

Rodział 6.

Martine Vanryckeghem

Ocena afektywnych, behawioralnych i kognitywnych aspektów jąkania – jak złożenie tych elementów układanki prowadzi do diagnozy różnicowej i wyznacza cele terapii

Diagnoza

Znaczenie greckiego słowa *diagnoza* (gr. *diagnōsis*: *dia-* ‘poprzez’; *gignōskein* ‘wiedzieć’) odnosi się do naukowego wyodrębnienia, rozróżnienia lub rozpoznania spośród różnych możliwości, odkrywania natury (i możliwych przyczyn) choroby, stanu, problemu, zjawiska i do zidentyfikowania go poprzez jego oznaki i symptomy. Diagnoza jest poprzedzona ewaluacją, oceną, która powinna być rzetelna, oparta na dowodach, wielowymiarowa, lecz wystarczająco szczegółowa, aby ująć wszystkie elementy, które mogą być istotne w związku z danym problemem. Celem oceny jest doprowadzenie do właściwej diagnozy oraz wyeliminowania jak największej liczby nieprawidłowych wyników diagnostycznych np. „fałszywie pozytywnych” (typ 1: błąd; fałszywy alarm) i „fałszywie negatywnych” (typ 2: błąd; pominięcie). W przypadku jąkania błędy te oznaczałyby określenie kogoś jako osoby, która się jąka (PWS), podczas gdy w rzeczywistości jest osobą, która się nie jąka (PWNS), i zdiagnozowanie kogoś jako osoby, która się nie jąka, kogoś, kto w rzeczywistości się jąka. Zmniejszenie liczby błędów diagnostycznych alfa (1) i beta (2) powinno, z definicji, zmniejszyć prawdopodobieństwo niewłaściwego prowadzenia terapii (Vanryckeghem, 2018).

Ocena i następująca po niej terapia powinny być przeprowadzane według wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF; WHO, 2001) opisujących znaczenie określonych zaburzeń. Podstawowe zasady obejmują, oprócz funkcji ciała i jego budowy, komponenty aktywności i uczestnictwa, czynniki środowiskowe i indywidualne. Szczególnie w przypadku zaburzeń płynności mowy funkcja i budowa ciała odnoszą się bezpośrednio do różnic w anatomii i funkcjonowaniu mózgu, kontroli neuromotorycznej oraz przerywania płynnej produkcji mowy, które mogą



być mierzone według obserwowanych typów nie płynności, częstotliwości, z którą się pojawiają, obecności napięcia i wysiłku etc. Zasady te obejmują ponadto obserwację strategii unikania i ucieczki, zachowań towarzyszących jękaniu pojawiających się w antycypacji lub w trakcie jękania. Działania i uczestnictwo odnoszą się do tego, jak zdolność produkcji mowy może ograniczać lub poważnie utrudniać codzienną komunikację. Obejmują one interakcje interpersonalne w środowisku edukacyjnym lub zawodowym, w życiu osobistym, we wszystkich sytuacjach wymagających mówienia, które mogą wpływać na jakość życia osoby jękającej się. Czynniki środowiskowe i indywidualne dotyczą perspektywy zarówno osoby mówiącej, jak i słuchającej. Jak mówiący postrzega i reaguje na swoje zaburzenie płynności mowy? Co sądzi o swoim sposobie komunikowania się? Jaki jest jego stosunek do komunikacji, samoocena? Jakie głoski, słowa i/lub sytuacje widzi jako trudne i wzbudzające obawy? Jaki jest poziom frustracji, wstydu i poczucia winy? Jak jednostka postrzega w rozmowie partnera i otoczenie? Czy zdarzały się przypadki dokuczania, dręczenia, żartów z powodu jękania? Czy szukał pomocy w grupach wsparcia? Czy posiada w najbliższym otoczeniu źródło otuchy i zachęty? Te komponenty ICF powinny zostać przebadane w fazie oceny osób z zaburzeniami płynności mowy poprzez wieloaspektową obserwację poszerzoną o samoocenę osoby jękającej się.

Zaburzenie wielowymiarowe

Zasady ICF są zgodne z wielowymiarowymi komponentami oceny jękania. To, że jękanie jest czymś więcej niż wadą wymowy, jest oczywiste. Analogia do wierzchołka góry lodowej (Sheehan, 1970) jest znana większości logopedów, będąc jednocześnie bardzo wnikliwym obrazem ograniczenia w opisywaniu tego, co odczuwa osoba jękająca się tylko w przypadkach nie płynności możliwych do zaobserwowania. Oczywiste jest, że zachowania, które możemy zaobserwować, są jedynie „wierzchołkiem góry lodowej”. Charakterystyka osoby jękającej się obejmuje wiele więcej niż tylko widoczne elementy, bo także te, których nie można dostrzec, a są bardzo znaczące; komponenty, które u osób jękających się „są pod powierzchnią” i obejmują wymiary: afektywny, behawioralny i poznawczy. Całość widocznych zachowań oraz ukrytych reakcji na jękanie definiuje osobę jękającą się. Innymi słowy OSOBA jękająca się charakteryzuje się czymś wiele więcej niż tylko JAŁANIEM. Jękanie się oraz współwystępujące czynniki mają ogromny wpływ na życie osobiste, społeczne, akademickie, zawodowe i na jakość tego życia.

Różne aspekty charakterystyki osoby jękającej się powinny być oceniane nie tylko przy pomocy procedur testowania opartego na danych prowadzących do

rzetelnej diagnozy różnicowej obecności zaburzeń płynności mowy typowych dla jąkania lub będących innymi formami zaburzenia, jak np. gwałtowność, brak płynności mowy o podłożu neurogennym czy psychogenym. Ocena wielowymiarowa powinna prowadzić do zaprogramowania zindywidualizowanych strategii i taktyki terapii. Jedno z pytań, jakie należy sobie zadać, dotyczy wartości określenia stopnia nasilenia jako głównego wyniku oceny. Czy stwierdzenie, że u klienta występuje jąkanie o średnim nasileniu, zadecyduje o programowaniu i prowadzeniu terapii? Jak wykorzystamy tę informację? Oprócz wykazania danych wyjściowych, do których odniesiemy wyniki terapii, określenie stopnia nasilenia zaburzenia nie dostarczy nam informacji koniecznej do sformułowania składników i celów terapii. Zamiast tego, stosując ocenę opartą na komponentach afektywnym, behawioralnym i poznawczym (ABC – Affective, Behavioral, Cognitive) występujących u osoby jąkającej się, identyfikując problemy w każdym z tych obszarów, otrzymujemy narzędzie, które można porównać do nawigacji satelitarnej, do mapy, która wskazuje, jakie kierunki należy obrać w trakcie terapii, i wydaje się efektywnym sposobem oceniania, a następnie programowania i prowadzenia terapii.

Obserwacja logopedy i samoocena klienta

Podczas oceny płynności mowy powinno się badać komponenty ABC: afektywne reakcje na głoski/słowa i sytuacje, w których używamy mowy, behawioralne komponenty jąkania i innych form niepłynności mowy, sposoby radzenia sobie oraz reakcje poznawcze, przekonania na temat mówienia i postawę wobec niego. Do ich zbadania konieczne są zarówno obserwacje logopedy, jak i samoocena klienta. Wielokrotnie poddawano pod dyskusję wiarygodność diagnostycznych testów obliczeniowych (Cordes, Ingham, 1999; Ingham, Cordes, 1992) w kategoriach oceny porównywalności, co podważa prawidłowość zastosowanego pomiaru. Pojawia się również zagadnienie niejasnej definicji operacyjnej jąkania oraz innych form niepłynności mowy, niektóre niezdefiniowane i molarne, inne bardziej molekularne, nie są one jednak uniwersalne, co powoduje, że porównywanie i interpretacja danych są dyskusyjne. Również procedury obliczeniowe różnią się między sobą; w niektórych obliczamy procent zająkniętych słów, w innych jednostką odniesienia jest sylaba. Podstawowym założeniem każdej oceny powinno być zatem zastosowanie poprawnych definicji operacyjnych i pomiarów opartych na danych, aby uzyskać rzetelną, opartą na dowodach różnicową decyzję diagnostyczną, zmniejszając liczbę błędów alfa i beta na tyle, na ile to możliwe.



Samoocena klienta

Wielu naukowców, badaczy i praktykujących logopedów zgadza się, że kluczowe dla dokonania oceny jest zastosowanie autoewaluacji klienta, by dowiedzieć się, czego doświadcza osoba jąkająca, odkryć niejawne komponenty, niełatwe do zaobserwowania przez logopedę, jeśli klient o nich nie wspomni (Guntupalli i in., 2006). Te wewnętrzne aspekty problemu, jakie napotyka osoba jąkająca się, nie powinny ująć naszej uwagi. Ukryte zmienne afektywne, behawioralne i poznawcze mogą pomóc w pełni scharakteryzować osobę jąkającą się. Logopeda powinien szukać sposobów poszerzenia i uzupełnienia obserwacji typu i częstotliwości występowania form nie płynności mowy oraz włączyć badanie wewnętrznych, trudnych do zauważenia cech jąkania. To poszerzenie oceny o znaczenie elementów charakteryzujących osobę jąkającą się i wpływających na jej życie obejmuje osobiste reakcje, które trudno jest zobaczyć z pozycji logopedy, ale dostarczają nam „spojrzenia z wnętrza”, „wewnętrznego widoku” z perspektywy klienta.

Wyniki autoewaluacji klienta mogą być pozyskane w sposób formalny lub nieformalny. Ocena formalna może obejmować standaryzowane, zgodne z normami, oparte na danych, psychometrycznie poprawne testy, badające aspekty reaktywne oraz wpływ jąkania na jednostkę. Nieformalna ocena ukrytych aspektów jąkania może mieć formę wywiadu, tekstów pisanych lub rysunków przyniesionych przez klienta.

Wywiad

Rzetelna ocena zaczyna się w momencie przeprowadzenia wywiadu – uzyskania historii przypadku osoby z nie płynnością mowy od klienta lub jego rodzica. Ten dokument jest punktem wyjścia do następnych kroków w ocenie klienta, ponieważ dostarcza cennej informacji, koniecznej do pełnego zrozumienia drogi, jaką klient przeszedł do tej pory, do obecnej postaci stanu zaburzenia mowy. Będzie to baza umożliwiająca wytyczenie kierunku terapii i przeprowadzenie jej.

Oprócz ogólnych informacji, zwykle pojawiających się w formularzach historii przypadku, np. obecnego stanu zdrowia, historii przebytych chorób, informacji otoporodowych, skoków rozwojowych, zaplecza edukacyjnego, zawodu, języków, którymi klient włada, poziomemu stresu, epizodów natury psychologicznej czy neurologicznej etc., należy dowiedzieć się o przebytych i obecnych zdarzeniach dotyczących płynności mowy u klienta oraz o wszystkich terapiach, w których uczestniczył. Jeżeli klient przeszedł terapię logopedyczną, należy ustalić, jaki to był rodzaj terapii, czas trwania oraz efekty, w jakim stopniu klient znał cele i strategie postępowania terapeutycznego i czy zastosowane metody przyniosły sukces w modyfi-

kowaniu jąkania. Niektóre pytania dotyczą powtarzających się przypadków uporczywego jąkania w rodzinie lub wyleczenia jąkania, wieku wystąpienia pierwszych epizodów jąkania i specyficzne okoliczności, jakie mogły towarzyszyć wystąpieniu symptomów. Szczególnie w przypadku dzieci ważne jest, aby ustalić, czy jąkanie ma charakter epizodyczny, czy chroniczny. Pytamy również rodziców, co ich zdaniem spowodowało wystąpienie jąkania. Należy zbadać to zagadnienie, ponieważ nawet obecnie rodzice mogą uważać, że jakieś ich działania spowodowały wystąpienie jąkania u dziecka, np. rozwód, zmiana miejsca zamieszkania etc. Będzie to stanowiło kluczową kwestię w pracy terapeutycznej z rodzicami.

Część formularza historii przypadku odnosi się bezpośrednio do stwierdzenia problemu: opisu zmiennych towarzyszących nie płynności mowy. Pytamy klienta lub jego rodziców o scharakteryzowanie mowy klienta, czy dominuje w niej np. obecność powtórzeń, prolongacji dźwięku, o umiejscowienie jąkania, tempo mowy i jej rytm, występowanie napięcia w ciele/aparacie artykulacyjnym i jego umiejscowienie, problemy z oddychaniem. Zbieramy takie informacje, ponieważ dotyczą niepokoju, jaki może budzić dana sytuacja u osoby mówiącej, potwierdzają, jak osoba jąkająca się postrzega swoje jąkanie i spowodowane nim trudności, reakcje innych na swój sposób mówienia, czy jąkanie wywiera wpływ na sytuacje społeczne, edukację, życie codzienne i zawodowe, poziom niepokoju i frustracji. Pytamy o antycypację jąkania, stosowanie technik unikania wypowiedzi, zachowań ucieczkowych i czy są one pomocne. U dorosłych należy ustalić, jaki procent konwersacji jest w ich opinii zakłócony. Wiedza ta jest nam potrzebna w terapii podczas fazy „trening rzeczywistości” (zastosowania elementów terapii w życiu). Formularz historii przypadku kończy się pytaniami do osób dorosłych, jak i do rodziców dzieci jąkających się na temat oczekiwań związanych z efektami terapii.

Informacje zawarte w historii przypadku są podstawowym komponentem każdej oceny. Im więcej informacji dostarczy klient, tym łatwiej będzie logopedzie zaprogramować terapię dostosowaną do indywidualnych potrzeb. Formularz historii przypadku daje wytyczne do prowadzenia wywiadu, logopeda w poszukiwaniu informacji sięga głębiej. Informacje na temat kontekstu, w jakim występuje zaburzenie mowy, wraz z danymi uzyskanymi od klienta, obserwacjami logopedy i wywiadem, składają się na całokształt układanki, jaką jest ocena.

Autoewaluacja: ocena formalna

Formalna ocena przy zastosowaniu standaryzowanych procedur testowych i wzorów podliczania wyników jest oparta na danych, potwierdzając konkluzje sformułowane na podstawie wyników testów. Przed ich zastosowaniem należy ustalić ich psychometryczną wartość – niezawodność i prawidłowość. Zwykle wykorzystuje



się wyniki przedstawione jako średnia i standardowe odchylenie od normy, percentyle, skalę staninową czy wystandaryzowane wyniki.

Te standaryzowane pomiary pozwalają na porównanie samooceny klienta ze statystycznie wyselekcjonowaną grupą osób rozwiązujących test. Statystyka popiera konkluzję wyprowadzoną dla jednego klienta w zestawieniu z grupą odniesienia normatywnego. Niektóre ze standaryzowanych pomiarów autoewaluacji stosowanych w obszarze zaburzeń płynności mowy to test typu „stan” czy testy typu „cecha” (Spielberger, 1989). Różnica między tymi dwoma typami polega na tym, że badają albo tymczasowe zdarzenie i szczególną sytuację doświadczaną przez krótki czas (stan), albo ogólną, bardziej stałą cechę, która nie zależy od zdarzenia (cecha). Kiedy pozyska się takie informacje, warunkiem *sine qua non* wydaje się włączenie ewaluacji zespołu lęku ogólnego i fobii społecznej do badania przesiewowego w celu ustalenia znaczących zaburzeń typu „cecha” i „stan” niezwiązanych z mową.

Autoewaluacja: ogólna reakcja emocjonalna

Osoba jąkająca się może doświadczać ogólnego niepokoju lub/i lęku społecznego. Badania wielokrotnie wykazywały objawy fobii społecznej u osób jąkających się, z różną częstością występowania: 21–69% (Blumgart i in., 2010; Iverach i in., 2009; Kraaimaat i in., 2002; Menzies i in., 2008; Stein i in., 1996). Kiedy autoewaluacja w zakresie odczuwanego lęku i/lub pomiarów fizjologicznych popartych informacjami z wywiadu ujawnia wysoki poziom lęku ogólnego lub fobii społecznej, zasadne wydaje się odesłanie klienta na konsultację psychologiczną, zakładając, że odniesienie się do zespołów lękowych poza obszarem mowy może przekraczać zasoby zawodowe logopedy i wskazana jest opieka specjalistyczna.

Autoewaluacja w zakresie wymiarów afektywnych, behawioralnych i poznawczych

Istnieje zgodność w kwestii ścisłej zależności afektywnych, behawioralnych i poznawczych komponentów jąkania. Najbardziej systematycznym sposobem oceny ww. wymiarów jest zastosowanie standaryzowanej skali samooceny klienta, która bada dane w zakresie reaktywnych zmiennych związanych z jąkaniem. Testy używane do badania samooceny klientów różnią się co do sposobu badania i obliczania wyników w zakresie czynników ABC związanych z jąkaniem. Niektóre wyniki testów obejmują różne elementy reaktywne i behawioralne, inne testy eksplorują oddzielnie reakcje będące składowymi procesami jąkania i ich wpływ na osobę jąkającą się. Trójdzielny model wyraźnie różnicuje wymiary afektywne, behawioralne i poznawcze (odnoszące się do postawy wobec jąkania) i stosuje różne sposoby oceny

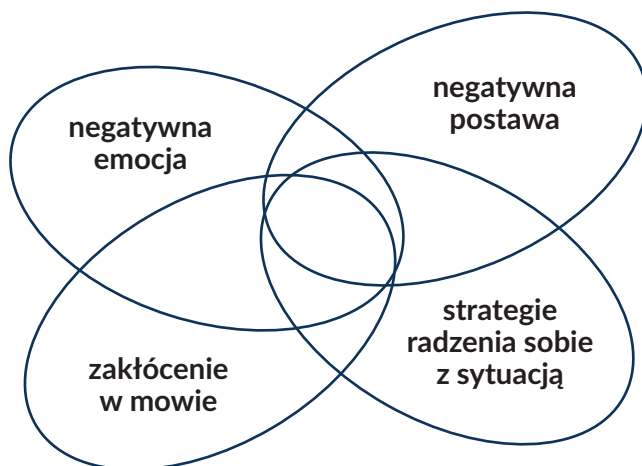
poszczególnych składników. Skale autoewaluacji, które oparte są na tym modelu, zmierzają do indywidualnego pomiaru każdego z komponentów ABC i punkty testów szczegółowo badają te zmienne, podczas gdy inne narzędzia mogą jednocześnie oceniać procesy poznawcze, reakcje afektywne, utrudnienie w mówieniu i/lub strategię radzenia sobie z jąkaniem.

Zestaw technik służących do oceny zachowania (Behavior Assessment Battery – BAB)

Skale przedstawione w *Zestawie technik służących do oceny zachowania (The Behavior Assessment Battery (BAB; Brutten, Vanryckeghem, 2003a, b, 2007; Vanryckeghem, Brutten, 2018, 2020a, 2021))* zaprezentowane poniżej badają oddzielnie wielowymiarowe czynniki towarzyszące jąkaniu w uporządkowany sposób. Nie oznacza to, że każdy komponent występuje samodzielnie, a raczej że wymiary przenikają się i nakładają na siebie, jak pokazano na wykresie Diagramy Venn (rys. 1). Założenia leżące u podstaw *Zestawu technik do oceny zachowania (BAB)* określają definicję wymiarów jako skonkretyzowane, operacyjne i prawdziwe. Informacje uzyskane dzięki testom badającym ww. wymiary powinny pomóc w zmniejszeniu liczby błędów diagnostycznych I i II typu.

Każdy z testów w *Zestawie BAB* bada jeden z komponentów ABC (afektywny, behawioralny, poznawczy) związanych z jąkaniem i dostarcza wynik, który jest jednoznacznie połączony z każdą z części składowych. Zestaw testów jest zgodny z wytycznymi ICF i został przebadany empirycznie międzykulturowo w ponad 30 krajach. Testy zapewniają wielowymiarowe, oparte na danych podejście do procesu podejmowania decyzji w diagnozie różnicowej. Komponent afektywny jest badany przy pomocy *Listy kontrolnej sytuacji komunikacyjnych – reakcji emocjonalnej (SSC-ER Speech Situation Checklist)*, zachowanie związane z jąkaniem oceniane jest na podstawie *Listy kontrolnej sytuacji komunikacyjnej – zakłócenia w mowie (Speech Situation Checklist – Speech Disruption)*. Stosowanie strategii unikania i ucieczki jest określane dzięki *Liście kontrolnej zachowań (Behaviour Checklist)*, a wymiar poznawczy przy pomocy *Testu do badania postaw wobec komunikacji (The Communication Attitude Test)*. Gdy wynik wynosi 2 lub więcej wartości odchylenia standardowego powyżej średniej dla punktu granicznego osoby niejąkającej się, jest uważany za „atypowy” i klinicznie istotny. Instrukcje do testów oraz publikacje recenzowane przez logopedów wskazują na rzetelne właściwości psychometryczne tych narzędzi (Brutten, Vanryckeghem, 2003a, b, 2007; Vanryckeghem, Brutten, 2007, 2015a,b, 2017, 2018, 2020a,b,c,d,e, 2021; Vanryckeghem i in., 2005; Vanryckeghem, Mukati, 2006; Węsierska i in., 2018; Węsierska i in., 2021).





Rysunek 1. BAB – komponenty testów

BAB Komponent afektywny: Lista kontrolna sytuacji komunikacyjnej – reakcji emocjonalnej (**SSC-ER**)

SSC-ER ocenia negatywne reakcje emocjonalne związane z mową (troska, zmartwienie, lęk, niepokój) w kontekście interpersonalnym (np. rozmowa z nieznanym, próba wywarcia dobrego wrażenia) i/lub w sytuacjach wymagających użycia konkretnych słów (podanie swojego nazwiska, przeczytanie na głos fragmentu tekstu, wypowiedzenie dźwięku lub słowa, które stanowiło kiedyś problem). Arkusz autoewaluacji opisuje 38 sytuacji komunikacyjnych (dla dorosłych) lub 40 (dla dzieci), które powinny być ocenione dla każdej osoby w pięciostopniowej skali Likerta, zależnie od nasilenia niepokoju, jaki dana sytuacja wywołuje. Wyniki klienta zostają zsumowane i porównane z danymi normatywnymi (Chowkalli Veerabhadrapa i in., 2021; Vanryckeghem i in., 2017). Obok całkowitego wyniku badania odpowiedzi na poszczególne pytania testu wskazują kierunek terapii, a szczególną uwagę należy skierować na obszary budzące najwyższy poziom lęku (5, 4 lub 3 punkty). Do opracowania sytuacji powodujących najwyższy poziom zdenerwowania lub niepokoju u klienta w terapii zostaną zastosowane np. techniki desensytyzacji.

BAB: Komponent behawioralny: Lista kontrolna sytuacji komunikacyjnej – zakłócenie w mowie (*Behavioral Component: Speech Situation Checklist – Speech Disruption (SSC-SD)*)
 W arkuszu SSC-SD (*zakłócenie w mowie*), który jest stosowany niezależnie od arkusza SSC-ER (*reakcja emocjonalna*), klient zaznacza w pięciostopniowej skali rozmiar zakłócenia w mowie (jąkania) w tych samych sytuacjach komunikacyjnych, które występują w arkuszu SSC-ER. Obliczanie wyniku i interpretacja danych odbywają się według tych samych reguł. Analiza uzyskanych odpowiedzi wskazuje na trud-

ności związane z poszczególnymi słowami lub grupami słów, np. podanie swojego nazwiska albo nazywanie (przedmiotów) w ogóle oraz trudności wynikające z sytuacji, np. rozmowa telefoniczna, konieczność wystąpienia publicznego, rozmowa z przełożonym etc. Wyniki SSC-ER i SSC-SD obliczane są oddzielnie, a uzyskane dane są porównywane w celu ustalenia, czy istnieje korelacja pomiędzy wynikami ogólnymi, co jest częste u osób jękających się, czy istnieją w nich znaczne różnice, jak to może mieć miejsce u osób z niepełnością mowy na tle neurogenym lub psychogenym. Porównywane są również poszczególne odpowiedzi na pytania testowe, aby zbadać, czy odpowiedzi są zbliżone co do liczby punktów (mniej lub bardziej niespokojny – mniej lub bardziej jękający się), a także ustalenie, czy sytuacje mają z sobą coś wspólnego.

BAB: Komponent behawioralny – lista zachowań (Behavioral Component: Behavior Checklist) (BCL)

Kwestionariusz BCL zbiera informacje na temat sposobów radzenia sobie z trudnościami, wtórnymi w stosunku do jąkania. Test zawiera 35 pytań (dla dzieci) i 60 (dla dorosłych) dotyczących typów zachowań związanych z komunikacją i występujących podczas sytuacji komunikacyjnej, a służących uniknięciu sytuacji czy słowa/słów łączących się z negatywnymi emocjami. Wśród takich zachowań występują ruchy ciała, nietypowy rodzaj oddychania i wydobywania głosu, zmiana tempa i sposobu mówienia, zastępowanie wyrazu innym, wtrącenia etc. Podczas gdy dzieci pytane są o to, czy stosują określone zachowanie (Tak/Nie), dorośli w arkuszu BCL proszeni są również o wskazanie częstotliwości, z jaką je stosują, w skali od 1 do 5.

Rejestrujemy liczbę i rodzaj zachowań radzenia sobie z jękaniem stosowanych przez klienta. Oprócz całkowitego wyniku testu, który możemy porównać do wyniku typowego dla osoby mówiącej, zwracamy uwagę szczególnie na konkretne punkty arkusza BCL, ponieważ dostarczają nam informacji na temat listy zachowań unikania i strategii ucieczkowych współwystępujących z jękaniem (Vanryckeghem i in., 2004). Można również ustalić, czy sposoby radzenia sobie z jękaniem stosowane przez osobę jękającą się są głównie techniką unikania poszczególnych dźwięków/słów, czy sytuacji komunikacyjnych. W trakcie terapii ww. strategie mogą utrudniać uzyskanie poprawy płynności mowy, będziemy zatem pracować nad uświadomieniem sobie ich przez klienta i świadomym ich eliminowaniem.

BAB: Komponent poznawczy: Test do badania postaw związanych z jękaniem (Cognitive component: Communication Attitude Test (BigCAT, CAT, KiddyCAT)) (dla dorosłych, dzieci w wieku szkolnym, dzieci w wieku przedszkolnym)

Postawa wobec jąkania jest fundamentalnym komponentem trudności w mowie, negatywnych emocji i zachowań ucieczkowych charakteryzujących osobę jękającą



się. Myśli pojawiające się automatycznie, wyobrażenia, formowanie negatywnych opinii o sobie mogą być racjonalne (realne), intra- lub interpersonalne. Nieracjonalne elementy poznawcze mogą mieć wpływ na mowę, wzmacniać jąkanie, pełnić funkcję mediatora lub kontrolera i uniemożliwiać osobie jąkającej się zmierzenie się z problemem w sposób konstruktywny. Gdy pewne elementy poznawcze osiągną permanentny stan wywołujący negatywne myśli i oczekiwania trudności, u osoby jąkającej się powstaje negatywna postawa wobec komunikacji (Vanryckeghem, 2019). Postawy wobec mowy mają związek ze sposobem myślenia osoby jąkającej się o swojej mowie i komunikacji; postrzeganiem partnera rozmowy jako perfekcyjnie płynnego, być może krytycznego czy współczującego. Wykazano, że osoba jąkająca się, ogólnie, myśli negatywnie o swojej mowie, mówienie postrzega jako trudne, nieprzyjemne i stanowiące wyzwanie; widzi siebie jako będącą z natury niezdolną do produkowania płynnej mowy. Ta negatywna koncepcja samej siebie u osoby jąkającej się ma przede wszystkim daleko idące konsekwencje i często nieracjonalne reakcje intra- i interpersonalne mogą zdominować myślenie takiej osoby. Może ona przyjmować swoje jąkanie jako przyczynę porażek akademickich, powodów braku przyjaźni, bliskiej relacji intymnej czy braku sukcesu w karierze zawodowej.

Test do badania postaw wobec jąkania dla dorosłych (The Communication Attitude Test for Adults Who Stutter)

BigCAT jest wiarygodnym narzędziem pomiaru postaw wobec komunikacji opartym na czynnikach poznawczych. Zawarte w nim pytania szczególnie eksplorują obszar przekonań klienta związanych z mową. Klient odpowiada na 34 pytania typu prawda/fałsz, wskazując, czy dane zdanie jest zgodne z tym, co myśli o swojej mowie. Postawa pozytywna uzyskuje wynik równy 0, myśl negatywna liczona jest jako 1. Im wyższy jest wynik skali BigCAT, tym bardziej negatywne podejście do mówienia. W bardzo znaczący sposób BigCAT, z niewielkim nakładaniem się na siebie, odróżnia sposób myślenia o swojej mowie osób jąkających się od osób mówiących płynnie (Valinejad i in., 2018; Vanryckeghem, Brutten, 2011, 2012; Vanryckeghem, Muir, 2016). Oprócz całkowitego wyniku logopeda powinien wziąć pod uwagę poszczególne elementy testu i oddzielić negatywne reakcje w zakresie postawy wobec mówienia od tych, które nie są negatywne. Negatywne przekonania związane z mową utrudniają postęp u klienta i wymagają świadomej zmiany postrzegania. Przekonania pozytywne mogą ułatwiać rozwój postawy kreującej, wspierającej i utrzymującej poprawę mowy.

Test do badania postaw związanych z jąkaniem u dzieci w wieku szkolnym (The Communication Attitude Test for School-age Children Who Stutter (CAT))

CAT jest poznawczym elementem BAB dla jąkających się dzieci i może być stosowany w przedziale wiekowym od 6 do 16 lat. Podobnie do testu BigCAT, CAT zawiera 30 pytań typu prawda/fałsz dotyczących bezpośrednio postawy wobec mowy. Porównania grupowe wielokrotnie wykazują statystycznie istotne różnice pomiędzy grupami jąkających się i niejąkających sześciolatków, co potwierdza ogólne spostrzeżenie, że dzieci jąkające się mają bardziej negatywne podejście do swojej mowy niż ich niejąkający się rówieśnicy (Bernardini i in., 2009; Chowkalli Veerabhadrapa i in., 2020; Gačnik, Vanryckeghem, 2014; Kawai i in., 2012; Vanryckeghem, 1995; Vanryckeghem, Brutten, 1992, 1996, 2020d; Vanryckeghem i in., 2001). Podobnie jak w przypadku testu BigCAT, problemy wykazane w poszczególnych pytaniach staną się przedmiotem pracy w terapii kognitywno-behawioralnej w celu zmiany negatywnej postawy u dziecka.

Test do badania postaw związanych z jąkaniem u dzieci w wieku szkolnym (The Communication Attitude Test for Preschool and Kindergarten Children Who Stutter (KiddyCAT))

Test KiddyCAT bada postawy wobec mowy w okresie bliskim pierwszego wystąpienia symptomów jąkania. U dziecka pomiędzy trzecim i szóstym rokiem życia łatwo jest przeprowadzić test samooceny. Dziecku przedstawiamy 12 zadań (werbalnych), na które ma ono odpowiedzieć Tak lub Nie. Opracowanie testu w formie zabawy umożliwia stwierdzenie, czy u dziecka występuje negatywna postawa wobec mówienia, która jest typowa dla dzieci jąkających się. Zakładając, że negatywna postawa wobec mowy nasila się wraz z wiekiem (Vanryckeghem, Brutten, 1997), ważne jest ocenienie obecności takiej postawy jak najbliżej momentu wystąpienia jąkania. Badania międzykulturowe wykazały, że dzieci w wieku 3 lat jako grupa zgłaszały negatywną postawę wobec swojego mówienia (Neumann i in., 2019; Novšak Brce i in., 2015; Schafiei i in., 2016; Vanryckeghem, Brutten, 2007; Vanryckeghem i in., 2015; Węsierska, Vanryckeghem, 2015; Węsierska i in., 2014).

Inne formalne protokoły oceny

Inne testy autoewaluacji klienta badające komponenty ABC związane z jąkaniem mogą być przeprowadzane jako testy oddzielne testy lub złożone. Niektóre testy nie są multimodalne i badają tylko jedną ze zmiennych. Poniżej fragment kilku narzędzi autoewaluacji.



Wielowymiarowy (Multi-dimensional)

Skala do samooceny osoby jękającej się Wright i Ayre (*The Wright and Ayre Stuttering Self Rating Scale*) (WASSP; Wright, Ayre, 2000)) jest narzędziem służącym do samooceny klienta, szacującym stopień nasilenia jękania postrzegany przez dorosłą osobę jękającą się przed rozpoczęciem terapii i po jej zakończeniu. Jego 5 podskal stanowią: 1) komponent behawioralny, obejmujący częstość epizodów jękania, fizyczne zmaganie się podczas jękania, czas trwania etc.; 2) negatywne myśli przed, w trakcie i po mówieniu; 3) uczucia związane z jękaniem, takie jak frustracja, zawstydzenie, lęk etc.; 4) unikanie pewnych sytuacji i wypowiedania pewnych słów oraz 5) rozmowa o jękaniu i poziomie utrudnienia, jakie stwarza w życiu rodzinnym, pracy, kształceniu się. Skala nie zawiera norm ani limitowanej ważności informacji, ale posiada wewnętrzną wiarygodność uzyskaną metodą powtórnego testu. Większość danych pochodzi z badań prowadzonych w oparciu o wyniki terapii.

Ocena całościowa doświadczenia osoby jękającej się (*The Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering*) (OASES; Yaruss, Quesal, 2006, 2016)) składa się z testów dla trzech grup w następujących przedziałach wiekowych: OASES-S dla dzieci w wieku szkolnym (wiek 7–12 lat), OASES-T dla nastolatków (wiek 13–17 lat) i OASES-A dla dorosłych. Każdy z testów składa się z 4 części: 1) informacje ogólne (dotyczące mowy, jękania, itd.), 2) reakcje na jękanie (uczucia, zachowania, postawy), 3) komunikacja w życiu codziennym (ogólnie, dom, szkoła, społeczność, praca, itd.) i 4) jakość życia (w jaki sposób jękanie wpływa na życie codzienne). Test jest oparty na adaptacji Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF; WHO, 2001, *The WHO's International Classification of Functioning, Disability and Health*) i jest uaktualniany w toku badań empirycznych. Posiada odpowiednie właściwości psychometryczne, dostarcza liczbowej skali oceny oraz opisowej klasyfikacji stopnia wpływu jękania.

Afektywny

Wymiar afektywny może być oceniany przy zastosowaniu **Skali lęku przed negatywną ewaluacją (*Fear of Negative Evaluation Scale – FNES*)**, **Skali krótkotrwałego lęku przed negatywną ewaluacją (*Brief Fear of Negative Evaluation Scale – BFNE-II*)**, **Skali krótkotrwałego lęku przed negatywną ewaluacją – bezpośredni (*Brief Fear of Negative Evaluation Scale-Straight forward – BFNE-S*)**; (Watson, Friend, 1969), która zawiera 30, 12 i 8 elementów, stosowana jest odpowiednio jako narzędzie do pomiaru lęku przed negatywną oceną, charakterystycznych zachowań obserwowanych u osób z fobią społeczną. Lęk przed negatywną ewaluacją jest definiowany jako uczucie

niepokojem związane z lękiem przed oceną innych, dyskomfort odczuwany z powodu negatywnej oceny oraz oczekiwanie, że oceny innych osób będą negatywne. Test posiada dużą wartość psychometryczną, pozwala na rozróżnienie osób z fobią społeczną (*social anxiety disorder*; SAD), a uzyskane wyniki korelują z innymi pomiarami lęku, depresji i stanu ogólnego niepokojem doświadczanego przez osobę z fobią społeczną. Pomimo iż nie jest narzędziem do ewaluacji osób jąkających się, stosowano go w badaniach naukowych w przypadku tego zaburzenia mowy.

Skala fobii społecznej i lęku (*Social Phobia and Anxiety Inventory* (SPAI-23; Beidel i in., 2000)) stosowana jest do pomiaru zarówno fobii społecznej, jak i agorafobii. Skale SPAI są dostępne dla różnych grup wiekowych: SPAI dla wieku 14 lat i starszych, SPAI-B dla adolescentów (Garcia-Lopez i in., 2008) i SPAI-C dla dzieci (Beidel i in., 2000). Skrócona (23) wersja koreluje z 45-elementową skalą dla rodziców (SPAI) i ma takie same właściwości psychometryczne. Test ma trafność zbieżną z testem *Skala lęku przed negatywną oceną oraz unikania kontaktów społecznych i lęku (Fear of Negative Evaluation and Social Avoidance and Distress Scales* (SADS; Watson, Friend, 1969)). Ma dużą trafność różnicową oraz wiarygodność mierzoną metodą powtórzonego testu (*test-retest*) (Schry i in., 2012). Chociaż nie jest to narzędzie przeznaczone typowo do oceny jąkania, test ten jest stosowany do udokumentowania oceny skuteczności terapii u osób jąkających się (Scheurich i in., 2019).

Skala sytuacji interpersonalnych (*The Inventory of Interpersonal Situations* (IIS; Van Dam-Baggen, Kraaimaat, 1999, 2000)) bada komponent werbalno-poznawczy fobii społecznej. IIS składa się z dwóch części, które dokonują pomiaru poziomu dyskomfortu (lęku i napięcia emocjonalnego) i częstotliwości, z jaką w sytuacjach społecznych występują reakcje społeczne i stosowane są umiejętności komunikacyjne. IIS posiada pięć podskal: wyrażanie krytyki, wypowiadanie opinii, mówienie komplementów, inicjowanie kontaktu, wyrażanie pozytywnych opinii o sobie. 35 elementów testu odnosi się do sytuacji społecznych, które klient ocenia według pięciostopniowej skali Likerta w kategoriach: dyskomfort (brak lub bardzo duży) i częstotliwość występowania (nigdy – zawsze). Kilka międzynarodowych badań naukowych dowiodło trafności i wiarygodności IIS. Test jest przydatny do oceny poziomu lęku u osób jąkających się. Badania naukowe wykazały, że osoby jąkające się podawały znacznie wyższy poziom napięcia emocjonalnego i dyskomfortu w sytuacjach społecznych i znacznie niższą częstość reakcji społecznych w porównaniu do osób niejąkających się. Badanie potwierdziło ponadto, że około 50% wyników IIS w przypadku osób jąkających się umiejscowiło się w przedziale wyników pacjentów psychiatrycznych z fobią społeczną (Kraaimaat i in., 2002).



Percepcja

Skala poczucia umiejscowienia kontroli zachowania (*Locus of Control of Behavior Scale*) (LCB; Craig i in., 1984)) ocenia stopień, w jakim dana osoba postrzega relację przyczynowo-skutkową między własnym zachowaniem i konsekwencjami/nagrodami. Ta składająca się z 17 elementów skala typu skali Likerta rozróżnia typy osobowości: „wewnętrzny” (przypisujący wydarzenia kontroli własnej) oraz „zewnętrzny” (postrzegający spotykające kogoś wydarzenia jako wynikające z okoliczności zewnętrznych). Zmiany w LCB mogą pomóc przewidzieć utrzymywanie się lub remisję objawów. Uzyskane informacje pomagają logopedom pracować z klientem nad zmianą jego podejścia.

Erickson S-24 (Andrews, Cutler, 1974). Erickson S-24 to test do badania postawy składający się z 24 pytań typu prawda/fałsz, umożliwiający odróżnienie osoby jąkającej się od osoby mówiącej płynnie i mający wysoki poziom wiarygodności wewnętrznej. Dane uzyskiwane przed terapią i po jej zakończeniu wykazały, że postęp w osiągnięciu i utrzymanie większej płynności koreluje z bardziej pozytywną postawą wobec komunikacji. Brutten i Vanryckeghem (2003a) odkryli, że cztery elementy nie pozostawały w korelacji z całkowitym wynikiem, a jeden element był lingwistycznie przestarzały.

Niekorzystne myśli i przekonania dotyczące jąkania (*Unhelpful Thoughts and Beliefs about Stuttering*) (UTBAS / UTBAS-6; Clare i in., 2009)) dokonuje pomiaru elementów poznawczych w celu oceny lęku społecznego związanego z mową u jąkających się dorosłych. Elementy testu zostały stworzone w oparciu o zapis niekorzystnych myśli i przekonań zgłaszanych w historii przypadku u osób będących w programie terapeutycznym CBT. Iverach i jej współpracownicy (2009, 2016) sugerują, że osoby uzyskujące wynik równy lub wyższy od 5. decyla powinny zostać poddane ewaluacji psychologicznej. Dane normatywne dla tego testu wykazują, że osoby jąkające się z rozpoznaną fobią społeczną uzyskują znacznie wyższe wyniki w skali UTBAS. Pomimo że test jest długi i jego skrócona wersja (UTBAS-6) może być bardziej praktyczna, elementy testu mogą zainspirować osoby jąkające się i terapeutów do poważniejszej przebudowy zadania czy innych protokołów CBT (Menzies i in., 2009).

Skala pomiaru poczucia własnej skuteczności u osób dorosłych jąkających się (*The Self-Efficacy Scale for Adult Stutterers*) (SESAS; Ornstein, Manning, 1985)) i **Skala pomiaru poczucia własnej skuteczności u nastolatków (*Self Efficacy Scale for Adolescents*)** (SEA) przedstawiają hierarchię sytuacji komunikacyjnych od łatwych do trudnych. Zadaniem osób testowanych jest ocenienie: 1) swojego poczucia pewności siebie

przy znalezieniu się w takiej sytuacji i 2) poczucia pewności, że zdołają utrzymać płynność mowy w takiej sytuacji. Test dostarcza norm pozwalających na odróżnienie osoby jąkającej się od osoby mówiącej płynnie. Test posiada dużą wiarygodność i jest oparty na pięciu podstawowych konstrukcjach. Skala może być zastosowana dla wprowadzenia określonych scenariuszy terapeutycznych. Wyższe poczucie własnej skuteczności u osób jąkających się odpowiada wyższemu wynikowi odporności klientów (Craig i in., 2011).

Autoewaluacja: ocena nieformalna

Ocena nieformalna nie kieruje się żadnymi normami i powinna być przeprowadzana w celu zaprogramowania odpowiedniej interwencji terapeutycznej. Kombinacja kilku nieformalnych typów autoewaluacji może być podstawą uzyskania głębszego wglądu w doświadczenia osoby jąkającej się.

Wywiad z klientem – czy to przeprowadzany z dzieckiem, czy z osobą dorosłą – obejmuje spostrzeżenia, uczucia, zachowanie, przekonania etc. i wymaga zagłębienia się w informacje z historii przypadku, testów do badania autoewaluacji klienta oraz dokonania obserwacji własnych przez logopedę. Na etapie wywiadu pytamy o wyjaśnienia dotyczące informacji środowiskowych, przebytych terapii, obserwacji poczynionych przez logopedę oraz testy samooceny klienta. Ważne jest, aby ustalić, jaką wiedzę na temat jąkania i związanych z nim czynników posiada klient, czego poszukuje w terapii oraz jakie jest jego postrzeganie siebie i innych. Wywiad jest ważnym etapem pozwalającym na połączenie informacji pochodzących z różnych źródeł i podzielenie się z klientem wstępnymi planami terapii.

Wywiad z rodzicem/partnerem może wykazać, jaki poziom wiedzy o naturze jąkania i potencjalnym wpływie posiada rodzic czy partner, jaki może wywrzeć wpływ na osobę jąkającą się w codziennym życiu. Może być stosowany do zbadania postrzegania jąkania u dziecka, uczuć i postaw z nim związanych, sposobu, w jaki zdaniem bliskich dziecko reaguje na swoje jąkanie, ujawnić ich potencjalne obawy i poczucie winy. Informacje od rodziców lub życiowych partnerów osób jąkających się na temat komponentów ABC możemy porównać z informacjami od klienta. Jeżeli relacje się różnią, można się do nich odnieść, przedyskutować je. Możemy badać zjawiska, na temat których nie jest łatwo uzyskać informacje od klienta. Mogą one być punktem wyjścia, by stworzyć dla rodzica/partnera możliwości poszerzenia wiedzy lub skorzystania z porad specjalisty.



Wywiad z nauczycielem dostarcza wglądu w funkcjonowanie dziecka w środowisku szkolnym, które może się różnić od innych sytuacji. Nauczyciele widzą dziecko w różnych sytuacjach, które nie są dostępne dla rodzica lub logopedy. Poznanie punktu widzenia nauczyciela pozwala dokonać analizy wiedzy, myśli i postaw dziecka wobec jąkania i pomoże nauczycielowi poszerzyć wiedzę na temat tego zaburzenia. *Czy dziecko w klasie odpowiada na pytania i czy je zadaje? Czy dziecko bierze udział w zajęciach grupowych?* – tak wyglądają przykładowe pytania. Należy dowiedzieć się, czy dziecko wyraża frustrację lub zawstydzenie, gdy ma problem z mówieniem. Jak nauczyciel reaguje w takiej sytuacji i jak reagują inni uczniowie? Czy dziecko jest przedmiotem dokuczania i prześladowania (Blood, Blood, 2016)? Co robi nauczyciel, aby ułatwić dziecku udział w zajęciach klasowych (np. zaprasza dziecko do czytania na głos jako pierwsze)? Te informacje są bardzo istotne również w związku z włączeniem się kolegów z klasy i rówieśników do terapii dziecka.

Rysunki lub twórczość artystyczna, pisanie opowiadania, prowadzenie pamiętnika, pisanie esejów, dziennika wypowiedzi mogą być bazą do prowadzenia dyskusji o postawach i uczuciach związanych z mową i doświadczeniu jąkania. W zależności od wieku dziecka rysunek lub opowiadanie o tym, co dziecko czuje, może rzucić światło na wewnętrzne odczucia i myśli na temat jego mowy i indywidualne doświadczenie jąkania. Można również poprosić dziecko, aby zapisało rzeczy, które lubi w sobie, oraz rzeczy, w których nie jest jego zdaniem dobre lub których nie lubi. Można też poprosić klienta o prowadzenie dziennika z zapiskami o spotkaniach, na których się wypowiadał, i będzie to forma oceny w trakcie trwania terapii. Taki wgląd w fluktuacje mowy w różnych sytuacjach może stanowić punkt wyjścia do refleksji nad doświadczeniami i do rozproszenia pewnych negatywnych myśli. Dziennik dokumentuje także zmiany następujące w czasie trwania terapii.

Możemy poprosić klienta o **ustalenie hierarchii sytuacji komunikacyjnych**, które go martwią i powodują trudności w mówieniu – od najłatwiejszych do najtrudniejszych (wyciągnąć na jaw komentarz na temat jąkania). Z dziećmi możemy do tego celu użyć drabiny hierarchii. Dostarcza to logopedzie wiedzy, czy klient łączy uczucia lęku/niepokoju z konkretnymi sytuacjami, w których oczekuje zaburzeń w mówieniu, i innych stanowiących wyzwanie sytuacjach, które być może nie znalazły się w przeprowadzanym teście formalnym.

Analogię między doświadczeniem jąkania a **górami lodowymi** przedstawiono wcześniej. Tę paralelę możemy wykorzystać, prosząc klienta o naniesienie na obrazku góry lodowej jego fizycznych doświadczeń towarzyszących jąkaniu, zachowań, jakie może zaobserwować interlokutor, również tych wewnętrznych, „znajdujących się pod powierzchnią” (np. uczucia, myśli, postawy), znanych jedynie klientowi. Może to być znakomity początek konwersacji dotyczącej jawnych i ukrytych aspektów jąkania.

Obserwacja logopedy

Jak pokazano wcześniej, arkusze samooceny klienta są traktowane jako uzupełnienie obserwacji logopedy w zakresie objawów niepełności mowy, stosowania zachowań drugorzędowych w stosunku do jąkania i wszelkich widocznych aspektów. Przy założeniu, że osoba, która się jąka, nie jąka się tak samo w każdym otoczeniu i modalności, najlepszym rozwiązaniem będzie uzyskanie próbki czytania oraz swobodnej wypowiedzi. Jeszcze lepiej byłoby uzyskać próbki mowy nie tylko z gabinetu logopedy, ale także w innych codziennych środowiskach. Może to być szczególnie istotne, jeżeli klient lub rodzic podkreśla, że mówienie obserwowane w warunkach klinicznych nie jest reprezentatywnym przykładem mówienia w innych codziennych sytuacjach. Oczywiście w takim przypadku zdobycie próbek mowy w innym otoczeniu będzie miało podstawowe znaczenie. Jak podano wcześniej, definicja operacyjna i pomiar nasilenia jąkania są kluczowe w identyfikowaniu widocznych cech, jak na przykład rodzaj jąkania.

Próbka czytania

W diagnozie różnicowej oraz zdefiniowaniu jąkania klienta w kategoriach większej podatności na zmienne typu dźwięk/słowo czy też sytuacyjne należy zbadać kilka komponentów związanych z czytaniem oraz zaimprovizowaną wypowiedzią. Jednym z takich elementów jest ustalenie, czy klient antycypuje moment, w którym wystąpi u niego zająknięcie. Można to osiągnąć, prosząc klienta o ciche przeczytanie tekstu z zaznaczeniem słów, w których spodziewałby się zająknięć, jeśli miałby przeczytać ten tekst na głos. Można również ocenić niezmiennosć antycypacji problemu, zlecając klientowi wykonanie tego samego zadania dwukrotnie. Badania fazy antycypowania jąkania nie można zwykle dokonać u dzieci poniżej 10. roku życia. Po tym zadaniu następuje oczywiście czytanie na głos. Dla dorosłego wybieramy zwykle tekst liczący około 300 słów, a dla dziecka w wieku szkolnym tekst liczący 200 słów. Tekst dla dziecka musi być na poziomie znacznie niższym niż teksty czytane na co dzień przez dziecko, aby uniknąć trudności technicznych (np. napotkanie nieznanego słowa etc.). Następnie logopeda określa zgodność między antycypowanym i faktycznym jąkaniem, które jest zwykle mocniejsze w przypadku zająknięć związanych z określonym dźwiękiem/słowem niż antycypowaną sytuacją. Zgodność ta nie istnieje w przypadku osoby z niepełnością mowy na tle neurogenym lub występującym gielkotem.

Dwukrotne przeczytanie na głos tego samego tekstu (różnego od zastosowanego do oceny fazy antycypacji) służy nie tylko ewaluacji typu, częstotliwości, miejsca (słowa), w którym pojawia się brak płynności, ale również niezmienności występo-



wania jąkania i zdolności adaptacyjnych. Rzeczywiście, jeżeli jąkanie jest prawie niezmiennie (pojawia się przy konkretnej próbie lub przy rozpoczęciu czytania), może być to kolejna część łamigłówek wskazująca, że jąkanie występuje częściej w związku z głoską/słowem niż określoną sytuacją. Również brak niezmienności występowania jąkania jest typowy dla osób z gielkotem lub nie płynnością mowy o podłożu neurogennym. W dodatku adaptacja (zmniejszenie liczby zająkniętych głosek/sylab u osoby jękającej się przy wielokrotnym czytaniu tego samego tekstu) nie charakteryzuje dwóch zaburzeń przedstawionych powyżej.

Typ i częstotliwość nie płynności mają kluczowe znaczenie dla ustalenia, czy dana osoba jąka się, czy też najprawdopodobniej nie płynność ma inne podłoże. Większość naukowców i praktykujących logopedów zgadza się, że powtórzenia części słów (głoska lub sylaba), jednosylabowe powtórzenia, blokowanie się na dźwiękach, prolongacje głosek i przerwane słowa uważane są za typowe objawy jąkania. W ustaleniu, czy mamy przypadek jąkania, czy inne zaburzenie, mogą być pomocne obserwacje nie płynności w sposób molekularny, topograficzny, tzn. czy nie płynności towarzyszy napięcie, jak szybko następuje powtórzenie, jaka jest liczba powtórzeń, jaki jest czas trwania przedłużenia głoski itd. Wtrącenia, powtórzenia jednej frazy i wielosylabowe, niedokończone frazy i korekty uważane są za typowe przykłady nie płynności, które mogą być również sposobami radzenia sobie z jękaniem. Klient może np. wtrącać jakieś słowo czy dźwięk lub powtarzać pewną frazę poprzedzającą słowo, w którym obawia się zająknięcia. Należy dokładnie zbadać sposób używania tych „normalnych” nie płynności, aby rozpoznać, czy istnieje wzorec ich stosowania. Obecność typowych objawów nie płynności, bez jąkania, może wskazywać na zaburzenie płynności mowy różne od jąkania, jak ma to miejsce w przypadku gielkotu, lub na jeden z współistniejących objawów w zespole Tourette'a (Van Borsel i in., 2004). Miejsce jąkania – słowo lub określony typ fonemów, które sprzyjają wystąpieniu zająknięcia – stanowi również istotną informację. Osoby jękające się zwykle robią to na początkowych dźwiękach w słowie, podczas gdy w przypadku innych zaburzeń może nie być to regułą (nie płynność o podłożu neurogennym lub jeden ze współistniejących objawów danej jednostki chorobowej). Typ fonemu, jego miejsce i sposób artykulacji, dostarczają cennych informacji w związku ze strategiami upłynniania mowy, które mogą znaleźć zastosowanie w terapii w określonym przypadku.

Podsumowując, trzeba wskazać, że całkowita liczba i procent zająkniętych słów lub sylab, typ objawów jąkania i inne nie płynności, istotne fonemy i ich umiejscowienie, liczba powtórzeń, czas trwania prolongacji, obecność niezmienności i adaptacji – wszystkie te czynniki wspomagają logopedę w dokonaniu wnikliwej obserwacji.

Próbka mowy spontanicznej

Zbieranie próbek mowy spontanicznej podczas wygłaszania przez klienta monologu i w czasie konwersacji jest również kluczowym elementem oceny płynności mowy. Składająca się z 300 słów próbka mowy uzyskiwana jest podczas wypowiedzi klienta opartych na odpowiednich dla wieku obrazkach sytuacyjnych oraz konwersacji z logopedą. Podobnie jak w przypadku czytania zwracamy uwagę na typ i częstotliwość jąkania i inne objawy nie płynności, jak ich niezmiennosć związaną z niektórymi trudnymi dźwiękami/słowaami, miejscami występowania zająknięć oraz sposobami radzenia sobie z jąkaniami. Dodatkowo pomiar tempa mowy pozwoli nam ustalić, jakie będą potencjalnie przydatne strategie terapeutyczne.

Porównanie płynności podczas czytania i spontanicznego mówienia pozwala ustalić, czy osoba jąkająca się bardziej traci płynność w przypadku określonych (trudnych) słów, czy w danych sytuacjach. Jest to widocznie szczególnie w zróżnicowanej częstotliwości jąkania w obu tych okolicznościach. Jeżeli więcej jąkania występuje podczas czytania niż w spontanicznej mowie, obserwujemy relatywnie wysoką zgodność miejsca jąkania podczas czytania, relatywnie wysoką korelację pomiędzy *antycypowaną* i *faktyczną* częstotliwością jąkania, przy jednoczesnym braku zdolności adaptacyjnych, jąkanie się tej osoby będzie w dużej mierze determinowało występowanie określonych słów. Jeżeli odnotujemy przeciwne zjawisko, ta osoba będzie częściej jąkać się w określonych sytuacjach, chociaż zwykle występują obie te formy jąkania z dominacją jednej lub drugiej. U dzieci w wieku przedszkolnym zgodność miejsca jąkania możemy mierzyć w oparciu o dwukrotne, sukcesywne nazywanie obrazków na kartach (np. obrazków pochodzących z testu do badania artykulacji) i/lub powtórne powtórzenie zdań wybranych odpowiednio do wieku dziecka. Powyższe informacje dotyczące czytania i spontanicznej mowy możemy uzyskać przez nieformalne czytanie oraz zbieranie i analizę próbek mowy. Można również zastosować Test SSI-4 (Riley, 2009) do wyznaczenia częstotliwości jąkania się podczas czytania oraz zadania ustnego i wziąć pod uwagę czas trwania trzech najdłuższych epizodów jąkania. Wyróżniono kilka kategorii zachowań mających na celu radzenie sobie z jąkaniami, które mogą być ocenione przez logopedę w oparciu o 6-punktową skalę. To narzędzie dostarcza norm i posiada wiarygodne właściwości psychometryczne.

Ustalenie, czy maskowanie lub czytanie chóralne ma pozytywny wpływ na jąkanie, może również pomóc w dokonaniu diagnozy różnicowej, ponieważ techniki te nie przynoszą skutku w przypadku osób z nie płynnością mowy na innym podłożu (np. nie płynność neurogenna). Korzyścią wynikającą z zastosowania maskowania lub czytania chóralnego pod koniec fazy wczesnej oceny jest to, że pokazuje klien-



towi, jeżeli jego mowa natychmiast się poprawi, że mechanizmy mowy są *zdolne* do produkowania bardziej płynnego mówienia.

Od oceny opartej na faktach do terapii opartej na faktach

Jak stwierdzono wcześniej, zdaniem autorki ocena wielowymiarowa powinna być podstawą rzetelnej oceny różnicowej i wyznaczyć kierunek terapii. Ocena wielowymiarowa obejmuje współzależność między negatywnymi emocjami, zakłóceniami mowy, negatywnym podejściem do mowy, zachowaniami unikowymi i uciezkowymi. Oparte na faktach procedury testowe zaopatrują logopedę w szczegółowe narzędzia do badania samooceny klienta w zakresie niepełności, dźwięków / słów / sytuacji stanowiących problem dla osoby jąkającej się, strategii unikania i ucieczki, zachowań będących sposobem radzenia sobie z jąkaniem oraz czynników poprzedzających i konsekwencji tych zachowań w postaci negatywnych emocji i postaw.

Kluczowe jest, aby dane uzyskane w procesie oceny umożliwiły logopedzie stworzenie „mapy drogowej” terapii, która będzie nacelowana na konkretnego klienta, opracowana w oparciu o jego potrzeby oraz wielowymiarowa w swej naturze. Jak wykazała analiza metadanych (Herder i in., 2006; Nye i in., 2013), nie ma jednego typu terapii czy zestawu procedur, które mogłyby pomóc każdemu. W dodatku wielkość efektów terapii jest różna u poszczególnych klientów, stosowane strategie nie wykluczają się wzajemnie i mają charakter interaktywny oraz kumulacyjny. Ich efektywność zależy częściowo od taktyk stosowanych w terapii jąkania czy sposobów radzenia sobie z jąkaniem, stopnia nasilenia i złożoności występujących zachowań, długości zaburzenia, realistycznych oczekiwań, antycypowanej poprawy, zaangażowania klienta, praktyki opartej na systematycznych spotkaniach czy dłuższych sesjach w większym odstępie czasowym.

Pytania kontrolne

1. Wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF; WHO, 2001):
 - a) sugerują, że środowisko odgrywa ważną rolę w przypadku jąkania;
 - b) biorą pod uwagę wyłącznie przyczyny typu „natura” (czynniki genetyczne), nie uwzględniając czynników związanych z wychowaniem („nature”, nie „nurture”);
-

- c) wskazują, że budowa anatomiczna i funkcjonowanie ciała są czynnikami koniecznymi w ocenie choroby czy zaburzenia;
 - d) a + c.
2. W przypadku testu autoewaluacji typu 'stan' i 'cecha':
- a) termin *stan* odnosi się do lęku;
 - b) termin *stan* odnosi się do konkretnej sytuacji;
 - c) termin *cecha* odnosi się do krótkotrwałego wydarzenia;
 - d) nie ma różnicy w przedmiocie badania.
3. Zestaw testów służących do oceny zachowania (*The Behavior Assessment Battery*; BAB):
- a) zawiera pięć różnych podtestów;
 - b) istnieje tylko w wersji dla dorosłych;
 - c) bada afektywny, behawioralny oraz poznawczy komponent jąkania;
 - d) jest narzędziem do pomiaru nasilenia jąkania.
4. Które z poniższych zdań jest poprawne:
- a) przy dokonywaniu oceny wystarczy uzyskać próbkę mowy podczas czytania na głos lub spontanicznej wypowiedzi;
 - b) definicja operacyjna jąkania nie jest konieczna, ponieważ wszyscy używamy tej samej klasyfikacji;
 - c) informacja, na których fonemach najczęściej występuje zająknięcie, nie jest użyteczna;
 - d) powinno się uzyskać próbkę mowy podczas czytania i spontanicznej wypowiedzi.
5. Podczas oceny czytania można badać następujące zagadnienia:
- a) typ i częstotliwość niepełności;
 - b) adaptację;
 - c) antycypację;
 - d) zgodność;
 - e) wszystkie powyższe.

Rekomendowana literatura

- Bloodstein, O., Bernstein Ratner, N., & Brundage, S. (2021). *A handbook on Stuttering*. Seventh Edition. Plural Publishing Inc.
- Hegde, M.N., & Freed, D. (2022). *Assessment of communication disorders in adults: Resources and protocols*. Third Edition. Plural Publishing Inc.
- Hegde, M.N., & Freed, D. (2022). *Assessment of communication disorders in children: Resources and protocols*. Fourth Edition. Plural Publishing Inc.



Logan, K. (2022). *Fluency Disorders: Stuttering, Cluttering, and Related Fluency Problems*. Second Edition. Plural Publishing, Inc.

Manning, W., & DiLollo, A. (2018). *Clinical Decision Making in Fluency Disorders*. Fourth Edition. Plural Publishing Inc.

Bibliografia

Andrews, G., Cutler, J. (1974). Stuttering therapy: the relation between changes in symptom level and attitudes. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 39, 312.10.1044/jshd.3903.312.

Beidel, D.C., Turner, S.M., Hamlin, K., Morris, T.L. (2000). The social phobia and anxiety inventory for children (SPAI-C): external and discriminative validity. *Behavior Therapy*, 31, 75–87. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(00\)80005-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(00)80005-2).

Bernardini, S., Vanryckeghem, M., Brutten, G., Cocco, L., Zmarich, C. (2009). Communication attitude of Italian children who do and do not stutter. *Journal of Communication Disorders*, 42, 155–161.

Blood, G.W., Blood, I.M. (2016). Long-term consequences of childhood bullying in adults who stutter: social anxiety, fear of negative evaluation, self-esteem, and satisfaction with life. *Journal of Fluency Disorders*, 50, 72–84.

Blumgart, E., Tran, Y., Craig, A. (2010). Social anxiety disorder in adults who stutter. *Depression and Anxiety*, 27, 687–692.

Brutten, G., Vanryckeghem, M. (2003a). *Behavior Assessment Battery: a multi-dimensional and evidence-based approach to diagnostic and therapeutic decision making for adults who stutter*. Organization for the Integration of Handicapped People, Belgium & Acco Publishers.

Brutten, G., Vanryckeghem, M. (2003b). *Behavior Assessment Battery: a multi-dimensional and evidence-based approach to diagnostic and therapeutic decision making for children who stutter*. Organization for the Integration of Handicapped People, Belgium & Acco Publishers.

Brutten, G., Vanryckeghem, M. (2007). *Behavior Assessment Battery for school-age children who stutter*. Plural Publishing, Inc.

Clare, T.S., Menzies, R.G., Onslow, M., Packman, A., Thompson, R., Block, S. (2009). Unhelpful thoughts and beliefs linked to social anxiety in stuttering: development of a measure. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 44, 338–351. 10.1080/13682820802067529.

Chowkalli Veerabhadrapa, R., Vanryckeghem, M., Santosh, M. (2020). Communication attitude of Kannada-speaking school-age children who do and do not stutter. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*. 10.1159/000505423.

Chowkalli Veerabhadrapa, R., Vanryckeghem, M., Santosh, M. (2021). The Speech Situation Checklist-Emotional Reaction: Normative and comparative study of Kan-

- nada speaking CWS and CWNS. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 10.1080/17549507.2020.1862301.
- Cordes, A., Ingham, R. (1999). Effects of time-interval judgment training on real-time measurement of stuttering. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 42, 862–879.
- Craig, A., Blumgart, E., Tran, Y. (2011). Resilience and stuttering: factors that protect people from the adversity of chronic stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 54, 1485–1496. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2011/10-0304\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2011/10-0304)).
- Craig, A., Franklin, J., Andrews, G. (1984). A scale to measure locus of control of behaviour. *British Journal of Medical Psychology*, 57, 173–180.
- Gačnik, M., Vanryckeghem, M. (2014). The Slovenian Communication Attitude Test (CAT-SLO): a comparison of the communication attitude of Slovenian children who do and do not stutter. *Cross-Cultural Communication*, 10, 85–91.
- Garcia-Lopez, L.J., Hidalgo, M.D., Beidel, D.C., Olivares, J., Turner, S. (2008). Brief Form of the Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI-B) for Adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, 24, 150–156. 0.1027/1015-5759.24.3.150.
- Guntupalli, V., Kalinowski, J., Saltuklaroglu, T. (2006). The need for self-report data in the assessment of stuttering therapy efficacy: repetitions and prolongations of speech. The stuttering syndrome. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 41, 1–18. 10.1080/13682820500126627.
- Herder, C., Howard, C., Nye, C., Vanryckeghem, M. (2006). Effectiveness of behavioral stuttering treatment: a systematic review and meta-analysis. *Contemporary Issues in Communication Sciences and Disorders*, 33, 61–73.
- Ingham, R., Cordes, A. (1992). Interclinic differences in stuttering-event counts. *Journal of Fluency Disorders*, 17, 171–176.
- Iverach, L., O'Brian, S., Jones, M., Block, S., Lincoln, M., Harrison, E., Onslow, M. (2009). Prevalence of anxiety disorders among adults seeking speech therapy for stuttering. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 928–934.
- Iverach, L., Heard, R., Menzies, R., Lowe, R., O'Brian, S., Packman, A., Onslow, M. (2016). A brief version of the unhelpful thoughts and beliefs about stuttering scales: the UTBAS6. *Journal of Speech, Language & Hearing Research*, 59, 964–972.
- Kawai, N., Healey, C., Nagasawa, T., Vanryckeghem, M. (2012). Communication Attitude of Japanese School-Age Children Who Stutter. *Journal of Communication Disorders*, 45, 348–354.
- Kraaimaat, F.W., Vanryckeghem, M., Van Dam-Baggen, R. (2002). Stuttering and social anxiety. *Journal of Fluency Disorders*, 27, 319–331.
- Menzies, R., O'Brian, S., Onslow, M., Packman, A., St Clare, T., Block, S. (2008). An experimental clinical trial of a cognitive-behavior therapy package for chronic stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51, 1451–1464.



- Menzies, R.G., Onslow, M., Packman, A., O'Brian, S. (2009). Cognitive behavior therapy for adults who stutter: a tutorial for speech-language pathologists. *Journal of Fluency Disorders*, 34, 187–200. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2009.09.002>.
- Neumann, S., Vanryckeghem, M., Tiefenthaller, R., Rietz, C., Stenneken, P. (2019). The German Communication Attitude Test for Preschool and Kindergarten Children Who Stutter (KiddyCAT-G): reliability and first reference data. *Journal of Speech Pathology & Therapy*, 3, 1–6. 10.4172/2472-5005.1000138.
- Novšak Brce, J., Vanryckeghem, M. (2017). Communication attitude of Slovenian preschool children who do and do not stutter. *Journal of Speech Pathology and Therapy*, 2, 1–5. DOI: 10.4172/2472-5005.1000124.
- Novšak Brce, J., Vanryckeghem, M., Kosir, S., Jerman, J. (2015). Odnos do lastnega govora pri predšolskih otrocih, ki jecljajo. W: T. Devjak, red., *Vpliv družbenih sprememb na vzgojo in izobraževanje*, 1 (s. 205–220). Faculty of Education Ljubljana.
- Nye, C., Vanryckeghem, M., Schwartz, J., Herder, C., Turner, H., Howard, C. (2013). Behavioral stuttering interventions for children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 56, 921–932.
- Ornstein, A.F., Manning, W.H. (1985). Self-efficacy scaling by adult stutterers. *Journal of Communication Disorders*, 18, 313–320. 10.1016/0021-9924(85)90008-5.
- Riley, G. (2009). *Stuttering Severity Instrument (SSI-4)*. Pro-ed.
- Scheurich, J.A., Beidel, D.C., Vanryckeghem, M. (2019). Exposure therapy for social anxiety disorder in people who stutter: an exploratory multiple baseline design. *Journal of Fluency Disorders*, 59, 21–32. /10.1016/j.jfludis.2018.12.001.
- Schry, A.R., Roberson-Nay, R., White, S.W. (2012). Measuring social anxiety in college students: a comprehensive evaluation of the psychometric properties of the SPAI-23. *Psychological Assessment*, 24, 846–854. <https://doi.org/10.1037/a0027398>.
- Shafiei, B., Rafati, M., Vanryckeghem, M., Maghamimehr, A. (2016). Determination of the validity and reliability of the Communication Attitude test for Preschool and Kindergarten Children Who Stutter. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 5, 58–67.
- Sheehan, J. (1970). *Stuttering: research and therapy*. Harper & Row.
- Spielberger, C.D. (1989). *State-Trait Anxiety Inventory: bibliography* (2nd ed.). Consulting Psychologists Press.
- Stein, M.B., Baird, A., Walker, J.R. (1996). Social phobia in adults with stuttering. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 278–283.
- Van Borsel, J., Goethals, L., Vanryckeghem, M. (2004). Disfluency in Tourette syndrome. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 56, 358–366.
- Van Dam-Baggen, R., Kraaimaat, F.W. (1999). Assessing social anxiety: The Inventory of Interpersonal Situations (IIS). *European Journal of Psychological Assessment*, 1, 25–38.
-

- Van Dam-Baggen, R., Kraaimaat, F.W. (2000). Group social skills training or cognitive group therapy as a clinical treatment of choice for generalized social phobia? *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 437–451.
- Valinejad, V., Yadegari, F., Vanryckeghem, M. (2018). Reliability, validity and normative investigation of the Persian version of the Communication Attitude Test for Adults Who Stutter (BigCAT). *Applied Neuropsychology: Adult*. 10.1080/23279095.2018.1480482.
- Vanryckeghem, M. (1995). The Communication Attitude Test: A concordancy investigation of stuttering and nonstuttering children and their parents. *Journal of Fluency Disorders*, 20, 191–203.
- Vanryckeghem, M. (2018). Wielowymiarowa, oparta na dowodach diagnoza prowadząca do wielopłaszczyznowej terapii jękania. W: K. Wesierska, K. Gawęł, red., *Zaburzenia płynności mowy* (s. 30–43). Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- Vanryckeghem, M. (2019). Attitudes in stuttering. W: J. Damico, M. Ball (red.), *The SAGE encyclopedia of human communication sciences and disorders* (Vol. 1, s. 187–192). SAGE Publications, Inc.
- Vanryckeghem, M., Brutton, G. (1992). The Communication Attitude Test: A test-retest reliability investigation. *Journal of Fluency Disorders*, 17, 177–190.
- Vanryckeghem, M., Brutton, G. (1996). The relationship between communication attitude and fluency failure of stuttering and nonstuttering children. *Journal of Fluency Disorders*, 21, 109–118.
- Vanryckeghem, M., Brutton, G. (1997). The speech associated attitude of stuttering and non-stuttering children and the differential effect of age. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 6, 67–73.
- Vanryckeghem, M., Brutton, G. (2007). *The KiddyCAT: Communication attitude test for Preschool and Kindergarten Children Who Stutter*. Plural Publishing, Inc.
- Vanryckeghem, M., Brutton, G. (2011). The BigCAT: a normative and comparative investigation of the communication attitude of stuttering and nonstuttering adults. *Journal of Communication Disorders*, 44, 200–206.
- Vanryckeghem, M., Brutton, G. (2012). A comparative investigation of the BigCAT and Erickson S-24 measures of speech-associated attitude. *Journal of Communication Disorders*, 45, 340–347.
- Vanryckeghem, M., Brutton, G. (2015a). *The KiddyCAT: Communication Attitude Test for Preschoolers Who Stutter*. Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- Vanryckeghem, M., Brutton, G. (2015b). *KiddyCAT: Communication Attitude Test voor Kleuters*. SIG.
- Vanryckeghem, M., Brutton, G. (2017). *The Behavior Assessment Battery for School-Age Children Who Stutter*. Edizioni Centro Studi Erickson.
- Vanryckeghem, M., Brutton, G. (2018). *The Behavior Assessment Battery for Adults Who Stutter*. Plural Publishing, Inc.



- Vanryckeghem, M., Brutten, G. (2020a). *Testna Baterija Za Oceno osnovnošolskih otrok, ki jec-ljajo*. Center za Komunikacijo.
- Vanryckeghem, M., Brutten, G. (2020b). *Speech Situation Checklist-Emotional Reaction in Kan-nada for School-Age Children Who Stutter*. All India Institute of Speech and Hearing.
- Vanryckeghem, M., Brutten, G. (2020c). *Communication Attitude Test in Kannada for School-Age Children Who Stutter*. All India Institute of Speech and Hearing.
- Vanryckeghem, M., Brutten, G. (2020d). *CAT: Communication Attitude Test for School-age Chil-dren Who Stutter*. The Panhellenic Association of Logopedists and Speech Therapists, and the Association of Registered Speech-Language Pathologists.
- Vanryckeghem, M., Brutten, G. (2020e). *KiddyCAT: Communication Attitude Test for Pre-schoolers Who Stutter*. The Panhellenic Association of Logopedists and Speech Therapists, and the Association of Registered Speech-Language Pathologists.
- Vanryckeghem, M., Brutten, G. (2021). *BAB: Bateria testów do oceny zachowań dla dzieci w wie-ku szkolnym, które się jkają*. Centrum Logopedyczne.
- Vanryckeghem, M., Brutten, G., Hernandez, L. (2005). A comparative investigation of the speech-associated attitude of preschool and kindergarten children who do and do not stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 30, 307–318.
- Vanryckeghem, M., Brutten, G., Uddin, N., Van Borsel, J. (2004). A comparative investigation of the speech-associated coping responses reported by adults who do and do not stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 29, 237–250.
- Vanryckeghem, M., De Niels, T., Vanrobaeys, S. (2015). The KiddyCAT: a test-retest and comparative investigation of stuttering and nonstuttering Belgian preschoolers. *Cross-Cultural Communication*, 11, 10–16.
- Vanryckeghem, M., Hylebos, C., Peleman, M., Brutten, G. (2001). The relationship between communication attitude and emotion of children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 26, 1–15.
- Vanryckeghem, M., Matthews, M., Xu, P. (2017). Speech Situation Checklist-Revised: investi-gation with adults who do not stutter and treatment-seeking adults who do stutter. *Ame-rican Journal of Speech-Language Pathology*, 26, 1129–1140. 10.1044/2017_AJSLP-16-0170.
- Vanryckeghem, M., Muir, M. (2016). The Communication Attitude Test for Adults Who Stut-ter (BigCAT): a test-retest reliability investigation among adults who do and do not stutter. *Journal of Speech Pathology and Therapy*, 1, 1–4. 10.4172/jspt.10001.
- Vanryckeghem, M., Mukati, A. (2006). The Behavior Assessment Battery: a preliminary stu-dy of nonstuttering Pakistani grade-school children. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 41, 583–589.
- Watson, D., Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448–457. 10.1037/h0027806.
- Węsierska, K., Vanryckeghem, M. (2015). A comparison of communicative attitudes among stuttering and nonstuttering Polish preschoolers using the KiddyCAT. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 193c, 278–284.
-

- Węsierska, K., Vanryckeghem, M., Jeziorczak, B., Wilk, B. (2014). Porównanie postaw komunikacyjnych mówiących płynnie i jękanymi się polskojęzycznych dzieci w wieku przed-szkolnym. *Forum Logopedyczne*, 22, 70–79.
- Węsierska, K., Vanryckeghem, M., Krawczyk, A. (2020). Comprehensive diagnosis of Polish school-age children who stutter: normative and psychometric investigation of the Behavior Assessment Battery. *Konteksty Pedagogiczne*, 2, 261–276.
- Węsierska, K., Vanryckeghem, M., Krawczyk, A., Danielowska, M., Faściszewska, M., Tuchowska, J. (2018). Behavior Assessment Battery: Normative and psychometric investigation among Polish adults who do and do not stutter. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 27, 1224–1234. DOI: 10.1044/2018_AJSLP-ODC11-17-0187.
- World Health Organization (2001). *The international classification of functioning, disability and health*. World Health Organization.
- Wright, L., Ayre, A. (2000). *WASSP: Wright & Ayre Stuttering Self-Rating Profile*. Speechmark Publishing Ltd.
- Yaruss, J.S., Quesal, R. (2006). Overall assessment of the speaker's experience of stuttering (OASES). *Journal of Fluency Disorders*, 31, 90–115.

