozytywnych efektach (Kottler, 2003; zob. także Cooper, 2010; Czabała, 2013). Podjęty wątek nieco jednak poszerzmy.

Dociekania prowadzone na gruncie psychologii oraz psychoterapii, polegające na metaanalizie różnych podejść psychoterapeutycznych stosowanych w leczeniu depresji, fobii czy schizofrenii (ściślej zaś – uwarunkowań ich skuteczności), ujawniły istnienie nielicznych istotnych statystycznie różnic między bardzo odmiennymi paradygmatami (Duncan i in., red., 2010; Wampold i in., 1997). Wykazano, że choć zastosowano odmienne często metody, w rezultacie osiągnano zbliżone efekty. W związku z tym wysnuto hipotezę o istnieniu tzw. czynników wspólnych (ang. *common factors*) różnych terapii, które ułatwiają osiąganie zmian w interwencji terapeutycznej. Współcześnie podkreśla się, że te podobieństwa właśnie, a nie różnice między terapiami, są determinantami wpływającymi na skuteczność form psychoterapii. Są to:

- technika (czynniki lub strategie unikalne dla różnych metod terapeutycznych);
- zmienne pozaterapeutyczne, takie jak cechy klienta i jego środowiska;
- relacja terapeutyczna pomiędzy terapeutą i klientem (a także jego rodziną), na którą składają się: wspólne cele, porozumienie w sprawie metod, środków i zadań w terapii oraz więź emocjonalna pomiędzy uczestnikami interesującego nas zdarzenia;
- oczekiwania, nadzieje odnoszące się do procesu terapeutycznego (poprawa wynikająca z przekonania klienta i/lub terapeuty, że terapia będzie fortuna) (Jeziorski, 2019).

Jak akcentuje się jednocześnie, nie wszystkie wymienione komponenty odgrywają jednakową rolę, np. relacja terapeutyczna i zmienne pozaterapeutyczne zdają się znaczyć więcej niż oczekiwania klienta czy terapeuty (Asay, Lambert, 2004).

Nie tylko w ramach psychoterapii, ale także poradnictwa wskazuje się na to, jak ważne jest nawiązanie pozytywnego kontaktu dla udzielenia pomocy (Sanders, 2011). Zbudowanie dobrej relacji terapeutycznej jest wreszcie fundamentem współpracy pomiędzy logopedą a klientem i/lub jego rodziną (Flasher, Fogle, 2004). Znaczenie satysfakcjonującego, opartego na partnerstwie sojuszu (relacji terapeutycznej) co-

---

z aktywnym działaniem, jakie charakteryzuje z kolei decydujących o sobie klientów (na boku zostawiamy oczywiście pozostałe, np. marketingowe, konotacje tego leksemu).



raz częściej podkreślają również autorzy zajmujący się interwencją logopedyczną w jąkanii (Sønsterud i in., 2019). Ponieważ zawiązywanie, rozwijanie bądź utrzymywanie owej relacji jest procesem dynamicznym, podczas którego zachowania każdej osoby w nim uczestniczącej wpływają na innych zaangażowanych, rodzi się potrzeba dookreślenia, w jaki sposób kształtować ją w sposób świadomy.

Przed wszystkim warto pamiętać, że każda relacja terapeutyczna jest wyjątkowa, tworzą ją bowiem niepowtarzalne jednostki. Nie wszystkie podpowiedzi dotyczące tego, jakie warunki sprzyjają jej stworzeniu, traktować można jako gwarancję udanego kontaktu. Niemniej jednak istnieją wskazówki (chodzi głównie o sposób komunikacji, z uwzględnieniem odpowiedniej postawy doradcy wobec klienta), które logopeda powinien uwzględnić. Oto one:

- **Okaz szacunek klientowi i jego rodzinie/opiekunom:** podczas interakcji z tą osobą i jej rodziną/opiekunem okazuj szacunek dla ich godności, prywatności, autonomii i słabości; np. używając preferowanych przez wymienionych tytułów i imion, przedstawiaj się nowemu klientowi i jego rodzinie/opiekunowi. Trzeba również brać pod uwagę potrzebę indywidualnej pracy i rozważyć możliwość odbycia części spotkań bez obecności rodziców, szczególnie w przypadku starszych dzieci (można wówczas zapytać, czy młody człowiek chce, aby jego rodzic/opiekun był obecny podczas całej sesji).
  - **Dbaj o to, by decyzje podejmowane były wspólnie:** w miarę możliwości angażuj klienta i jego rodzinę/opiekunów we wspólne podejmowanie decyzji (np. ustalanie celów wspólnych, funkcjonalnych, skoncentrowanych na poddawanych oddziaływaniach). Świadczy to o szacunku dla innych, pomaga utrzymać motywację do udziału w terapii, a także zmniejsza prawdopodobieństwo oporu wobec wdrażanych działań.
  - **Wspomagaj identyfikację potencjalnych barier i zagrożeń:** zachęcaj i angażuj klienta oraz jego rodzinę/opiekunów do rozważenia wszelkich przekonań i pragnień, które mogą negatywnie wpływać na motywację, stosowanie strategii lub wdrażanie terapii (należy pamiętać, że wymaga to delikatności i taktu).
  - **Zaufaj swojej intuicji:** kiedy mowa ciała lub tembr głosu klienta bądź członków jego rodziny wydają się niezgodne z tym, o czym mowa, warto zaufać intuicji i dopytać, czy uczestnicy terapii mają jakieś wątpliwości, czy chcą podzielić się dodatkowymi informacjami.
  - **Pracuj nad oporem po stronie klienta lub rodziny:** gdy spotkasz się z oporem ze strony klienta lub jego rodziny, rozpoznaj, czy należy dokładniej wyjaśnić cel albo strategię terapii, czy też może trzeba zająć się kwestią braku satysfakcji z postępów w terapii (innymi kwestiami do rozstrzygnięcia mogą być czynniki zewnętrzne, problemy z motywacją itd.).
-

- **Unikaj stosowania obwiniającego sposobu wypowiedzania się:** jeśli klient lub jego rodzina nie wykonują zadań terapeutycznych, o które prosi logopeda, niewskazane jest używanie przez niego obwiniającego języka, może to bowiem wygenerować zachowania defensywne bądź opór (tak ze strony klienta, jak i członków jego rodziny). Zamiast tego skuteczniejsze jest zadawanie pytań, które dotyczą problemu, nie przypisując oceny.
- **Bądź świadomy tonu swego głosu:** ton głosu może wpływać negatywnie lub korzystnie na relację terapeutyczną (może być np. postrzegany jako niebudzący zaufania, emanujący fałszywą pewnością siebie albo arogancją, ciepły i przyjazny, pewny siebie, delikatny i akceptujący).
- **Rozważ znaczenie komunikacji niewerbalnej:** zadbaj o takie kwestie, jak: wygląd fizyczny i proksemika (tj. przestrzeń osobista oraz dystans pomiędzy partnerami komunikacji międzyludzkiej); rozmieszczenie miejsc siedzących w miejscu terapii (w tym odległość i położenie względem klienta); kontakt wzrokowy (bezpośredni, pośredni lub długotrwały); a także dotyk (zapytaj, czy możesz dotknąć klienta) (zob. Sikorski, 2013).
- **Miej świadomość, kiedy konieczne jest skierowanie danej osoby do innego specjalisty:** jeśli zauważysz zachowania zdające się sugerować zaburzenia psychiczne, skieruj przejawiającą je osobę do wykwalifikowanego specjalisty zdrowia psychicznego (może to dotyczyć m.in. diagnozy i/lub leczenia depresji czy zaburzeń lękowych) (ASHA, 2004; Flasher, Fogle, 2004; Luterman, 2008; Tellis, Barone, 2018).

### **Kluczowe umiejętności komunikacyjne logopedy-doradcy:**

#### *Zadawanie pytań*

Logopedzi używają pytań po to, aby lepiej zrozumieć klientów i ich rodziny oraz pomóc im skupić się na problemach, które wymagają dalszego wyjaśnienia. Celem wymienionych komunikatów jest zatem wejście w świat danej osoby, zrozumienie i poznanie jej własnej perspektywy (Flasher, Fogle, 2004; Tellis, Barone, 2018). Kilka kwestii wymaga jednak w tym zakresie rozważań, a mianowicie:

- Zadawanie odpowiednich, dokładnie przemyślanych i sformułowanych pytań może być narzędziem przekierowania osoby lub członka rodziny/opiekuna, jeśli rozmowa wykracza poza zasadniczy temat bądź poza zakres oddziaływań logopedy. Z kolei zgłaszanie zbyt wielu pytań – w zbyt szybkim tempie – bywa dla klienta przytłaczające.
- Zadawanie zbyt bezpośrednich pytań może być odbierane jako obcesowe i może dać logopedzie niedokładne wyobrażenie o tym, jak dana osoba się czuje i co myśli.



- Styl wypowiedziania się logopedy może wpływać na percepcję słuchacza, np. bardzo asertywny styl zadawania pytań może być postrzegany jako onieśmielający i niewrażliwy, podczas gdy bardzo niepewny, zbyt wrażliwy styl komunikacji można zinterpretować następująco: logopeda nie czuje się kompetentny lub pewny siebie.

### *Rodzaje zadawanych pytań*

- Pytania zamknięte pozwalają na uzyskanie odpowiedzi: *tak* lub *nie* (albo innego krótkiego odzewu). Te formy pytań są często stosowane na początku wywiadu; zbyt duża liczba pytań zamkniętych może natomiast sprawiać, że wywiad zacznie nieco przypominać przesłuchanie.
  - Pytania otwarte pozwalają na uzyskanie bogatszych i bardziej szczegółowych odpowiedzi. Szczególnie uważnym należy być podczas zadawania pytań rozpoczynających się od słowa *dlaczego* – mogą one wywołać u pytanej osoby poczucie dyskomfortu, czasem są także odbierane jako atakujące lub krytyczne.
  - Coraz bardziej szczegółowe pytania zawężające mają z kolei na celu skupienie uwagi rozmówców na konkretnym zagadnieniu; są to pytania, które niejako przekładają abstrakcyjne pojęcia na język konkretny, poza tym dzielą złożone problemy na łatwiejsze do opanowania, przejrzyste elementy.
  - Prośby o klaryfikację zmierzają do uzgodnienia tego, czy podsumowanie wypowiedzi klienta dokonane przez logopedę jest dokładne i poprawne; pozwala to potwierdzić, że to, co zostało powiedziane w trakcie terapii, zostało przez logopedę-doradcę dobrze zinterpretowane.
  - Pytania porównujące zadawane z wykorzystaniem słów przeciwstawnych (np. *lepiej* lub *gorzej*, *mniej* lub *bardziej*, *łatwiej* lub *trudniej*) służą dookreśleniu, co wpływa na poprawę albo pogarsza zaburzenie komunikacji (bądź też sytuacji klienta). Uzyskanie tych informacji może pomóc logopedzie w rozpoznawaniu objawów i określonych zachowań oraz opracowaniu odpowiedniej strategii terapeutycznej.
  - Kontrpytania (ang. *counterquestions*) polegają na zareagowaniu pytaniem na pytanie klienta lub członka rodziny/opiekuna. Kontrpytania są ważnymi narzędziami pomagającymi zrozumieć myśli, uczucia, stanowiska i decyzje danej osoby. Mogą pomóc logopedzie uniknąć „uzależnienia” od odpowiedzi, które już padły. Kiedy np. klient lub członek rodziny mówi coś w rodzaju: *Co o tym sądzisz?*, odpowiedz pytaniem rozpoczynającym się od *co* lub *jak*, które obejmuje powtórzenie istoty omawianego zagadnienia (czyli w odpowiedzi na pytanie zadane przez jąkającego się klienta: *Jak myślisz, jak długo jeszcze powinienem kontynuować terapię?* klinicysta może zapytać: *Co sądzisz o postępach, które osiągnąłeś do tej pory?*).
-

- Technika zadawania pytań typu: „podejście – wycofanie się – podejście” (Zebrowski, 2003) stosowana jest wówczas, gdy klient odpowiadając na pytanie logopedy, sygnalizuje, że nie chce lub nie jest gotowy udzielić odpowiedzi (np. *Nie wiem* albo *Nie ma*). W tym przypadku logopeda może się wycofać (np. *W porządku*), a następnie może wrócić do tej kwestii później, mówiąc coś w rodzaju: *Niektóre jękające się osoby uważają, że rozważanie tego, co inni mogą o nich myśleć, kiedy mówią i się jękają, jest trochę przerażające, czy się z tym zgadzasz?* lub: *Wiele rodzin uważa, że wspieranie dziecka z jękaniem jest dużym wyzwaniem, czy doświadczasz czegoś takiego?* (ASHA, 2004).

Zrekapitułujmy: zadawanie pytań w praktyce logopedycznej nie powinno być celem samym w sobie – pytając, warto więc wiedzieć, po co to robimy. Zwróćmy uwagę, że zbyt duża liczba pytań zaburza równowagę: sytuuje terapeutę na pozycji nadrzędnej, a klienta – w roli osoby odpytywanej. W takich sytuacjach lepiej stosować raczej stwierdzenia typu: *Domyślam się, że musi to być trudne, żeby tak zorganizować czas po południu...* Terapeuta ma wówczas możliwość okazać wyrozumiałość, wykazać się empatią i zasignalizować gotowość wspólnego poszukiwania rozwiązań.

### **Umiejętność uważnego obserwowania i słuchania**

Umiejętne prowadzenie dokładnych obserwacji, a także uważne śledzenie werbalnych i niewerbalnych komunikatów klientów i członków ich rodziny/opiekunów ma kluczowe znaczenie dla okazania zrozumienia osobie z zaburzeniem w komunikowaniu się, pozwala ponadto na kreowanie środowiska, w którym poddawani terapii będą czuli się bezpiecznie i w którym będą gotowi na dalsze eksplorowanie swojej sytuacji/historii.

Techniki związane z umiejętnością wnikliwej obserwacji oraz uważnym słuchaniem obejmują następujące kompetencje:

- **Parafrazowanie:** krótkie nawiązanie do tego, co ktoś powiedział, oddające istotę jego słów i przesłania; w ten sposób zapewniamy słuchanego, że to, czym się podzielił, zostało dokładnie usłyszane.
- **Refleksja (echo):** powtórzenie ostatnich kilku słów lub części wypowiedzi klienta z użyciem podobnego tonu; logopedzi posiłkują się tą techniką, aby uniknąć przekształcenia refleksji w pytanie. Taki zabieg wykorzystujący refleksję może zachęcić daną osobę do rozwinięcia swojej wypowiedzi bądź też ważnego stwierdzenia zawartego w opowiedzianej przez siebie historii.
- **Werbalne zachęty:** dokonywane z udziałem dźwięków takich jak *uhm* lub słowa *dobrze*. Mogą być używane, by zachęcić wypowiadającego się do udzielenia dodatkowych informacji; są często używane w połączeniu z niewerbalnymi zachowaniami wspierającymi, takimi jak uśmiechanie się i kiwanie głową.





- **Milczenie** (wykorzystanie momentu ciszy): forma zachęcenia klienta do dalszego rozwijania swojej wypowiedzi, dodawania szczegółów dotyczących aktualnego problemu lub do refleksji nad tym, co zostało powiedziane wcześniej. Zwykle korzystne jest, gdy terapeuta odczeka chwilę po wypowiedzi klienta, utrzymując przy tym wyraz twarzy wskazujący, że oczekuje dopowiedzeń czy uzupełnień. Takie postępowanie mobilizuje do wypełnienia ciszy kolejnymi (i często bardzo cennymi) informacjami.

### **Informacje zwrotne**

Stosując wybiórczo informację zwrotną, logopeda może wpłynąć nie tylko na postrzeganie siebie, lecz także problemów lub okoliczności zajmujących klienta z osobistym doświadczeniem jąkania (albo członka jego rodziny). Selektywne techniki udzielania informacji zwrotnych obejmują:

- **Przeformułowanie** (ang. *reframing*) – to technika pozwalająca na przedstawienie klientowi nowych, bardziej pozytywnych ram odniesienia, dzięki którym może on inaczej spojrzeć na jakiś problem czy sytuację (chodzi o lepsze zrozumienie i zarządzanie tą sytuacją lub problemem). Warto pamiętać, aby przeformułowaniem posługiwać się ostrożnie (dostrajając się do klienta), w przeciwnym razie ryzykujemy, że poczuje się on niezrozumiany, a jego problem zbagatelizowany. Wykorzystanie tej techniki nie może zatem wynikać z lęku logopedy przed poruszaniem drażliwych tematów – zazwyczaj stosujemy ją dopiero wtedy, gdy jakiś problem wybrzmi, zostanie uznany i zauważony, a relacja między klientem a terapeutą jest już naprawdę bezpieczna i pełna zaufania. Często bezpieczniej jest pytać klienta, czy on sam dostrzega jakiegokolwiek pozytywy trudnej sytuacji, w jakiej się znajduje.
  - **Interpretacje/stwierdzenia łączące** (ang. *interpretations/linking statements*) – wykorzystanie tych technik polega na dodaniu nowych informacji do parafrazy w celu lepszego zrozumienia myśli, uczuć i doświadczeń danej osoby oraz przekazania tej osobie naszej interpretacji. Dalszą konsekwencją tego typu aktywności werbalnej jest pogłębienie refleksji i/lub zwiększenie samoświadomości oraz rozumienia siebie.
  - **Sugestia vs wskazówka lub instrukcja** – niedyrektywna i niemanipulacyjna sugestia może pomóc klientom rozwinąć bądź zbudować perspektywę poznawczą dotyczącą zaburzenia w komunikacji albo profilowanej przez to zaburzenie sytuacji. Wskazówki i instrukcje obejmują konkretne informacje odnoszące się do tego, czego logopeda oczekuje od klienta; są to np. określone ćwiczenia oraz informacje, jak je wykonać, czy też zabiegi, których członkowie rodziny mogą się podjąć, aby pomóc osobie mającej trudności w komunikowaniu się. Nie wolno przy tym tracić z oczu rozróżnienia pomiędzy przekazywaniem sugestii lub udzie-
-

laniem porad na temat życia prywatnego danej osoby a udzielaniem instrukcji i wskazówek łączących się z określonymi działaniami terapeutycznymi. W procesie interwencji logopedycznej należy unikać udzielania tzw. porad życiowych i tych związanych ze sprawami rodzinnymi, a koncentrować się raczej na różnych aspektach praktyki logopedycznej.

- **Konfrontacja** (ang. *confronting*) – technika ta w poradnictwie odnosi się do dostrzegania niezgodności, sprzecznych informacji itd. w wypowiedziach klienta lub członka jego rodziny, by następnie przedstawić je zainteresowanemu w możliwie delikatny sposób (tj. nieoskarżający i niewywołujący u rozmówcy reakcji obronnych). Konfrontacja powinna być prowadzona w trybie neutralnym i nieoceniającym, tak, aby możliwe było zachęcenie rozmówcy do eksplorowania wyłonionych rozbieżności, na przykład poprzez wykorzystanie takich stwierdzeń: *Czy to możliwe? Przydatne może być też nazwanie tego, co wcześniej zostało wypowiedziane: Wcześniej w naszej rozmowie powiedziałeś, że..., a teraz usłyszałam, że... Chciałabym się przyjrzeć tej kwestii wspólnie z tobą i zastanowić, co sprawiło, że pojawiła się ta rozbieżność.* Istnieje wiele rodzajów dysonansów, które logopedzi mogą zauważyć – rozbieżności między tym, co zostało powiedziane, a tym, co zostało zrobione; między dwoma (lub więcej) stwierdzeniami; między zachowaniem werbalnym i niewerbalnym; między zachowaniami niewerbalnymi oraz między poglądami różnych ludzi (ASHA, 2004). Warto zdawać sobie sprawę z tego, że nie wszyscy terapeuci decydują się na stosowanie konfrontacji z uwagi na ryzyko przyjęcia roli eksperckiej, zakładającej, że „wiemy lepiej”. Z drugiej strony: już samo parafrazowanie wypowiedzi czy wspólne przyglądanie się konsekwencji czyichś wyborów jest łagodną formą konfrontacji i również bywa sposobem na analizowanie pewnych sprzeczności.

### **Kompetencje interpersonalne logopedy – dopowiedzenia**

Poza kompetencjami komunikacyjnymi (na ten temat zob. jeszcze: Czarnawska, 2004; Knapp, 2009; Wachtel, 2012) chcemy tu wskazać także na znaczenie współodczuwania i okazywania empatii (odróżnianej przy tym wyraźnie od projekcji) oraz na pewną elastyczność w poszukiwaniu rozwiązań, która przejawia się w otwartości na to, co wnosi klient. Prawdziwe zaciekawienie, zaufanie do pomysłów osób zgłaszających się do logopedy tworzy atmosferę, w której współpraca jest nie tyle możliwa, co po prostu harmonijna. Budowanie dobrej relacji terapeutycznej obliuguje logopedę również do tego, by był on w stanie okazywać autentyczną wiarę w mądrość i możliwości klienta. Musi to wynikać z wewnętrznej postawy szacunku wobec ludzi, otwartości na ich świat, w tym na sposób przeżywania jakiegoś problemu – i to nawet wtedy, gdy wartości i punkt widzenia partnera terapii jest



dla terapeuty nowy czy zgoła niezgodny z jego własnymi przekonaniem. Warunkiem koniecznym jest tu więc postawa przyzwolenia na różnice oraz odmienność. Tak ukształtowana perspektywa pomaga logopedzie w uruchomieniu tkwiącego w kliencie potencjału i rozwijaniu jego własnych kompetencji (Botterill, 2011). Wtedy dopiero nastąpić może odzyskiwanie sprawstwa tego ostatniego, który – jak zakładamy – ze zgłaszanym problemem może dobrze radzić sobie w przyszłości (Manning, DiLollo, 2018; Plexico i in., 2010).

Do tych spostrzeżeń dodajmy kolejne ważne obserwacje. Otóż refleksyjny terapeuta ma nie tylko świadomość tego, jak ważna jest empatia i pozytywne nastawienie wobec klienta (Quesal, 2010), głęboko w wierzy on także w to, że klienci faktycznie są najlepszymi znawcami swoich problemów, chociaż początkowo trudno im dostrzec obszar rozwiązań, co zwykle wiąże się z faktem „utknięcia” w sytuacji trudnej, która jest w centrum ich uwagi. Nie bez znaczenia jest ponadto właściwe odczytywanie indywidualnych potrzeb szukających pomocy (tu osób z jękaniem), uwzględnienie specyfiki życia konkretnej osoby, zidentyfikowanie obszaru jej sprawnego funkcjonowania itd., jak również – najogólniej – unikanie szablonowego podejścia/rutyny. Przywdziewanie maski supereksperta jest zatem zdecydowanie nieuprawnione, ale ma jeszcze inny, poważny skutek uboczny: w istocie może pogłębić bezradność klienta, rozumianą jako scedowanie odpowiedzialności za własne wybory na innych oraz ciągłe poszukiwanie dróg wyjścia z opresji poza sobą. Logopeda-doradca musi być świadomy tych zagrożeń. Porównajmy kilka komunikatów zwiększających ryzyko ich wystąpienia: *Wiem, co jest dla ciebie najlepsze; Nie poradysz sobie beze mnie; Tak, wiem, rola rodziców w procesie terapii jest ważna, ale praca z samym dzieckiem jest łatwiejsza*; przierzucanie winy za niepowodzenia w terapii na klienta przy jednoczesnej jego marginalizacji odnajdziemy natomiast choćby w wypowiedzi: *To twoja wina, zbyt mało ćwiczysz* (Downs, 2011).

Zrekapitulujmy: gotowość terapeuty do samoograniczania się, wycofywania się w odpowiednich momentach procesu terapeutycznego sprzyja uformowaniu u potrzebującego pomocy/klienta zachowań emancypacyjnych i niezależności, wiary we własne możliwości, co ma ogromne znaczenie w przypadku nawrotów jękania – tak charakterystycznej cechy tego zaburzenia (Manning, DiLollo, 2018), warunkuje też optymalizację samej terapii, która ma szansę zmienić się w autoterapię (Fraser, 2010).

### **Poradnictwo w zaburzeniach płynności mowy – zagadnienia szczegółowe**

Efektywne poradnictwo w jękaniu wymaga obalania błędnych przekonań, jakie powszechnie panują w przestrzeni publicznej. Jednym z takich trudnych do pokonania mitów jest tabu jękania – swoista zmowa milczenia na ten temat, obecna nie tylko

---

w kontakcie z małymi dziećmi, ale często nawet w relacji logopedy z osobą dorosłą. Współpraca logopedy i psychoterapeuty czy psychologa w procesie poradnictwa w jąkaniu jest rekomendowanym przykładem dobrych praktyk.

## **Poradnictwo dla rodziców dzieci z zaburzeniami mowy**

### *Osoby znaczące i ich rola w terapii*

Poradnictwo z udziałem rodziców/opiekunów, lecz także rodzeństwa czy innych osób znaczących może w istotny sposób zwiększyć skuteczność oddziaływań terapeutycznych w jąkaniu poprzez zastosowanie w interwencji podejść ukierunkowanych na pracę z rodziną. Logopeda dysponujący umiejętnościami uruchomienia zasobów i potencjału rodziny w procesie terapii (na etapie omawiania wyników diagnozy lub później) może stworzyć dobre warunki do skutecznego rozwiązywania problemów przez samych jej członków (Holland, Nelson, 2014). Należy brać pod uwagę również i to, że różne rodziny w różny sposób mogą reagować na zaproszenie do czynnego partycypowania w terapii – w niektórych może to budzić sprzeciw, gdyż jest to sprzeczne z oczekiwaniami oraz obiegowymi wyobrażeniami na temat zadań logopedy (jako specjalisty mającego znaleźć rozwiązanie problemu i je wdrożyć) (Tellis, Barone, 2018). Potrzebę (mniejszą bądź większą) wsparcia ze strony członka rodziny lub innej zaufanej osoby trzeba uzależnić ponadto od wieku i zdolności poznawczych/komunikacyjnych poddawanej terapii osoby.

Dla rodziców dziecka, które się jąka, doświadczenia z tym związane są na ogół bardzo traumatyczne. Często rodzice czy opiekunowie dziecka z jąkaniem borykają się z ogromnym poczuciem winy, dlatego potrzebują przede wszystkim akceptacji i głębokiej empatii ze strony logopedy-doradcy, który pozwoli im skonfrontować się z ich lękami, nadziejami, oczekiwaniami (Gregory, 2003). Wyjaśnienie zaburzenia, rokowań i planu leczenia rodzicom i/lub opiekunom przy użyciu przystępnego i jasnego języka jest niezbędne do zrozumienia i zaakceptowania przez nich trudności ich dziecka. Nie mniej istotne są poza tym warunki pozwalające im na swobodne wyrażanie emocji, myśli i obaw co do diagnozy i planu terapii dziecka.

Sięgając po trafną metaforę jąkania wprowadzoną przez Josepha Sheehana, zasadzającą się na porównaniu tego zaburzenia do góry lodowej (1970), można powiedzieć, że również dla rodziców najbardziej obciążająca wydaje się ta część góry, która jest ukryta pod powierzchnią wody. Krótco przypomnijmy: ponad powierzchnią znajdują się dostrzegalne dla otoczenia zachowania, takie jak objawy jąkania; niedostępne dla obserwatora są przeżycia osoby z jąkaniem oraz przekonania mające podstawowe znaczenie w radzeniu sobie z trudnościami w mówieniu. Ponownie nawiązując do konceptu Sheehana, zauważmy, że dorośli/opiekunowie



skupieni na pomocy dziecku nierzadko nie dają sobie prawa do zajmowania się swoimi emocjami. Tymczasem niewyrażone lęki, złość, bezradność i różne reakcje, które pojawiają się w odpowiedzi na jąkanie się dziecka, sprawiają większy problem, kiedy nie znajdują ujścia. Pomocny sposób wspierania w emocjach, z którego można skorzystać przy w terapii jąkania małych dzieci, proponują twórcy podejścia *Palin PCI – terapia interakcyjna rodzic-dziecko* (Kelman, Nicholas, 2013; Rustin i in., 1996). Rekomendowany w tym podejściu terapeutycznym schemat zaczerpnięto z popularnego poradnika dla rodziców pt. *Jak mówić, żeby dzieci nas słuchały, jak słuchać, żeby dzieci do nas mówiły* (Faber, Mazlish, 2001); może go wprowadzić do swego warsztatu także doradca. Schemat ów składa się z pięciu etapów:

1. Wyzwolenie w sobie postawy zgody na te stany emocjonalne, które się pojawiają (jako pierwszy krok do wsparcia dziecka przez dorosłego/rodzica).
2. Opisywanie zachowania dziecka z pozycji życzliwego obserwatora, który nie próbuje za wszelką cenę pocieszać (np. *Widzę, że tupiesz nogami*).
3. Okazywanie akceptacji dla uczucia wyrażanego przez dziecko (*Masz prawo tak czuć*).
4. Pomoc w nazwaniu uczuć dziecka.
5. Działania dodatkowe: pytania kierowane do dziecka (co dziecko miałoby ochotę zrobić w związku ze swoimi emocjami, czego potrzebuje), propozycje dotyczące rozładowania emocji (Kelman, Nicholas, 2013).

### **Poczucie winy**

Jak wzmiankowaliśmy wyżej, specjaliści pracujący z jąkaniem wczesnodziecięcym zaobserwowali, że rodzice zgłaszający się po pomoc niejednokrotnie obciążeni są poczuciem winy (Zebrowski, Schum, 1993). Nierzadko pytają oni: *Co zrobiliśmy nie tak?* Sposobem przezwyciężenia tego stanu rzeczy jest zapoznanie rodziców (choćby pobieżne) z podstawowymi faktami dotyczącymi genezy/etiologii jąkania, jego wieloczynnikowej natury i neurofizjologicznej bazy (Ambrose, 2006). Pomimo tych zabiegów poczucie winy rodziców dziecka jåkającego ostatecznie może nie zmniejszać się znacząco, a tym bardziej nie ustąpić całkowicie (Smith, Kelly, 1997; Smith, Weber, 2017). Rzetelność logopedy informującego o dostępnych wynikach badań wymaga, by uprzedził on rodziców bądź opiekunów również o potencjalnych nawrotach jåkania – możliwych nawet kilka lat po całkowitym jego ustąpieniu, a ponadto o niemożności zagwarantowania, że jåkanie u każdego dziecka da się całkowicie wyeliminować (Bloodstein i in., 2008). Z jednej strony rodzice słyszą, że nie są winni temu, że ich dziecko zaczęło się jåkac, z drugiej jednak w trakcie diagnozy szczegółowo omawiane są czynniki środowiskowe (tryb życia rodziny i sposób komunikowania się), potencjalnie wpływające na przebieg jåkania. To również generuje

---

dotatkowe niepokoje, których pokonanie jest dla logopedy kolejnym wyzwaniem; kluczowe może tu być umiejętne dzielenie się z rodzicami swoją wiedzą na temat zaburzeń płynności mowy.

Warto jeszcze zwrócić uwagę, że poczucie winy może pojawiać się wtórnie, nie bezpośrednio w związku z wystąpieniem u dziecka jękania. Gdy mama lub tata mają kłopot z zaakceptowaniem jękania albo czują zniecierpliwienie czy złość na dziecko, wtedy mogą żywić obawę, że nie pomagają, że wręcz szkodzą dziecku. Jak zawsze w przypadku emocji, najlepszym wyjściem będzie przyzwolenie na ich pojawianie się, pomoc w ich nazwaniu i towarzyszenie z życzliwością w ich przeżywaniu.

### *Lęk i wzmożona troska o dziecko i jego przyszłość*

Trudno się dziwić, że otoczenie może zareagować na jękanie lękiem. Bezradność i dezorientacja, jakie nierzadko wywołuje to zjawisko, zakłóca poczucie sprawstwa, może też odbierać opiekunom odwagę do działania zgodnego z ich własną intuicją w obliczu problemów dziecka – por. coraz powszechniej dostępną literaturę dla rodziców, którą można wtedy polecić, nie chcąc dopuścić do pogłębiania się opisanego *status quo*: Kelman, Whyte, 2018; Schneider, 2017; Szerszeńska, 2013; Węsierska, Jeziorczak, 2011.

Kolejnym pojawiającym się wątkiem jest obawa o przyszłość dziecka. Rodzice mówią: *Dla nas nie jest to problem, my akceptujemy nasze dziecko, ale wiadomo, jak okrutne są inne dzieci*. Rozmiary niniejszego opracowania nie pozwalają nam wyczerpująco naświetlić wszystkich zmiennych, jakie należy brać pod uwagę, pochylając się nad tym złożonym zagadnieniem (osobiste trudności rodziców, także tych z doświadczeniem życia z jękaniami, zasoby i samoocena każdego z opiekunów, bliski im wzorzec wychowania, przekazy na temat „złych” i „dobrych” uczuć, nadmierna identyfikacja z sytuacją dziecka, nadinterpretacja jego cierpienia lub chęć uchronienia go przed cierpieniem itp.). Naszym zdaniem, rozwiązaniem jest tutaj otwarty dialog oraz urealnienie (wyartykułowanie) tego, na co mają, a na co nie mają wpływu opiekunowie.

Konkludując, główne zadania w pracy logopedy-doradcy z rodzicami to:

- pomoc w zrozumieniu, na czym polega problem jękania – przy równoczesnym zmniejszeniu trudnych bądź nieprzyjemnych uczuć i przywracaniu poczucia kompetencji;
- stworzenie przestrzeni na swobodne wyrażanie trudnych emocji (pomocne będą w tym przypadku spotkania z samymi rodzicami dziecka) i towarzyszenie w ich przeżywaniu bez oceniania;
- autentyczne przekonanie, że rodzice mają zasoby, z których są w stanie czerpać, i wynikające stąd utrzymywanie postawy zaciekawienia oraz urzeczywistniania ich pomysłów dotyczących form wspierania dziecka.



## Poradnictwo dla dzieci z objawami jąkania

W procesie terapii logopeda musi być gotowy na przekazywanie dziecku informacji o jąkaniu lub komentowanie doświadczeń, które mają z nim związek. Chodzi jednak o to, aby dokładnie ocenić, jakie informacje należy przekazać oraz na jakim etapie. Poradnictwo dzieci odbywa się zwykle przy udziale ich rodziców/opiekunów; wymaga to więc od logopedy wiedzy na temat dynamiki procesów zachodzących w rodzinie (np. Aleksandrowicz, 2004, 139–149; Grzesiuk, red., 1998, 245–293; Kazdin, Weisz, red., 2006). Jeśli w rodzinie do tej pory jąkanie było traktowane jak temat tabu, jeśli dorośli byli instruowani, by nie używać słowa *jąkanie* w obecności dziecka (Kelman, Nicholas, 2013), niebagatelne znaczenie będzie miało łagodne modelowanie sposobów właściwego komunikowania się tej rodziny. Ważnym czynnikiem może być również udział dziadków w wychowywaniu dziecka, ich poglądy i postawy związane z jąkaniem.

Dzieci uczestniczą w terapii z różnych powodów. Wiele z nich pojawiało się u logopedy z inicjatywy opiekunów. Część z nich zupełnie nie martwi się swoim jąkaniem. Większa grupa wprawdzie doświadcza dyskomfortu związanego z niepełnością, ale rozmawia na ten temat niechętnie. Przyczyn takiego stanu może być co najmniej kilka:

- Jąkanie nie jest dla dziecka na tyle istotnym problemem, by chciałoby podejmować wysiłek – rozmowy na ten temat mogą je nudzić. Wtedy pomocna jest praca z samymi rodzicami, pozwalająca uniknąć wywierania presji na dziecko (warto przy tym podkreślić rolę rodziców, którzy potrafią tak wesprzeć córkę czy syna, że nie przejmują się ona/on trudnościami w mówieniu).
- Niechęć wobec rozmów na temat jąkania może być wyrazem nieakceptacji tego problemu, towarzyszącego mu wstydu czy innych trudnych emocji; unikanie rozmowy jest wtedy próbą uniknięcia nieprzyjemnych uczuć skojarzonych z jąkaniem.
- Dziecko, choć przejmując się jąkaniem, nie posiada jeszcze na tyle rozwiniętej zdolności werbalizowania tego, co się w nim dzieje, lub umiejętności skupienia, żeby rozmawiać na temat problemu; ma kłopot z prowadzeniem dialogu, nie dąży jednak do unikania tematu lub trudnych uczuć.

Postępowanie logopedy będzie się zatem różniło w zależności od tego, jaką motywację przypiszemy dziecku. Jeżeli nasz mały klient twierdzi, że jąkanie jest dla niego problemem, to praca doradcy będzie zmierzała do zrozumienia, w jaki sposób go przeżywa, co chciałby zmienić i jak wyobraża sobie poprawę. Pomocny będzie ponadto wgląd w to, co dziecko sądzi na temat jąkania, jak je rozumie, dokonany przy użyciu kodu/kanatu komunikacji, w którym czuje się najpewniej (Chmela, Reardon, 2014). Poznanie wymienionych aspektów ułatwić mogą np. techniki rysunkowe, po

---



nieważ pozwalają one na wyrażenie siebie niezależnie od możliwości poznawczych, w tym trudności w ujętykowieniu czegoś (co nie tylko wiąże się przecież z jękaniem). Rysunek jękania wykonany przez dziecko jest okazją do zadawania pytań na temat jego doświadczeń oraz do wymiany informacji; rzecz jasna, nie jest to także bez znaczenia dla tworzącej się w tym czasie relacji. Nieodzownymi komponentami interakcji, podobnie jak to ma miejsce podczas konsultowania dorosłych, są znów wzajemny szacunek i podmiotowe traktowanie, co sprzyja m.in. skuteczności udzielanej pomocy (Botterill, 2011).

W odniesieniu do poradnictwa dzieci godne uwagi będą następujące zalecenia pozwalające na przewyciężanie ewentualnych ograniczeń językowych u dziecka:

- używanie prostych, zrozumiałych określeń podczas wyjaśniania i demonstrowania dziecku, czego się od niego oczekuje;
- dostarczenie dzieciom odpowiedniego słownictwa i przyswojenie przez nie konceptu omawianego w terapii pojęcia, zjawiska.

Korzystne ponadto będzie:

- ograniczanie instruowania na korzyść modelowania;
- kontrola parajęzykowych (i nie tylko tych) elementów komunikatów kierowanych do dziecka przez logopedę-doradcę;
- dostrzeganie i akceptowanie wszelkich przeżyć oraz uczuć, docenianie osiągnięć (Cooper, Cooper, 1991; Manning, DiLollo, 2018).

W pokonywaniu braku akceptacji jękania i oporu w dyskusji o tym problemie ważniejsze będą zaś:

- pytania o to, czym dziecko chce się zajmować podczas spotkania z terapeutą;
- komunikaty w rodzaju: *Wydaje mi się, że ta rozmowa jest dla Ciebie trudna, prawda?; Odnoszę wrażenie, że nie chciałabyś o tym mówić, nie myślę się?;*
- ponawianie próśb o zgodę na powracanie do kłopotliwego dla dziecka tematu oraz zapewnienie, że to ono zdecyduje, czy (i jak długo) chce o tym rozmawiać.

Nie chcąc powtarzać treści poruszanych przez nas w pierwszej części rozdziału, dopowiedzmy wreszcie, że logopeda (odznaczający się wyczuciem oraz delikatnością) powinien dostosować się do tempa wdrażania zmian terapeutycznych i stale badać gotowość dziecka do podejmowania kolejnych wyzwań związanych z udziałem w terapii (Floyd i in., 2007). W sytuacji, w której dziecko uparcie unika rozmów o jękanium, warto także dopytać rodziców, czy i jak w ich rodzinie porusza się trudne tematy. Zachowanie dziecka może być bowiem wyuczonym, przejętym od opiekunów sposobem reagowania na kryzysy. Wprowadzanie zmian wymaga więc czasem bliższego poznania perspektywy i indywidualnej historii rodziny.



## Udzielanie porad jękającym się nastolatkom

Również w przypadku osób kilkunastoletnich istotne będzie delikatne, choć wyraźne poruszanie różnych tematów – zwłaszcza tych, które zdaniem logopedy są potencjalnie wrażliwe. Pomocna będzie też uważność na sygnały ze strony nastolatka, które świadczą o tym, że nie chce on o czymś rozmawiać, a ponadto umiejętność słuchania i parafrazowania wypowiedzi. Patricia Zebrowski (2003) rekomenduje stosowanie techniki „podejście – wycofanie się – podejście”. Polega ona na tym, by wyczuć moment, kiedy rozmowa staje się niekomfortowa dla nastolatka, i zmienić temat konwersacji. Czasami nastolatek sam ponownie inicjuje rozmowę na temat, który wcześniej był dla niego niewygodny lub na który nie miał wiele do powiedzenia. Takie unikanie wywierania nacisku może przysłużyć się budowaniu dobrej relacji klient – logopeda. Zebrowski radzi także, by w kontakcie z nastolatkiem ostrożnie wykorzystywać humor, a zwłaszcza z dużym taktem odnosić się do sfery kognitywno-afektywnej klienta.

Pozostałe problemy związane z zarysowanym kręgiem zagadnień potraktujemy znowu (z konieczności) nieco selektywnie. Pracując z dziećmi oraz nastolatkami, należy pamiętać, że poddawana terapii jednostka jest zawsze częścią systemu rodzinnego. Warto zatem poważnie rozważyć, czy indywidualne sesje powinny być uzupełniane również o spotkania z udziałem całej rodziny (lub przynajmniej rodziców). Zaproszenie najbliższych do współpracy na rzecz osoby z jękaniem znajduje jeszcze takie uzasadnienie (obok tych opisywanych wcześniej, w innym jednak kontekście<sup>9</sup>): jeśli zmiany wypracowane w trakcie spotkań z młodym człowiekiem byłyby niezrozumiałe albo nie byłyby akceptowane przez członków rodziny, paradoksalnie zamiast wzmacniać, osłabiałyby nastolatka, a logopedę stawałyby w roli intruza. Tak skonstruowana koalicja przeciwko opiekunom, której częścią byłby logopeda (wszak w wieku nastoletnim bunt wobec rodziców i kwestionowanie reprezentowanych przez nich wartości nie jest zjawiskiem odosobnionym), nie tylko może się przyczynić do skonfliktowania rodziny, ale w dalszej perspektywie czasowej doprowadzić nawet do zerwania terapii, bo to opiekunowie najczęściej organizują (i finansują) spotkania nastolatka z logopedą-doradcą. Wielu terapeutów systemowych zwraca uwagę, że w terapii z osobami nieletnimi, którym pragniemy udzielić wsparcia, warto przynajmniej pośrednio pracować również na rzecz rodziny.

---

<sup>9</sup> Zob. także fragment zatytułowany: *Poradnictwo dla rodziców dzieci z zaburzeniami mowy*.

---

## Kontakt z osobą dorosłą z jękaniem

Wszystkie wcześniej zasygnalizowane kwestie/wskazówki dotyczące budowania dobrej relacji, podmiotowego traktowania klienta, „dostrojenia się” do niego itd. mają zastosowanie w kontakcie z osobą dorosłą w procesie poradnictwa w jękaniu. W pracy z dorosłymi istotne jest ponadto uwzględnianie takich informacji, jak wykształcenie i zawód klienta (por. np. wybór odpowiednich metod czy technik oddziaływania). ASHA zaleca terapeutom, by zadbać o zwięzłość i precyzyjność wypowiedzi, unikać używania specjalistycznego żargonu, a charakteryzując doświadczenia czy emocje klienta, używać prostych i żywych określeń (Flasher, Fogle, 2004).

Specyfika interakcji terapeutycznej z osobą dorosłą wiąże się głównie z tym, że jest ona bardziej niezależna w swych decyzjach od dzieci czy nastolatków, z którymi cokolwiek częściej mają do czynienia doradcy (oczywiście, również dorosły człowiek będzie lepiej radził sobie z jękaniem, kiedy ma wsparcie w otoczeniu). Uwzględnianie podczas każdej z odsłon interwencji logopedycznej potrzeb klienta (zwróćmy tu uwagę na konieczność dostosowania do osoby dorosłej również wykorzystywanych pomocy czy zalecanych publikacji), rozpoznawanie jego przekonań i systemu wartości jest nie tylko jednym z podstawowych filarów praktyki logopedycznej opartej na dowodach (ang. *evidence-based practice, EBP*), lecz także warunkiem osiągnięcia sukcesu. Ważne, by logopeda-doradca był gotowy na skonfrontowanie się z wizją terapii swojego klienta (Sønsterud i in., 2020). Powinien on zaakceptować też to, że cele terapii mogą się zmieniać. Niejednokrotnie, wraz z nabywaniem wiedzy i odczulaniem na jękanie, klient, który pierwotnie jako swój cel wskazywał całkowite wyeliminowanie tego zaburzenia, z czasem dokonuje przeorientowania w kierunku poprawy codziennego funkcjonowania, lepszego radzenia sobie z jękaniem i, ogólnie, poprawy jakości życia.

## Poradnictwo logopedyczne w procesie grupowym

Wykorzystanie dynamiki grupy (np. Aleksandrowicz, 2004, 121–137; Grzesiuk, red., 1998, 211–244; Yalom, Leszcz, 2006) w terapii jękania jest niezwykle cenne, zwiększa też efektywność wysiłków logopedycznych. Pozwala to klientom i ich rodzinom dostrzegać sukcesy terapeutyczne uzyskiwane przez innych, co jest krępującym i niosącym nadzieję doświadczeniem. Członkowie grupy mają również okazję uświadomić sobie, że nie są sami w odczuwaniu niewygodnych myśli i uczuć, oraz budować poczucie własnej wartości poprzez dzielenie się z innymi swoimi postępaniami (Luterman, 2008). Ta odmiana terapii pozwala również klientom ćwiczyć to, czego nauczyli się podczas sesji indywidualnych z logopedą w zapewniającym wsparcie, bezpiecznym środowisku – jest to równocześnie szansa na integrację z osobami



spoza grona najbliższych, tzn. członków rodziny/opiekunów itd. (Holland, Nelson, 2014). Wspomnijmy poza tym o grupach samopomocowych dla osób jękających się, w których logopedzi mogą pełnić funkcje związane z poradnictwem. Członkowie takich grup wsparcia mają możliwość prowadzenia dyskusji na temat doświadczanych trudnych uczuć, takich jak niepokój i obawy. Rolą logopedy-doradcy jest wówczas monitorowanie interakcji zachodzących w ramach wymienionych zespołów, reagowanie na procesy zachodzące w czasie spotkań, np. komentowanie rozmów, które podważają cele lub zasadność wdrażanej terapii (Tellis, Barone, 2018). Istotne jest, aby osoby uczestniczące w pracach grupy miały świadomość jej wzmacniającego wpływu i realne oczekiwania wobec siebie, zwłaszcza w zakresie płynności mowy. Wiele jękających się obserwuje, że mówienie jest dla nich łatwiejsze „w grupie”, podczas gdy po upływie pewnego czasu spędzonego poza grupą pojawia się więcej epizodów jękania. Informacja, że jest to naturalne, przynosi ulgę i zapobiega poczuciu winy z tego powodu.

## **Podsumowanie**

Wątków rozszerzających ogląd poradnictwa osób jękających się i ich rodzin jest, oczywiście, znacznie więcej. W przedstawionym opracowaniu chcieliśmy rozważyć tylko te, które w naszym przekonaniu są najistotniejsze dla praktyków (czynnych logopedów, studentów i innych specjalistów pracujących z osobami z zaburzeniami płynności mowy). Mamy nadzieję, że tekst ten – poza dostarczeniem pomysłów czy pewnych inspiracji – zainicjuje także dyskusję na temat omawianych przez nas problemów, co da jego Czytelnikom asumpt do dalszych (samodzielnych) poszukiwań.

## **Pytania kontrolne**

1. Jakie działania wchodzące w zakres poradnictwa (i/lub form mu pokrewnych) mogą towarzyszyć terapii jękania?
    - a) instruowanie klienta, udzielanie raczej zaleceń i wskazówek związanych z diagnozą oraz terapią;
    - b) zapewnianie emocjonalnego wsparcia klientom i np. urealnianie ich celów;
    - c) edukowanie (klienta, a czasem też jego rodziny i opiekunów), w tym omawianie kwestii dotyczących istoty jękania;
    - d) wyjaśnianie wtórnych problemów wynikających z istniejącego zaburzenia w komunikowaniu się.
-

2. Jakie czynniki/zachowania umożliwiają zbudowanie dobrej relacji terapeutycznej pomiędzy logopedą a pacjentem (bądź ją umacniają)?
  - a) szacunek do klienta (i jego bliskich), wiara w możliwości klienta, wspólne podejmowanie decyzji odnoszących się do terapii;
  - b) odwracanie uwagi od doświadczeń związanych z dokuczliwymi przeżyciami i łagodzenie u poddanego oddziaływaniom logopedycznym stanów napięcia;
  - c) fachowa wiedza na temat genezy/etiologii i dynamiki zaburzeń płynności mowy;
  - d) współodczuwanie i okazywanie empatii ze strony logopedy-doradcy, samoograniczanie się, unikanie obwiniającego sposobu budowania komunikatów itd.
3. Jakie zachowania werbalne i niewerbalne, o których m.in. traktował rozdział, wydają się szczególnie istotne podczas rozmowy terapeutycznej?
  - a) przemyślane i dobrze sformułowane pytania (otwarte, zamknięte, kontrpytania itd.);
  - b) m.in. prośby o klaryfikację, parafrazy, słowne (albo parawerbalne) zachęty do rozwinięcia danej myśli czy problemu;
  - c) ton głosu, kontakt wzrokowy, dotyk itp.;
  - d) informacje zwrotne: przeformułowania, interpretacje/stwierdzenia łączące lub życiowe porady.

### Pytania sprawdzające/zadania

1. Jak można uzasadnić potrzebę sięgania po techniki, koncepcje itd. poradnictwa i/lub psychoterapii w praktyce logopedycznej?
2. Jakie problemy oraz trudności (jakiego rodzaju?) mogą łączyć się z terapią zaburzeń płynności mowy? Podaj dwa, trzy przykłady.
3. Dlaczego obecność tzw. osób znaczących zdaje się wpływać na skuteczność oddziaływań terapeutycznych związanych z terapią jękania? W jakich przypadkach wymienione osoby odgrywają najważniejszą rolę?

### Rekomendowana literatura

- Cooper, M. (2010). *Efektywność psychoterapii i poradnictwa psychologicznego. Wyniki badań i praktyka kliniczna*. Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Feltham, C., Horton, I. (red.). (2013a). *Psychoterapia i poradnictwo 1*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.



- Feltham, C., Horton, I. (red.). (2013b). *Psychoterapia i poradnictwo 2*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kargulowa, A. (2010). *O teorii i praktyce poradnictwa. Odmiany poradoznawczego dyskursu*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Knapp, H. (2009). *Komunikacja w terapii*. Wydawnictwo Naukowe PWN.

## Bibliografia

- Aleksandrowicz, J.W. (2004). *Psychoterapia. Poradnik dla pacjentów*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Ambrose, N.G. (2006). Early stuttering: parent counseling. W: N. Bernstein Ratner, J. Tetnowski (red.), *Current issues in stuttering research and practice* (s. 87–98). Psychology Press.
- American Speech-Language-Hearing Association. (1997). *Preferred practice patterns for the profession of speech-language pathology*. ASHA. <http://www.asha.org/uploadedfiles/PP2004-00191.pdf> [dostęp: 9.08.2020].
- American Speech-Language-Hearing Association. (2004). *Preferred practice patterns for the profession of speech-language pathology* [Preferred Practice Patterns]. [www.asha.org/policy](http://www.asha.org/policy) [dostęp: 17.08.2020].
- American Speech-Language-Hearing Association. (2016). *Scope of practice in speech-language pathology* [Scope of Practice]. ASHA. <http://www.asha.org/policy/SP2016-00343> [dostęp: 9.08.2020].
- Asay, T.P., Lambert, M.J. (2004). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. W: M.A. Hubble, B. L. Duncan, S. D. Miller (red.), *The heart & soul of change* (s. 23–55). American Psychological Association.
- Bilon, A. (2010) Poradownictwo wobec ogólnej refleksji nad poradnictwem. *Edukacja Dorosłych*, 1, 55–75.
- Blood, G. (2003). *The POWER game. Managing stuttering*. The Stuttering Foundation.
- Bloodstein, O., Bernstein Ratner, N. (2008). *A handbook on stuttering* (6th ed.). Thomson Delmar Learning.
- Botterill, W. (2011). Developing the therapeutic relationship: from 'expert' professional to 'expert' person who stutters. *Journal of Fluency Disorders*, 36, 158–173.
- Chmela, K., Reardon, N. (2014). *Jak skutecznie pracować z postawami i emocjami w terapii językowej*. Centrum Logopedyczne.
- Cooper, E.B., Cooper, C.S. (1991). A fluency disorders prevention program for preschool and children in primary grades. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 1, 28–31.
- Cooper, M. (2010). *Efektywność psychoterapii i poradnictwa psychologicznego. Wyniki badań i praktyka kliniczna*. Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Czabała, J.C. (2013). *Czynniki leczące w psychoterapii*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
-

- Czabała, C., Kluczyńska S. (red.). (2015). *Poradnictwo psychologiczne*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Czarnawska M.M. (2004). *Przyjazne porozumiewanie się. Wzajemny szacunek, wzajemna akceptacja, radość z kontaktu*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Czerkawska, A., Kłodkowska, J., Siarkiewicz, E., Zielińska-Pękał, D., Zierkiewicz, E., zebra i oprac. Kargulowa, A. (2013). Profesorowi Jeanowi Guichardowi w odpowiedzi. *Studia Poradotwawcze*, 2, 17–41.
- Downs, D. (2011). How audiologists and speech-language pathologists can foster and combat stigma in people with communication disorders. W: R.J. Fourie (red.), *Therapeutic process for communication disorders. A guide for clinicians and students* (s. 105–122). Psychology Press.
- Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold, B. E., Hubble, M.A. (red.). (2010). *The heart and soul of change. Delivering what works in therapy* (2). American Psychological Association.
- Faber, A., Mazlish, E. (2001). *Jak mówić, żeby dzieci nas słuchały. Jak słuchać, żeby dzieci do nas mówiły*. Wydawnictwo Media Rodzina.
- Feltham, C., Horton, I. (red.). (2013a). *Psychoterapia i poradnictwo 1*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Feltham, C., Horton, I. (red.). (2013b). *Psychoterapia i poradnictwo 2*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Flasher, L.V., Fogle, P.T. (2004). *Counseling skills for speech-language pathologists and audiologists*. Thomson Delmar Learning.
- Floyd, J., Zebrowski, P.M., Flamme, G.A. (2007). Stages of change and stuttering: a preliminary view. *Journal of Fluency Disorders*, 32, 95–120.
- Fraser, M. (2010). *Self-therapy for the stutterer. Eleventh edition*. Stuttering Foundation of America.
- Grabowiec, A., Kryza, J., Zielińska, K. (red.). (2013). *Teoria i praktyka działań komunikacyjnych w poradnictwie i terapii. Perspektywa interwencji kryzysowej*. Wydawnictwo Adam Marszałek, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej.
- Gregory, C. (2003). Counseling and Stuttering Therapy. W: H. Gregory (red.). *Stuttering therapy. Rationale and procedures* (s. 263–296). Pearson Education, Inc.
- Grzesiuk, L., Krawczyk, K. (2008). *Rozmowy o tajemnicach psychoterapii*. Eneteia Wydawnictwo Psychologii i Kultury.
- Grzesiuk, L. (red.). (1998). *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Holland, A.L., Nelson, R.L. (2014). *Counseling in communication disorders: a wellness perspective* (2nd ed.). Plural Publishing, Inc.
- Jezioreczak, B. (2019). Elementy psychoterapii w interwencji logopedycznej. *Forum Logopedy*, 31, 41–47.
- Kargulowa, A. (1996). *Przeciw bezradności. Nurty – opcje – kontrowersje w poradnictwie i poradotwawstwie*. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.





- Kargulowa, A. (2010). *O teorii i praktyce poradnictwa. Odmiany poradoznawczego dyskursu*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kargulowa, A. (2016). Kilka uwag o poradnictwie. *Edukacja Dorosłych*, 1, 135–150.
- Kazdin, A.E., Weisz, J.R. (red.). (2006). *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kelman, E., Nicholas, A. (2013). *Praktyczna interwencja w jåkaniu wczesnodziecięcym. Podejście interakcyjne rodzic – dziecko – Palin PCI*. Harmonia Universalis.
- Kelman, E., Whyte, A. (2018). *Zrozumieć jåkanie*. Wydawnictwo Edukacyjne.
- Knapp, H. (2009). *Komunikacja w terapii*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kottler, J.A. (2003). *Skuteczny terapeuta*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Luterman, D.M. (2008). *Counseling persons with communication disorders and their families* (5th ed.). Pro-Ed.
- Manning, W.H., DiLollo, A. (2018). *Clinical decision making in fluency disorders* (4th ed.). Plural Publishing, Inc.
- Motyka, M. (2011). *Komunikacja terapeutyczna w opiece ogólnomedycznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Okła, W. (2013). *Poradnictwo terapeutyczne*. Wydawnictwo KUL.
- Plexico, L., Manning, W.H., DiLollo, A. (2010). Client perceptions of effective and ineffective therapeutic alliances during treatment for stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 35, 333–354.
- Quesal, R.W. (2010). Empathy: perhaps the most important E in EBP. *Seminars in Speech and Language*, 31, 217–226.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95–103.
- Rogers, C.R. (1991). *Terapia nastawiona na klienta. Grupy spotkaniowe*. Thesaurus Press, Juniorzy Gospodarki.
- Rustin, L., Botterill, W., Kelman, E. (1996). *Assessment and therapy for young dysfluent children: family interaction*. Whurr Publishers Ltd.
- Sanders, P. (2011). *First Steps in Counselling. A students' companion for introductory courses*. 4th edition. PCCS BOOKS.
- Schneider, P. (2017). *Moje dziecko się jåka. Co mogę zrobić?* Wydawnictwo Centrum Logopedyczne.
- Sheehan, J.G. (1970). *Stuttering: research and therapy*. Harper and Row.
- Sikorski, W. (2013). *Komunikacja terapeutyczna. Relacja pozastówna*. Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Smith, A., Kelly, E. (1997). Stuttering: a dynamic, multifactorial model. W: R.F. Curlee, G.M. Siegel (red.), *Nature and treatment of stuttering. New directions* (s. 204–217). Allyn & Bacon.
- Smith, A., Weber, Ch. (2017). How stuttering develops: the multifactorial dynamic pathways theory. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 60, 2483–2505.
-

- Sønsterud, H., Kirmess, M., Howells, K., Ward, D., Feragen, K.B., Halvorsen, M.S. (2019). The working alliance in stuttering treatment: a neglected variable? *International Journal of Language & Communication Disorders*, 54, 606–619. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12465>.
- Sønsterud, H., Feragen, K.B., Kirmess, M., Halvorsen, M.S., Ward, D. (2020). What do people search for in stuttering therapy: personal goal-setting as a gold standard? *Journal of Communication Disorders*, 85, 1–15. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2019.105944>.
- Szerszeńska, A. (2013). *Jękanie to nie wyrok*. Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Tellis, C.M., Barone, O.R. (2018). *Counseling and interviewing in speech-language pathology and audiology: a therapy resource*. Jones & Bartlett Learning.
- Wachtel, P.L. (2012). *Komunikacja terapeutyczna*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Wampold, B.E., Mondin, G.W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., Ahn, H.-N. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: empirically, "all must have prizes". *Psychological Bulletin*, 122, 203–215. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.122.3.203>.
- Węsierska, K., Jeziorczak, B. (2011). *Czy moje dziecko się jąka? Przewodnik dla rodziców małych dzieci, które mają problem z płynnym mówieniem*. Wydawnictwo Centrum Logopedyczne.
- Włodek-Chronowska, J. (1993). *Komunikacja perswazyjna w poradnictwie zawodowym*. Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Zebrowski, P.M. (2003). Understanding and coping with emotions: counseling teenagers who stutter. W: J. Fraser (red.), *Effective Counseling in Stuttering Therapy* (s. 85–94). Stuttering Foundation.
- Zebrowski, P.M., Schum, R.L. (1993). Counseling parents of children who stutter. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 2, 65–73.
- Zielińska-Pękał, D. (2009). Poradnictwo a świat mediów, czyli o poradnictwie zapośredniczonym. W: A. Kargulowa (red.), *Poradnictwo – kontynuacja dyskursu. Podręcznik akademicki* (s. 285–307). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Yalom, I., Leszcz, M. (2006). *Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

