

# Rozdział 10

Anke Kohmäscher, Patricia Sandrieser, Peter Schneider

## KIDS – metoda modyfikacji jąkania dla dzieci w wieku szkolnym

### Wprowadzenie

Rozwinięcie skrótu: *KIDS*, czyli: *Dzieciom wolno się jąkać*, to prowokacyjna wypowiedź stanowiąca trzon konceptu terapeutycznego autorstwa Sandrieser i Schneidera (2015). W tym zdaniu zawarli oni kluczowy aspekt metody: brak unikania. Nie oznacza to jednak, że dzieci są pozostawione „na pastwę” jąkania. Przywołane zdanie powinno być uzupełnione następująco: *Mogą się nauczyć, jak to robić lekko, bez lęku i dzięki temu odnosić sukcesy w komunikacji oraz w życiu społecznym*. Jeśli bowiem jąkanie jako zachowanie niepożądane będzie podlegało sankcjom w społeczeństwie i dzieci przyjmą takie nastawienie, objawy jąkania będą traktowały jako błędy, z których trzeba się wydostać tak szybko, jak to tylko możliwe, co doprowadzi do zwiększonego wysiłku i reakcji ucieczki. Z powodu lęku przed wystąpieniem kolejnego objawu oraz negatywnych reakcji otoczenia będą one unikały jąkania. W konsekwencji obniży się jakość ich życia. Natomiast gdy doświadczą przyzwolenia na jąkanie, nastąpi przerwanie zakłętego kręgu, a strach oraz reakcje walki i unikania okażą się zbędne. Dlatego też *KIDS* koncentruje się z jednej strony na emocjonalnych, poznawczych i społecznych aspektach jąkania, a także na intensywnym włączaniu otoczenia, z drugiej zaś strony przekazuje kluczowe strategie służące kontrolowaniu zająknięć – z tego powodu *KIDS* zaliczane jest do nurtu modyfikacji jąkania (Natke, Kohmäscher, 2020). Metoda ta została opracowana w dwóch wersjach: *Mini-KIDS* (Sandrieser, Schneider, 2015; Waelkens, 2018) dla dzieci w wieku 2–6 lat oraz *Schul-KIDS* dla dzieci w wieku 7–12 lat. W dalszej części artykułu metoda *KIDS* początkowo opisywana będzie całościowo, następnie autorzy będą się koncentrować na *Schul-KIDS*.

Sytuacja jąkających się dzieci w wieku szkolnym różni się pod wieloma względami od sytuacji dzieci młodszych. Po rozpoczęciu nauki w szkole podstawowej



dzieci te są konfrontowane z wielorakimi, językowo i emocjonalnie wymagającymi sytuacjami komunikacyjnymi. Przyjaciele stają się coraz ważniejsi (Daniels i in., 2012) a prawdopodobieństwo bycia wyśmiewanym i/lub prześladowanym jest w wypadku dzieci jąkających się większe, niż u ich niejąkających się rówieśników (Erickson, Block, 2013). Ponadto znacznie zmniejszają się szanse na trwałe, samoistne ustąpienie objawów jąkania (remisję); podczas gdy u dzieci w wieku poniżej 10 lat prawdopodobieństwo wystąpienia remisji sięga 75%, to w przedziale wiekowym 8–12 lat jest znacząco niższe i wynosi 50% (DGPP, 2016). Z tego właśnie powodu tak ważną jest skuteczna terapia jąkania u dzieci w wieku szkolnym, pozwalająca uzyskać przynajmniej wyraźną poprawę w zakresie objawów i zapobiec ich negatywnemu wpływowi powodującemu np. lęk przed mówieniem w szkole. Metody z nurtu modyfikacji jąkania, jak np. *KIDS*, oparte na podejściach opracowanych z myślą o osobach dorosłych, uwzględniają także specyficzne potrzeby dzieci w wieku szkolnym. Zgodnie z wynikami badań szczególne znaczenie mają poczucie sprawczości i odporność psychiczna, które znacząco wpływają na jakość życia (Carter i in., 2017; Plexico i in., 2019).

Liczba badań nad skutecznością terapii w tym przedziale wiekowym jest bardzo niewielka (szczególnie jeśli chodzi o modyfikację jąkania) i ogranicza się do terapii grupowej. Laiho i Klippi (2007) dowiedli ilościowej i jakościowej poprawy w zakresie symptomatyki jąkania uzyskanej w wyniku intensywnej terapii w grupie 21 dzieci w wieku 6,8–14 lat, która utrzymywała się po 9 miesiącach od zakończenia terapii. Podejścia w nurcie modyfikacji jąkania mogą być zatem skuteczne w przypadku dzieci w ww. przedziale wiekowym, jednakże poziom ich skuteczności jest obecnie nieznanym, a dostępnych dowodów nie można po prostu przenieść na inne formy terapii.

### **Historia powstania i podłoże teoretyczne metody *KIDS***

Podejście modyfikacji jąkania w terapii osób dorosłych jest od bardzo dawna szeroko rozpowszechnione w Niemczech i już wcześniej niektórzy logopedzi wykorzystywali elementy modyfikacji jąkania do pracy z dziećmi w wieku szkolnym, nie publikując jednak swoich doświadczeń. Przyczyną trzeba, że (jak w wielu innych krajach) panowała tu duża niepewność co do tego, w jaki sposób najlepiej pomóc jąkającym się dzieciom w wieku szkolnym, a wielu logopedów unikało podejmowania się terapii jąkania. Częściej stosowano podejścia pośrednie lub psychoterapeutyczne. Nawet jeśli pracowano bezpośrednio nad mową, pojawiała się wielka niechęć do zajmowania się emocjonalnym aspektem jąkania. Wraz z rozpowszechnieniem ujęcia Della (1971, 2000; Dell, Starke, 2001; Schneider, 1999) i rozwinięcia go do formy

---

utrwalonej w ramach *KIDS* (Sandrieser, Schneider, 2015) w latach 90. XX w. zmienił się pejzaż terapeutyczny. Od tego czasu metoda *KIDS* stała się jednym z najczęściej stosowanych podejść terapeutycznych dla jękających się dzieci w wieku szkolnym w Niemczech. Niniejszy rozdział odnosi się do sytuacji w tym kraju.

Aby ułatwić czytelnikowi odniesienie do realiów jego kraju, zostaną pokrótce opisane podstawowe warunki obowiązujące w Niemczech: terapia jest tutaj możliwa wyłącznie na zlecenie lekarza, z reguły koszty terapii pokrywają kasy chorych. Dzieci w wieku szkolnym przechodzą terapię przeważnie w prywatnych gabinetach. Utrudnia to przepracowywanie sytuacji szkolnych, gdyż brak jest łączności logopedy ze szkołą. Dlatego też jest dużo łatwiej, gdy włączymy w ten proces rodziców<sup>1</sup>.

Sandrieser i Schneider (2015) zakładają istnienie wrażliwego, w przeważającej części genetycznie uwarunkowanego, neurofizjologicznego systemu sterowania mową. W większości przypadków u dzieci w wieku szkolnym właściwość ta się utrzymuje i w momencie zadziaływania czynników wyzwalających prowadzi do zaburzeń płynności mowy charakterystycznych dla jąkania (Packman, Attanasio, 2010). Te z kolei są powiązane z utratą kontroli. Dzieci rozwijają intuicyjne strategie radzenia sobie z tym deficytem. Jeśli brak jest objawów wtórnych (lub występują one w niewielkim nasileniu) oraz brak obciążających reakcji psychicznych na jąkanie, oznacza to, że dziecko dysponuje funkcjonalnymi strategiami radzenia sobie. Natomiast dysfunkcyjne strategie radzenia sobie w momencie utraty kontroli cechuje wysiłek podczas objawu, unikanie mówienia i sytuacji komunikacyjnych, jak również reakcje emocjonalne i poznawcze. Mogą się one wyrażać np. poprzez lęk przed mówieniem i sytuacjami komunikacyjnymi, obniżone poczucie sprawczości, samooceny jako mówcy oraz osłabioną odporność psychiczną (Boyle i in., 2018; Carter i in., 2019). *Schul-KIDS* przychodzi z pomocą w przypadku dysfunkcyjnych strategii radzenia sobie jękającego się dziecka, wzmacnia odporność psychiczną, umożliwiając sprawczość w momencie zajknięcia, podczas mówienia i ogólnie podczas komunikacji, obniża poziom lęku przed mówieniem i jąkaniem, podnosząc kompetencje komunikacyjne oraz oferując przestrzeń do przepracowywania obciążających doświadczeń. Dodatkowo tworzy dobrze poinformowane i wspierające otoczenie społeczne, tak szeroko, jak to tylko możliwe.

## Pytania i procedury diagnostyczne

*KIDS* jako podejście zindywidualizowane zakłada zróżnicowany proces diagnozy, zorientowany, podobnie jak cele metody, na model ICF (WHO, 2001). Poza pozio-

---

<sup>1</sup> Mamy tu na myśli nie tylko rodziców biologicznych, ale także opiekunów prawnych dziecka.



mem funkcji ciała, a więc jakości mówienia i jąkania, bardzo istotne są aktywność, uczestniczenie, czynniki osobowe i czynniki środowiskowe. Szczegółowy wywiad oraz proces diagnozy odbywają się na początku terapii i stanowią podstawę poradnictwa, dzięki któremu opiekunowie mogą podjąć decyzje odnośnie do dalszego postępowania. Diagnostyka towarzysząca procesowi terapeutycznemu, już nie tak obszerna, służy ciągłemu dopasowywaniu metody *KIDS* do aktualnej sytuacji oraz ułatwia ewaluację terapii podczas diagnozy końcowej.

Trzystopniowa diagnoza wstępna według *KIDS* rozpoczyna się od sprawdzenia, czy rzeczywiście mamy do czynienia z jąkaniem. W drugim kroku, na podstawie badania ilościowego i jakościowego objawów jąkania, uczestnictwa w codziennym życiu, a także oceny poziomu obciążenia psychicznego, określa się zapotrzebowanie na terapię, a w trzecim kroku ustala się jej cele. W przypadku gdy dane z wywiadu albo próbka mowy spontanicznej wskazują na potrzebę dalszego diagnozowania w innych obszarach (np. występuje podejrzenie specyficznego zaburzenia rozwoju mowy) lub zachodzi potrzeba diagnostyki różnicowej (por. tiki, gielkot), obszary te muszą zostać udokumentowane i stanowić przedmiot konsultacji.

### **Wywiad oraz zbieranie danych diagnostycznych**

Zbieranie danych w procesie diagnozy wstępnej odbywa się w czasie wywiadu z opiekunami i z dzieckiem z wykorzystaniem formularzy diagnostycznych oraz podczas badania mowy spontanicznej dziecka, a w razie potrzeby także w trakcie dalszych nieformalnych badań. Na potrzeby wywiadu, badania dziecka, przekazania pierwszych ustaleń i omówienia dalszego postępowania należy zaplanować 60 minut. Ponadto potrzebny jest jeszcze czas na dokonanie oceny i przygotowanie dokumentacji. Ponieważ dzieci w wieku szkolnym są świadome swojego jąkania, brak merytorycznych powodów, dla których wywiad miałby być przeprowadzany podczas ich nieobecności. Mogą one przekazać informacje dodatkowe z obszarów, w jakie opiekunowie nie mają wglądu. Ze względu na możliwą zmienność objawów w zależności od sytuacji ważne jest, by po uzyskaniu próbki mowy spontanicznej jeden z opiekunów ocenił, czy objawy były reprezentatywne dla mowy dziecka. Tematami poruszonymi podczas wywiadu są: pojawienie się i przebieg jąkania, zaobserwowane objawy pierwotne, ewentualnie występujące reakcje ucieczki lub unikania, jak również domyślne lub rozpoznawalne reakcje psychiczne na jąkanie. Oprócz tego prowadzi się wywiad rodzinny, zbiera informacje dotyczące rozwoju mowy i rozwoju ogólnego dziecka oraz zasobów zarówno dziecka, rodziny, jak i środowiska. Należy odnotować ponadto poziom poinformowania rodziny na temat jąkania (powstawanie, możliwy przebieg, subiektywny stopień obciążenia) oraz oszacować możliwe ograniczenia uczestnictwa w życiu codziennym z powodu wymienionego zaburzenia.

---

## Zalecane postępowanie diagnostyczne

By móc z całą pewnością zdiagnozować jąkanie, należy przeprowadzić analizę różnicową próbki mowy spontanicznej, podczas której objawy jąkania zostają ujęte ilościowo i przede wszystkim jakościowo (objawy wtórne, unikanie). Niezbędne jest dokonanie nagrania wideo – nie tylko z powodu konieczności oceny jąkania, w późniejszym czasie zostanie ono wykorzystane także podczas wyjaśnień udzielanych rodzicom. Jeśli nagranie dokonane w gabinecie nie stanowi próbki reprezentatywnej, można wykorzystać inne, wykonane w warunkach domowych. *Stuttering Severity Instrument – SSI-4* (Riley, Bakker, 2009) udowodnił swoją wartość dla praktyki klinicznej jako wystarczająco trafne i znormalizowane narzędzie diagnostyczne. Z jego pomocą można ocenić częstotliwość i czas trwania objawów pierwotnych jąkania, jak również ewentualne motoryczne objawy wtórne (współtruchy podczas objawu, wzrost napięcia mięśniowego w obszarze orofacjalnym lub całego ciała, zmiany natężenia głosu itp.). Tekst w próbie czytania w *SSI-4* jest przeznaczony dla dzieci, które opanowały tę umiejętność w stopniu dostatecznym. Bywa on pomocny w rozpoznawaniu ewentualnych zachowań unikowych, gdyż nie można pomijać wyrazów podczas czytania. W przypadku gdy głośne czytanie wywołuje objawy jąkania, można porozmawiać z dzieckiem o stresie podczas codziennych zajęć szkolnych. Naturalność wypowiedzi jest oceniana przez terapeutę i rodziców dziecka orientacyjnie.

Unikanie i tworzenie tabu wokół jąkania uwzględnia także taka prowokacyjna procedura, jak *RSU (Reaktionen auf Stottern der Untersucherin – Reakcje [dziecka] na jąkanie osoby badającej; Schneider, 2015)*. Podczas badania z wykorzystaniem tego formularza dziecko jest konfrontowane z pseudojąkaniem lub celowo imitowanym jąkaniem oraz bezpośrednio pytane o własne objawy. Jeśli dziecko reaguje obronnie na nie płynności lub rozmowę o nich, można z tego wywnioskować, że własne jąkanie może być przez nie też odczuwane jako nieprzyjemne. Czasem sensowne jest jeszcze przeprowadzenie dodatkowych rozmów z pracownikami szkoły.

Kwestionariusze, jak np. *OASES* (Yaruss, Quesal, 2006, 2008; Yaruss i in., 2016), *Fragebogen zur psychosozialen Belastung durch das Stottern für Kinder und Jugendliche* (Kwestionariusz do badania obciążenia psychosocjalnego z powodu jąkania dla dzieci i młodzieży) autorstwa Cook (2013), jak również pytania do oceny reakcji otoczenia służą zgłębieniu komponentów ICF: aktywności, uczestniczenia, czynników osobowych i środowiskowych. Przynoszą one informacje o obciążeniu emocjonalnym, które niekoniecznie musi korelować z poziomem nasilenia jąkania.



## Pierwsza konsultacja

Na podstawie obszernych wyników badań oraz informacji zgromadzonych podczas wywiadu można udzielić dobrze ugruntowanej porady, jeśli to możliwe – w trakcie osobnego spotkania. Jeżeli dostrzeżone zaburzenie okaże się jękaniami, rodzina zostaje powiadomiona o postawionej diagnozie i obecnym nasileniu jękania, a także o dostępnych metodach terapeutycznych, ich przebiegu i celach – tak, by mogła zdecydować, które podejście może być wzięte pod uwagę. W niektórych przypadkach logopeda informuje też o konieczności przeprowadzenia dalszej diagnostyki, np. by wykluczyć guzki, sprawdzić podejrzenie deficytów w systemie językowym bądź komunikacyjno-pragmatycznym (np. problemy z przywoływaniem słów z pamięci). Również podejrzewając mutyzm wybiórczy, w procesie diagnozy różnicowej powinno się wykluczyć jękanie, które jest ukrywane poprzez wyraźnie widoczne unikanie. Porada uwzględni wreszcie fachowe wyjaśnienia przy podejrzeniu dalszych zaburzeń rozwojowych, np. zaburzeń lękowych lub ogólnego opóźnienia rozwojowego.

Jeśli powinna mieć miejsce terapia metodą *KIDS*, zostają omówione: sposoby działania, postępowanie, dodatkowe środki (w razie potrzeby) i zadania osób biorących udział w procesie terapii (dziecko, logopeda, rodzice). Na tej podstawie mogą być podejmowane wspólne decyzje odnośnie do terapii, może być poza tym zawarta umowa co do konkretnych sposobów jej wdrożenia.

## Podłoże teoretyczne i struktura *Schul-KIDS*

Podejście *Schul-KIDS* powstało na podłożu modyfikacji jękania dla dorosłych. To metoda atrakcyjna, zrozumiała i łatwa do zastosowania u dzieci w wieku szkolnym.

### Ustalanie celów

Zasadnicze cele *Schul-KIDS* przedstawiają się następująco:

- zmniejszenie widocznych objawów wtórnych i negatywnych reakcji psychicznych na jękanie;
  - poprawa jakości życia i odporności psychicznej poprzez wzrost kompetencji komunikacyjnej i samooceny – jako kompetentnego, samowystarczalnego mówcy z gotowością i zdolnością do samopomocy;
  - umiejętność udzielania informacji na temat jękania;
  - stworzenie (w miarę możliwości) wspierającego środowiska, w którym rodzice informują dalsze osoby z otoczenia dziecka.
-

*Schul-KIDS* u dzieci w wieku szkolnym zakłada także wzrost prawdopodobieństwa remisji, gdy zostają osiągnięte wyżej określone zamierzenia. Ponieważ jednak u niektórych dzieci remisja nie nastąpi, radzenie sobie z utrwalonym jąkaniem jest równie istotnym celem.

### Podstawowe założenia

*KIDS* jest koncepcją terapeutyczną, która oferuje przede wszystkim strategię rozwiązywania problemów. Wykracza poza ustalenie technik mówienia i obejmuje środowisko dziecka. Zgodnie z opisem przedstawionym w rozdziale o historii powstania i podłożu teoretycznym *KIDS* zakłada, że przyzwolenie na otwarte jąkanie zapobiega dysfunkcyjnym strategiom radzenia sobie z tym zaburzeniem. Inne podstawowe założenie *KIDS* dotyczy tabu i bagatelizowania jąkania – może to powodować, że dzieci zostaną same ze swoim problemem i zostanie im odebrana szansa na rozwinięcie funkcjonalnych strategii radzenia sobie z nim. Strategie funkcjonalne powstają, gdy dziecko sprawdza swoje wyobrażenia w rozmowach z innymi, doznaje ulgi psychicznej, doświadcza pocieszenia i wsparcia.

### Organizacja

Program *Schul-KIDS* był początkowo przystosowany do indywidualnej terapii gabinetowej z częstotliwością spotkań 1–2 razy tygodniowo. Z biegiem czasu okazało się natomiast, że bardzo pozytywne doświadczenia kliniczne pojawiają się podczas wykorzystywania tej metody również w terapii intensywnej i grupowej. *Schul-KIDS* jest podejściem, które może być prowadzone przez 6 miesięcy lub dłużej i nie przewiduje czasowo zdefiniowanego zakończenia.

### Struktura

Dzieci w wieku szkolnym rzadko decydują samodzielnie o tym, by rozpocząć terapię. Dlatego w początkowym jej etapie, polegającym na przekazywaniu informacji i zawieraniu umowy z rodzicami oraz z dzieckiem, dąży się do niezbędnej zgodności i motywacji do osiągania celów *Schul-KIDS*, które znacznie odbiegają od częstej nadziei na „wyleczenie” z jąkania. Przechodząc od jednego etapu terapii do kolejnego, logopeda udziela rodzicom stałego wsparcia i – jeśli to możliwe – aktywnie włącza w nią rodziców, jak również odbywa z nimi regularne rozmowy, podczas których omawia dotychczasowe efekty terapii, dopasowuje procedury terapeutyczne i upewnia się, że wszystkie osoby zaangażowane w terapię dążą do tych samych celów



Praca kontraktowa							
↓	↕	↕	↕	↕	↕	↕	
↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	
Informacje i kontrakt	Przełamywanie tabu	Odczulanie	Identyfikacja	Modyfikacja	Generalizacja	Zakończenie terapii	Opieka po zakończeniu terapii
Generalizacja							
Terapia ramowa							

Schemat 1. Kolejność podstawowych elementów *Schul-KIDS*

Podstawowe elementy *Schul-KIDS* to **przełamywanie tabu** związanego z jękaniem, **odczulanie** na objawy oraz obniżanie lęku przed reakcjami słuchaczy. Etap **identyfikacji** umożliwia nabycie umiejętności obiektywnego postrzegania własnych objawów, ich opisu i imitowania, na czym bazuje **modyfikacja** jękania. Ten etap terapii oferuje dziecku techniki, dzięki którym może ono kontrolować objawy jękania. Od samego początku terapii duży nacisk kładzie się na przeniesienie jej efektów do codzienności, stąd tak duże znaczenie ma praca poza gabinetem – zadania domowe oraz angażowanie rodziny, przyjaciół i szkoły. W ten sposób ma miejsce ciągły proces **generalizacji**. Pod koniec procesu terapii, gdy wszystkie jego składowe zostały przepracowane, **generalizacja** staje się wyłącznym celem zajęć. **Zakończenie** terapii ma miejsce wówczas, gdy dziecko jąka się bardzo lekko lub nie jąka się wcale, ma pozytywne oczekiwania dotyczące skuteczności własnych działań – zarówno podczas wystąpienia objawów jękania, trudnych sytuacji, jak i negatywnych reakcji słuchaczy na jękanie – oraz gdy w otoczeniu przeważają odpowiednie sposoby reagowania. **Po zakończeniu terapii** dostępna jest opieka logopedyczna w postaci **spotkań „odświeżających”**, które mają na celu utrzymanie nabytych umiejętności i postaw. Wpływ szkoły i rówieśników jest bardzo silny, dlatego w tym czasie bardzo ważne jest wzmacnianie integracji dziecka ze środowiskiem, nad pojawieniem się której pracowano przez cały czas trwania oddziaływań terapeutycznych.

W razie potrzeby zaprezentowane podstawowe elementy metody *Schul-KIDS* można dopełnić **terapią ramową**. Mamy tu na myśli wszelkie środki wykraczające poza elementy podstawowe, np. nawiązanie relacji zaufania z bardzo nieufnymi, nieprzychylnie nastawionymi dziećmi, zdolność do refleksji na temat sytuacji i powiązanych z nimi myśli, uczuć i postaw lub rozwijanie umiejętności rozwiązywania problemów, gdy doświadczą się dokuczania. Przykład wdrożenia terapii ramowej przedstawia opis przypadku Jana zamieszczony w niniejszym artykule.



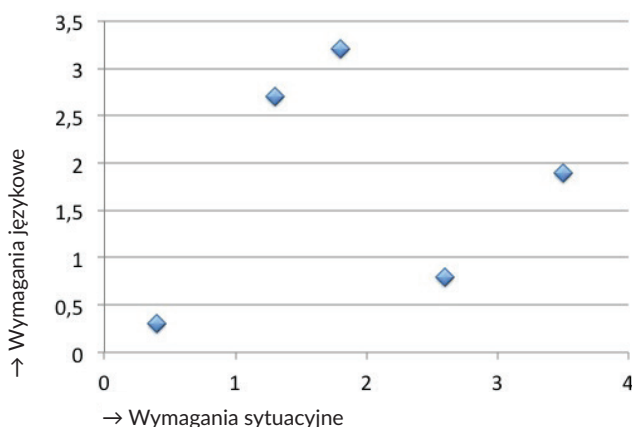
## Podstawowe zasady Schul-KIDS

Metoda Schul-KIDS opiera się na czterech zasadach: zmienności w planowaniu terapii, wzmacnianiu odporności psychicznej, odniesieniu do dziecka i do codzienności.

### Zmienność w planowaniu terapii

Postępując zgodnie z podstawowymi założeniami metody Schul-KIDS, należy również uwzględniać indywidualne potrzeby i postępy w terapii. Niektóre etapy terapii powinny więc zostać skrócone, przesunięte lub szczególnie intensywnie przepracowane. Obligatoryjne są etapy przekazania informacji i zawarcia kontraktu, identyfikacji, odczulania, generalizacji oraz opieki po zakończeniu terapii. Natomiast etap modyfikacji może zostać pominięty, jeśli w codziennym życiu pojawiają się z rzadka krótkotrwałe objawy i brak jest motorycznych objawów wtórnych. Zmienność w planowaniu terapii wymaga skrupulatnego uzasadnienia klinicznego, a także ciągłego sprawdzania efektów. Dzieci oraz rodzice są informowani o celach i sposobach postępowania, a umowy dotyczące terapii są dostosowywane do zachodzących zmian. Jeśli brak jest postępów, przebieg procesu terapeutycznego podlega zmianie – z omówieniem niespecyficznych dla jąkania logopedycznych priorytetów podczas konsultacji z wszystkimi osobami zaangażowanymi w terapię włącznie.

Metoda Schul-KIDS wymaga ostrożnego planowania hierarchii sytuacji komunikacyjnych, zarówno na osi „wymagania językowe”, jak i na osi „wymagania sytuacyjne” (zob. schemat 2.).



Schemat 2. Ćwiczenia z hierarchicznym wzrostem trudności (na podstawie: Sandrieser i Schneider, 2015)



Zadanie związane z mówieniem może być językowo wymagające, jednakże sytuacyjnie łatwe (np. wyjaśnienie logopedzie w gabinecie skomplikowanych reguł gry). Oś „trudność językowa” jest istotna, gdy umiejętność została dopiero co nabyta, podczas gdy oś „trudność sytuacyjna” odgrywa dużą rolę w trakcie transferu do codzienności. W odniesieniu do lęków przed sytuacją albo mówieniem odpowiada to systematycznemu odczulaniu.

### *Wzmacnianie odporności psychicznej*

Odporność psychiczna (rezyliencja) stanowi cechę, która pozwala szybko, pomimo niekorzystnych lub traumatycznych doświadczeń, osiągnąć ponownie wysoką jakość życia bądź też w dużej mierze zdrowo się rozwijać (Noeker, Petermann, 2008). W odniesieniu do ICF może to mieć wpływ ogólny na różne poziomy:

- czynniki osobowe, np. przepracowanie emocjonalne obciążających doświadczeń, poczucie własnej wartości;
- czynniki środowiskowe, np. zachowanie osób z otoczenia dziecka, szkoła;
- aktywność i uczestniczenie, np. rozmowy z przyjaciółmi, hobby (klub/stowarzyszenie), wypowiadanie się na lekcji.

Na jakość odporności psychicznej mają wpływ różnorodne czynniki ryzyka (np. mobbing, obciążenie emocjonalne, choroba) i czynniki ochronne (np. pozytywne nastawienie do siebie, silne przekonanie o własnej skuteczności, umiejętność rozwiązywania problemów, wspierające środowisko rodzinne). Tego typu odporność wzmacnia wielokrotne skuteczne poradzenie sobie w stresujących sytuacjach (Noeker, Petermann, 2008). W odniesieniu do jąkania istotne są trzy czynniki, które mogą oddziaływać pozytywnie lub negatywnie na trening odporności psychicznej (Craig i in., 2011):

- poczucie sprawczości w odniesieniu do jąkania, komunikacji, ale także tych sytuacji społecznych, które pojawiły się na bazie wcześniejszego doświadczenia „poradzenia sobie”;
- ogólne kompetencje społeczne, radzenie sobie z byciem innym, a podczas komunikacji – odnajdywanie się w roli osoby z jąkaniem;
- wsparcie w relacjach społecznych.

Do rozwoju tych trzech czynników znacząco przyczyniają się strategie funkcjonalne (Sandrieser, Schneider, 2015), dlatego też metoda *KIDS* ma na celu wypracowanie poczucia sprawczości oraz kompetencji komunikacyjnej dziecka we wspierającym środowisku. Logopeda prezentuje zachowanie antytetyczne (niem. *Antitetisches Verhalten*), jak również okazuje przyzwolenie (niem. *Erlaubnisarbeit*) (Sandrieser, Schneider, 2015; Schlegel, 1995), utrzymując równowagę pomiędzy ochroną a wymaganiami.

---

U podłoża zachowania antytetycznego leżą przekonania (antytezy) logopedy, które różnią się od przekonań (tez) klienta. Tak więc pozytywne, pełne ciekawości nastawienie do jąkania jest antytezą negatywnej oceny i unikania (teza). Odpowiednio małe kroki przybliżają do powolnego rozwijania nowej, konstruktywnej tezy. W pracy nad przyzwoleniem okazywane jest zrozumienie dla motywów (np. lęk przed zawstydzeniem) i sposobów zachowania, które z nich wynikają (np. unikanie). Logopeda nie ocenia tych strategii, nawet gdy stanowią większy problem niż samo jąkanie, lecz traktuje je poważnie (przyzwala na nie), a poprzez swoje antytetyczne zachowanie prezentuje funkcjonalne alternatywy i dodaje odwagi do odkrywania i wypróbowania korzystniejszych praktyk myślenia oraz zachowania. Zachęca, uświadamia sukcesy i poszukuje możliwych kompromisów, kiedy dziecko usiłuje czegoś unikać. Czyni tak, gdyż nie powinien dopuścić do unikania. W przeciwnym razie dziecko mogłoby być przekonane, że logopeda także uważa unikanie za dobrą reakcję.

### *Dostosowanie do dziecka*

Metoda *Schul-KIDS* stawia wysokie wymagania w zakresie gotowości do nauki, wytrwałości oraz zawiera wiele aspektów konfrontacyjnych. Ze względu na to należy budować relacje oparte na zaufaniu poprzez uważne słuchanie, szczegółową obserwację i ciągłe omawianie elementów składowych procesu terapeutycznego, co ugruntowuje poczucie bezpieczeństwa dziecka. To omawianie zostało nazwane pracą kontraktową (niem. *Vertragsarbeit*) w nawiązaniu do analizy transakcyjnej (Schlegel, 1995; Stewart, 2000). Odbywa się ono pomiędzy dzieckiem, rodzicami i terapeutą. Gdy ktoś świadomie przejmuje część odpowiedzialności, może sobie przypisać część sukcesu i dzięki temu wzrasta jego poczucie sprawczości. Praca kontraktowa zapewnia zaangażowanie w terapię zarówno rodziców, jak i dziecka oraz przejęcie przez nich części odpowiedzialności za sukces. Przyjazne dzieciom metafory i ćwiczenia, których struktura oparta jest na zasadzie małych kroków, oraz indywidualne wzmocnienie to kolejne dostosowane do dzieci sposoby postępowania. Wzmocnienie wskazuje na postępy i służy jako przeciwwarunkowanie do ustalenia nowego zachowania (np. otwarte jąkanie, nieunikanie).

### *Odniesienie do codzienności*

Transfer do codzienności, a ponadto niezależność od terapeuty są przygotowywane tak szybko, jak to tylko możliwe, poprzez pracę poza gabinetem („na żywo”) i zadania domowe. Ćwiczenia odbywają się możliwe często poza gabinetem, także bez obcych rozmówców, by uniknąć mentalnego przyporządkowania elementów tera-



pii do miejsca. Dodatkowo tworzone są wspierające warunki w otoczeniu. Rodzice są zaangażowani w terapię, osoby ważne dla dziecka, rodzina, przyjaciele oraz osoby z zajęć dodatkowych, są zaś włączane do łańcucha wsparcia.

Szkoła jest szczególnie ważna, ponieważ jąkanie bywa tam często najsilniej stresujące i podlegające tabu. Dziecko i jego rodzice są pytani o sytuację w szkole i dotychczasowe próby radzenia sobie z jąkaniem w tym miejscu. Logopeda umożliwia dziecku i jego rodzicom samodzielne, w miarę ich możliwości, wyjaśnienie problemów. W razie potrzeby, jako specjalista, wyjaśnia bezpośrednio z pracownikami szkoły wątpliwości, które pojawiły się np. odnośnie do wyrównywania szans, nie przejmując jednak spraw, które rodzice bądź dziecko mogliby załatwić samodzielnie. Wizyta w szkole, podczas której dziecko wspierane przez logopedę wyjaśnia swojej klasie, czym jest jąkanie, bywa szczególnie pomocna.

### **Etapy metody Schul-KIDS**

Choć cele i zawartość treściowa kolejnych etapów metody *Schul-KIDS* zostaną poniżej opisane oddzielnie, w praktyce nakładają się one na siebie (patrz: *Opis przypadku – Jan*). Dobrze uzasadniona dla indywidualnego przypadku kolejność celów jest kluczowa i wymaga od samego początku ciągłego omawiania w pracy kontraktowej.

### **Informacje i kontrakt**

Aby podjąć decyzję co do dalszego postępowania, rodzice i dziecko potrzebują informacji na temat konsekwencji niepodjęcia terapii, dostępnych rzetelnych podejść terapeutycznych (cele, postępowanie, ryzyko, ewentualnie wyniki badań ewaluacyjnych, zadania osób towarzyszących dziecku w terapii) oraz metod niezalecanych. Sukces w terapii jest oparty w dużej mierze na tym, że dziecko i jego rodzice – jako równoprawne, odpowiedzialne osoby – decydują o rozpoczęciu procesu terapeutycznego i doborze metody (ang. *shared decision making*). To zaś wymaga od logopedy obszernej wiedzy o metodach terapeutycznych oraz świadomości odpowiedzialności, jaka ciąży na nim jako na doradcy (np. przekazywanie wiedzy dzieciom i osobom z zaburzeniami językowymi prostymi słowami; dowiadywanie się, jakie jest „tło kulturowe” rodziny, by móc rozważyć pytania i wątpliwości; udostępnianie materiałów informacyjnych w językach obcych). Poza tym logopeda powinien udzielić informacji organizacyjnych (np. przejęcie kosztów terapii przez kasy chorych, czas oczekiwania na terapię) i upewnić się, że zapewnił wystarczająco dużo okazji do zadawania pytań, by uniknąć nieporozumień. Te ostatnie dotyczą często celu terapii, gdyż dla rodziców z reguły jest nim wyleczenie z jąkania, czego nie można obiecać.

---

Gdy rodzice upoważnią logopedę do prowadzenia terapii metodą *Schul-KIDS*, rozpoczyna się praca kontraktowa (Berne, 2016; Sandrieser, Schneider, 2015; Sandrieser, 2018). Dzięki temu dziecko i – jeżeli to możliwe – także rodzice aktywnie uczestniczą w terapii, wszyscy zmagają się do tych samych, realistycznych celów, poznają i przejmują swoją część odpowiedzialności.

Znane i cenione w logopedii techniki wywodzące się z komunikacji bez przemocy, sztuki prowadzenia rozmowy, doradztwa systemowego oraz terapii behawioralnej mogą być z powodzeniem zastosowane podczas realizacji pracy kontraktowej. Wymaga to wyjaśnienia ról, które mają odegrać wszystkie zaangażowane w terapię osoby (np. czy rodzice mogą działać jako koterapeuci) tudzież refleksji na temat własnego zachowania (Sandrieser, Schneider, 2015; Sandrieser, 2018). Zgodnie z koncepcją pracy kontraktowej Berne'a (2016) w analizie transakcyjnej kontrakt rozumiany jest jako wyraźne wzajemne zobowiązanie, by dążyć do konkretnych i realistycznych celów, formułowanych pozytywnie i prostymi słowami. Kontrakt może być zawarty w formie ustnej, pisemnej lub – w wypadku dziecka – rysunkowej. Logopeda prowadzi rozmowę, podczas której dochodzi do ustalenia zapisów w kontrakcie, zwraca uwagę na dobrowolność tego aktu i komunikuje się na poziomie wzroku dziecka z jasno ustalonym podziałem na role. Wyjaśnieniom podlegają:

- struktura (np. miejsce, częstotliwość, terminy, koszty terapii);
- proces (np. metoda, rodzaj współpracy, wymiana informacji);
- odpowiedzialność osób zaangażowanych w terapię (przeważnie dziecko, rodzice i logopeda).

Ów sposób postępowania przyczynia się do tego, by uniknąć nieporozumień (np. nierealistycznych lub różniących się oczekiwań co do terapii), pomaga reagować na trudności i je pokonywać. Poza tym kontrakt wspiera osoby zaangażowane na różnych etapach procesu zmiany, gdyż jest przejrzysty i wzmacnia osobistą odpowiedzialność, sprawczość i gotowość na transfer do codzienności. Oprócz umowy podstawowej co do wspólnego postępowania (kontrakt terapeutyczny) w ramach sesji terapeutycznej zawierane są jeszcze umowy krótkoterminowe (np. w celu projektowania zadań domowych lub ćwiczeń) powiązane z konsekwentną pracą kontraktową.

## Odczulanie

Odczulanie jest zarówno etapem terapii metodą *KIDS*, jak również techniką terapeutyczną obecną w podejściu behawioralnym, stosowaną we wszystkich innych etapach terapii. Służy ono redukcji uwarunkowanych reakcji lękowych sprzężonych z jąkaniem oraz zapobieganiu im. Uwarunkowane reakcje lękowe manifestują się jako stosunkowo stereotypowe wzorce uczuć, myśli i zachowań. Podczas odczulania



wzorcy te zostają przełamane. Należy założyć, że u dzieci w wieku wczesnoszkolnym są one często mniej stabilne niż u osób dorosłych z powodu krótszego okresu wzmacniania. Dodatkowo dziecięce reakcje lękowe mogą zostać złagodzone poprzez wspierające zachowania w otoczeniu.

Proces uczenia się w trakcie odczulania opiera się na powtarzalnych, konkretnych doświadczeniach – opanowywaniu sytuacji budzących lęk i nieuleganiu starym wzorcom. Umożliwienie takich doświadczeń to zadanie logopedy. Odczulanie jest zorganizowane hierarchicznie (zob. schemat 2). W pierwszym kroku dziecko zwykle nie ma jeszcze zadań językowych do wykonania, ma „tylko” być obecne i obserwować logopedę i jego partnera podczas zadań wykonywanych „na żywo”. Należy wziąć pod uwagę, że rodzice i dziecko mogą znajdować się na różnych poziomach odczulenia.

Odczuleniu podlegają m.in. mówienie o jąkanii i stowarzyszone z tym myśli i uczucia (przełamywanie tabu), objawy jąkania (m.in. poprzez pseudojąkanie i otwarte jąkanie), lęk przed mówieniem i czynniki wyzwalające jąkanie (np. nawiązywanie kontaktów, wygłaszanie prezentacji), upływ czasu podczas jąkania i stosowania technik, użycie technik oraz bycie innym niż pozostali.

W przypadku dzieci silnie unikających odczulanie może prowadzić do nasilenia objawów, ponieważ dodaje odwagi, by jąkać się bardziej otwarcie i nie unikać już sytuacji wywołujących w nich lęk. Rodzice muszą zostać o tym wcześniej poinformowani. Wzrost nasilenia objawów może być wyjaśniony jako krok w kierunku większej pewności siebie i warunek wstępny modyfikacji, podczas której objawy ulegną redukcji. Jako przydatną metaforę można tu wykorzystać rysunek góry lodowej (Sheehan, 1970): niebezpieczne jest przede wszystkim to, co ukryte pod wodą. Nad tym, co widoczne i słyszalne, można pracować.

Wplecione w etap odczulania części etapu identyfikacji (patrz: kolejny podrozdział) wspierają dodatkowo odwrażliwienie na własne objawy (schemat 3). Ponieważ podczas odczulania wiele treści przepracowywanych jest równolegle, etap ten trwa stosunkowo długo. Liczba sesji terapeutycznych nie jest możliwa do określenia z powodu zróżnicowanego tempa uczenia się przez dzieci.

#### **Cele etapu odczulania:**

1. Dziecko i rodzice reagują neutralnie na objawy jąkania.
  2. Dziecko potrafi swoje objawy pierwotne nazywać, imitować i opisywać.
  3. Unikanie jest znacząco zredukowane.
  4. Dziecko potrafi w większości sytuacji swobodnie korzystać z pseudojąkania.
  5. Dziecko jest w stanie mówić o swoim jąkanii i informować o nim inne osoby.
  6. Dziecko potrafi odpowiednio przemyśleć irytujące lub uwłaczające reakcje słuchaczy i w większości adekwatnie zareagować.
-

7. Dziecko jest znacznie częściej zdolne do działania w sytuacjach komunikacyjnych, ponieważ ma poczucie i oczekiwanie, że poradzi sobie także wtedy, gdy nie jest całkiem wolne od lęku.
8. Dziecko przeważnie doświadcza poczucia kontroli nad jąkaniem i mówieniem.

W przebiegu etapu odczulania terapeuta rozpoczyna zwykle od przełamania tabu, przekazuje informacje na temat objawów, przyczyn oraz neurofizjologii jąkania, a także uprzedzeń i rozpoczyna identyfikację opartą na fonetyce artykulatoryjnej. Następnie wprowadza pseudojąkanie oraz odczulanie na reakcje słuchaczy. Z lekkim opóźnieniem wiele dzieci już wówczas może rozpocząć przygotowania do nauki technik mówienia.

### *Przełamywanie tabu*

Istotnym aspektem przełamania tabu jest udzielanie wyjaśnień i rozmowa na temat jąkania – w tym zarówno u innych osób, jak i własnego. Wraz z rozpoczęciem tego etapu terapeuta podaje definicję jąkania, wyjaśnia, na czym polegają: utrata kontroli czy objawy pierwotne i wtórne (Sandrieser, Schneider, 2015; Sandrieser, Schneider, 2019). Następnie wykorzystuje tę wiedzę podczas analizy jąkania w mowie innej osoby, imitowanego, a w razie wykazywania zainteresowania przez dziecko – również jego własnego jąkania. Reaktywne i wyuczone zachowania, reakcje emocjonalne i poznawcze na jąkanie zostają przedstawione metaforycznie w postaci kolejnych warstw cebuli otaczających jąkanie właściwe. W dostosowany do dzieci sposób przekazuje się wiedzę o uwarunkowaniach genetycznych oraz neurofizjologii mówienia i jąkania (Schneider, Kohmäscher, 2017). Poprzez umożliwienie dziecku prowadzenia badań ankietowych w otoczeniu uświadamiamy, jak wiele stereotypów i fałszywych przekonań odnoszących się do jąkania istnieje w społeczeństwie i że jedyną na to radą jest dzielenie się wiedzą. Dzieci stają się ekspertami w zakresie swojego jąkania, a rodzice zostają wprowadzeni w rolę osób modelujących oraz szerzących wiedzę i pozytywne sposoby reagowania na jąkanie.

Szczegółowa analiza sytuacji szkolnej (dokonywana wraz z dzieckiem) tworzy podstawy do tego, by konkretyzować dotychczasowe cele i w razie potrzeby określić cele terapii ramowej, np. interakcja z rówieśnikami, stres spowodowany przez szkołę, stereotypy, jakie wyznaje nauczyciel, bądź niskie oceny z odpowiedzi ustnych. Zasada systematycznego odczulania jest przekazywana za pomocą „drabiny odwagi”, na której dziecko ustala swoją osobistą hierarchię odczulania i podejmuje pierwsze próby pseudojąkania w gabinecie. Dziecko otrzymuje przegląd etapów terapii, tymczasem terapeuta, mając na uwadze modyfikację, opowiada o rozmaitych technikach i sposobach ich działania. Na zakończenie zapraszana jest cała



rodzina, która otrzymuje informacje o jąkanii oraz terapii. Lekcja na temat jąkania przewidziana na późniejszym etapie procesu terapeutycznego przebiega według zbliżonego wzorca.

### *Odczulanie na objawy jąkania*

Pierwszym krokiem w procesie odczulania na objawy jąkania jest zastosowanie pseudojąkania. Pod tym pojęciem rozumiane są z reguły zamierzone, wolne od napięcia powtórzenia części słów. Gdy pseudojąkanie można już zacząć wykorzystywać z niewielką częstotliwością w interakcji, działa to dodatkowo jak odczulanie „na żywo” wobec reakcji słuchaczy. Jak już wspomniano, podczas planowania uwzględnia się zarówno obciążenie emocjonalno-sytuacyjne, jak i złożoność językową. Odwołując się do metafory niekontrolowanego ataku paniki osoby nieumiejącej pływać a znajdującej się w wodzie, terapeuta ilustruje wpływ niedającego się kontrolować jąkania na motorykę mowy i uspokajające działanie odczulania poprzez pseudojąkanie. Ćwiczenia powinny być uporządkowane według wzrastającego stopnia trudności oraz – zgodnie z założeniem przeciwwarunkowania – powinny sprawiać, że dzieci dobrze się bawią i otrzymują dużo pozytywnych wzmocnień.

Tak więc dziecko musi mieć możliwość decydowania o tym, kiedy i jak długo terapeuta ma się jąkać. Następnie oboje zastanawiają się, czy jąkanie było swobodne i czy wystąpiły objawy rzeczywiste. Oprócz ćwiczeń z wykorzystaniem pseudojąkania terapeuta od czasu do czasu w swoich wypowiedziach demonstruje swobodne objawy jąkania, gdyż tej techniki można się nauczyć także poprzez przysłuchiwanie się. Zwraca uwagę dziecka na swobodne objawy w jego mowie i wyjaśnia, że są one bliskie tym, które są oczekiwane jako cel terapii. Jeśli to możliwe, w zadaniach różnicowania prowadzi się odczulanie na różne rodzaje objawów. Nabywanie odporności na upływ czasu w trakcie wystąpienia objawu może się odbywać poprzez ćwiczenia ze stoperem, por. wcześniejsze ustalenie czasu trwania blokowania mowy lub też zdanie się na wskazania kostki co do liczby powtórzeń sylab. Również podczas tych ćwiczeń dziecko może decydować o tym, kiedy i jakie objawy ma prezentować terapeuta. Zanim rozpoczną się bardziej intensywne ćwiczenia pseudojąkania, logopeda prowadzi z dzieckiem i rodzicami zabawy polegające na wykrywaniu nieodpowiedniego wykonywania tej techniki, aby zapobiec powstaniu nieprawidłowych wzorców, powielanych potem w trakcie treningu i zadań domowych. Kiedy dziecko opanuje już pseudojąkanie na poziomie słów, stopniowo wzrasta językowy i sytuacyjny poziom trudności ćwiczeń, które są tak dobierane, by było ono w stanie odnieść sukces. Jeżeli pseudojąkanie przejdzie w objaw rzeczywisty, nie jest to błędem, lecz mile widzianą okazją do przeanalizowania go zgodnie z metodyką etapu identyfikacji (rozdz. 5.3).

---



Decyzja o tym, kiedy i w jaki sposób zostaną włączeni do opisanych ćwiczeń rodzice, zostaje podjęta po szczegółowym omówieniu tego w obecności dziecka. W przebiegu procesu odczulania blokowanie mowy i przedłużenia dźwięków u wielu dzieci pojawiają się coraz rzadziej, a objawy wtórne samoistnie ulegają redukcji. Dzieci doświadczają wzrastającego poczucia kontroli nad mówieniem, są w stanie świadomie tym procesem kierować i zwracać uwagę zamiennie na planowanie treści oraz sterowanie mową. Jeśli jednak mamy do czynienia z dzieckiem, które na początku terapii wykazywało niski poziom częstotliwości zająknięć z powodu skutecznego unikania, należy spodziewać się jego wzrostu. Jest to postrzegane jako pozytywny efekt terapii, gdyż dziecko rezygnuje z unikania i jąka się otwarcie, co powoduje także rzadsze unikanie pewnych sytuacji, a tym samym zwiększanie ryzyka wyzwania jąkania w tych sytuacjach. Terapeuta informuje rodziców i dziecko o tym, że stanowi to oczekiwany efekt terapeutyczny i że na tej podstawie modyfikacja będzie mogła skuteczniej działać.

### *Odczulanie na reakcje słuchaczy*

Celem tego etapu terapii jest redukcja lęku oraz unikania mówienia i jąkania w codziennym życiu, a także coraz częstsze otwarte jąkanie z pewnością siebie i wysoką samooceną. Jeśli dziecko wie, jakiego rodzaju wolność może uzyskać dzięki odczuleniu, może się łatwiej na to zdecydować. **Otwarte jąkanie** oznacza tu słyszalne pierwotne objawy jąkania, które nie są ukrywane poprzez unikanie mówienia, sytuacji, w których należy się wypowiadać, odroczenia (opóźnianie momentu zająknięcia, którego dziecko się obawia, poprzez wtrącenia lub słowa wypełniacze – aż kontrolowanie mowy wyda się znów możliwe) lub startery (intuicyjne strategie stosowane w celu rozpoczęcia wypowiedzianego słowa w sposób kontrolowany, np. połykanie lub mlaskanie). W początkowym etapie mogą jeszcze utrzymywać się motoryczne objawy wtórne. Zazwyczaj na etapie modyfikacji uwagę kieruje się na to, czy wycofują się one samoistnie podczas otwartego jąkania. Jeśli tak się nie stało, poddaje się je terapii. Gdy dziecko zgłasza potrzebę zredukowania motorycznych objawów wtórnych podczas otwartego jąkania jeszcze przed etapem modyfikacji, np. z tego powodu, że uświadomiło je sobie podczas identyfikacji, warto się do tej prośby przychylić (podrozdz. 3).

Hierarchicznie zaplanowane odczulanie na reakcje słuchaczy można rozpocząć wówczas, gdy dziecko w czasie zabawy z podziałem na role jest w stanie wypowiadać się krótkimi zdaniami z wykorzystaniem pseudojąkania. Niektóre dzieci potrzebują więcej czasu, by osiągnąć ten etap, czasem więc przepracowywane są już wówczas prolongacje. Po osiągnięciu sprawności w przedłużaniu dźwięków zarówno pseudojąkanie, jak i prolongacje zostają włączone do planu odczulania.



## Identyfikacja

Na etapie identyfikacji analizie poddawane są objawy pierwotne w mowie dziecka, a w razie potrzeby również objawy wtórne, unikanie oraz reakcje psychiczne. U niektórych dzieci wypracowuje się już zatrzymywanie jako pierwszą z kilku możliwości przejęcia kontroli podczas zająknięcia.

### Cele etapu identyfikacji

Identyfikacja sprzyja:

1. odczuleniu na własne objawy jąkania;
2. opracowaniu podłoża emocjonalnego, poznawczego, sensorycznego i motorycznego dla technik stosowanych w mowie podczas zająknięcia.

Ponieważ identyfikacja w dużej części odbywa się równolegle do odczulania, właściwa faza identyfikacji jest bardzo krótka i czasami nawet nierozpoznawalna jako osobny etap – przede wszystkim wówczas, gdy identyfikacja w dalszym przebiegu odbywa się równolegle do modyfikacji. Etap identyfikacji składa się z czterech obszarów, w których pracuje się z wykorzystaniem lustra oraz nagrań audio i wideo:

1. **Fonetyka artykulacyjna** – podstawy percepcji, świadomego sterowania oraz opisu wymowy; praca nad wypowiedzianiem głosek (sposób i miejsce artykulacji) w mowie płynnej.
2. **Analiza objawu** – wykorzystuje się tu fonetykę artykulacyjną. Materiał do pracowania stanowią nie tylko rzeczywiste momenty zająknięć, ale także imitowane, które są postrzegane jako najbardziej zbliżone do rzeczywistych pod względem natężenia oraz czasu trwania. Przeprowadza się analizę jakościową tych zająknięć według następujących kryteriów: rodzaj objawu, słowo/sylaba, w którym wystąpił objaw, czas trwania, objawy wtórne i (w miarę możliwości) towarzyszące im uczucia oraz myśli.
3. **Identyfikacja zachowań unikowych, myśli oraz uczuć** w powiązaniu z mówieniem i jąkaniem.
4. **Zauważanie objawu („monitoring”)** – kierowanie uwagi na możliwie szybkie uświadomienie sobie zająknięcia. Stanowi to warunek wstępny kontrolowania interwencji w momencie wystąpienia objawu za pomocą technik. W obszarze zauważania objawów istotny jest aspekt ilościowy. W hierarchicznie zaplanowanych zabawach (zabawy w „łapanie”, niem. *Erwischenspiele*; Dell, 2000) dziecko uczy się możliwie wcześniej odkrywać objawy jąkania w mowie spontanicznej, najpierw u innych, a potem również u siebie.

Podczas gdy na etapie odczulania centralną techniką było pseudojąkanie, na etapie identyfikacji wykorzystuje się głównie zamierzone, imitowane jąkanie, tzn. na-

---

śladowanie własnych objawów rzeczywistych. Objawy wtórne nierzadko ulegają redukcji w wyniku identyfikacji wysiłku towarzyszącego objawowi jąkania oraz w wyniku pseudojąkania. Utrwalone wzorce unikania podczas mówienia (startery, odroczenia/opóźnienia) są coraz częściej zastępowane przez otwarte jąkanie. Zatrzymanie objawu podczas jego analizy wzmacnia nad nim poczucie kontroli.

Przebieg terapii w czasie →									
<b>Odczulanie</b>									
<b>Objawy</b>	<b>Zachowanie słuchaczy</b>				<b>Uptyw czasu</b>				
Pseudojąkanie →	Jąkanie imitowane i rzeczywiste →			→	Prolongacja Pseudojąkanie	Pauza w <i>pullout</i>			
In vivo →	→	→	→	→	→	→	→	→	→
<b>Identyfikacja</b>									
Fonetyka artykulacyjna	Analiza objawu (rejestrowanie objawów nie jest wymagane) Jąkanie imitowane i rzeczywiste								
<b>Modyfikacja</b>									
Prolongacja					<i>Pullout</i>				

Schemat 3. Przykład indywidualnego nakładania się etapów odczulania, identyfikacji i modyfikacji (zob. Opis przypadku – Jan)

W metodzie *Schul-KIDS* identyfikacja rozpoczyna się na początku etapu odczulania i przenika wszystkie etapy terapii (zob. schemat 3). Pierwszy jej obszar – fonetyka artykulacyjna – pobudza ciekawość badacza, zostaje wprowadzony już podczas przełamywania tabu na temat jąkania i pojawia się równoległe do etapu odczulania na objawy pierwotne. Notabene uzewnętrzniająca się tu docieklivość charakteryzuje postawę osób zaangażowanych w terapię również w trakcie początkowego analizowania imitowanych oraz rzeczywistych objawów na przykładzie mowy innych osób i/lub własnej. Po przepracowaniu obszaru fonetyki artykulacyjnej i przygotowaniu warunków wstępnych dla aspektów czuciowych i ruchowych mowy włącza się do modyfikacji przepracowywanie prolongacji, niezależnie od stanu etapu odczulania bądź zdolności do analizowania objawów. W związku z tym ta część modyfikacji jest w razie potrzeby przyspieszana. Na etapie identyfikacji intensyfikuje się analizowanie objawów, ponieważ perspektywa nabycia umiejętności ich kontrolowania w krótkim czasie obniża poziom powiązanego z tym obciążenia emocjonalnego. Gdy tylko dziecko jest w stanie poprawnie analizować własne objawy oraz samodzielnie je dostrzegać, rozpoczyna się ich rejestrowanie, czyli szybkie, systematyczne zgłaszanie, że się je zauważyło. Preferowane może być tutaj zatrzymanie objawów, które potem na etapie modyfikacji zostanie wykorzystane w toku przepracowywania



techniki *pullout* (by szybko interweniować w trakcie objawu). Także podczas modyfikacji, generalizacji czy opieki po zakończeniu terapii w przypadku nieskuteczności działania technik wykorzystuje się sposoby identyfikacji, ponieważ stanowią one warunek wstępny ich użycia.

Na etapie identyfikacji wystąpić mogą zróżnicowane reakcje emocjonalne: zadowolenie z coraz mniej częstych i lżejszych objawów jąkania, próby omijania ćwiczeń lub wstrząs spowodowany skonfrontowaniem się z częstotliwością albo nasileniem zupełnie niedoszacowanej symptomatyki. Nawet jeśli terapeuta konfrontuje dziecko z jego własnymi objawami krok po kroku, zasadniczo nie może takim reakcją zapobiec. Gdy dziecko wygląda na wstrząśnięte, z reguły interpretuje się to jako istotną wskazówkę do planowania w terapii ostrożnego dalszego postępowania, a nie jako niepowodzenie terapeutyczne. Możliwe jest wówczas wzmocnienie chęci do zmiany i wykorzystanie tego do wprowadzenia modyfikacji. W przypadku prób omijania identyfikacji zwykle wskazane jest ukierunkowane, precyzyjnie dopasowane odczulanie.

## Modyfikacja

Główną ideę przyświecającą modyfikacji jąkania stanowi nabycie umiejętności uwalniania się z zająknięcia i czynienia go lżejszym, a więc odzyskanie kontroli nad jąkaniem. Dzieje się to poprzez uczenie technik oraz bezpośrednią pracę z objawem. Na poziomie emocjonalno-poznawczym wypracowuje się również przekonanie o posiadaniu wpływu oraz poczucie sprawczości (Schwarzer, Jerusalem, 2002). W dłuższej perspektywie powinna zostać dzięki temu zredukowana liczba czynników wyzwalających jąkanie i częstotliwość objawów (jednakże podczas pracy kontraktowej logopeda musi wyjaśnić, że niemożliwe jest przepracowanie ich wszystkich).

### Cele modyfikacji:

1. Dziecko potrafi stosować techniki modyfikacji jąkania z pewnością siebie i bez konieczności intensywnej uważności na ich przebieg i poprawną realizację.
  2. Dziecko potrafi ocenić jakościowo zastosowane techniki z pewnością siebie i niezależnością i dzięki temu jest w stanie na co dzień samodzielnie identyfikować i korygować przyczyny błędów podczas ich stosowania.
  3. Dziecko potrafi stosować odpowiednie techniki modyfikacji jąkania, znajdując się także pod wpływem stresu.
  4. Dziecko nie przejmuje się tym, że technika jest zauważalna dla innych.
  5. Dziecko ma prawo nie stosować technik z powodów ekonomicznych.
-

W metodzie *KIDS* wykorzystuje się dwie techniki:

1. prolongację (zestaw przygotowawczy; Van Riper, 2006), by zapobiec objawowi;
2. *pullout* (Van Riper, 2006), by uwolnić się z objawu.

Prolongacja polega na spowolnieniu ruchów artykulacyjnych lub delikatnym wypowiedaniu samogłosek na początku słowa (Van Riper, 2006; Zückner, 2014; Sandrieser, Schneider, 2015). Ta miejscowa kontrola mowy może być wykorzystywana do uniknięcia zająknięć w słowach, w których osoba z jąkaniem przewiduje ich pojawienie się, ale stanowi także część składową *pullout*. Technika ta służy odzyskaniu kontroli w momencie zająknięcia i powrotowi do mowy spontanicznej. Aby *pullout* się powiódł, objaw musi zostać w odpowiednim czasie zarejestrowany (zauważony). Wówczas proces mówienia zostaje przerwany przy zachowanym ułożeniu narządów mowy. Pauza przyczynia się do ustabilizowania poczucia kontroli w aspekcie sensorycznym, motorycznym oraz mentalnym – por. przekonanie o sprawowaniu kontroli. Często musi również zostać obniżony poziom napięcia. Aby odzyskać możliwość płynnego wypowiedzenia się, rozpoczyna się dalszą część wypowiedzi od prolongacji. Jeśli okazuje się, że przedłużenie jest zbyt trudne artykulacyjnie lub nie jest akceptowane, stosuje się w zamian pozbawione napięcia, krótkie pseudojąkanie w postaci powtórzeń. Określa się to mianem *pullout poprzez swobodne wyjąkanie się*.

Wymaganiem wstępnym skutecznego działania technik mówienia jest biegle wykonywanie ich w imitowanych objawach, niepewność podczas wykonywania technik znacząco utrudnia bowiem zastosowanie ich w trakcie objawów rzeczywistych. Techniki mówienia należy ćwiczyć wystarczająco często i precyzyjnie; terapeuta pełni tu rolę modelu. Niezależne i pewne siebie ocenianie przyczyn popełnianych błędów jest z kolei niezbędne, by dziecko samodzielnie ćwiczyło, a podczas transferu do codzienności rozpoznawało przyczyny błędów, potrafiło je zauważać i korygować. Precyzyjne procesy kontroli motorycznej sprawiają często trudności osobom znajdującym się pod presją czasu i pod wpływem stresu, dlatego też ćwiczy się je krok po kroku, podobnie jak na etapie odczulania.

Techniki mówienia znacząco różnią się od normalnego sposobu wypowiedzenia się, a dla dzieci zwykle nie jest zrozumiałe samo przez się, że należy ich używać w codziennym życiu, przede wszystkim zaś wobec rówieśników. Nawet jeśli spróbują to zrobić, silny stres może utrudnić te próby. Ponieważ transfer do codzienności bywa nieprzyjemny, należy przepracować nieświadome negatywne nastawienie do technik oraz uzyskać gotowość do odczucia na upływ czasu podczas ich stosowania i na nie same. By zapobiec obawom przed negatywnymi ocenami technik przez słuchaczy, terapeuta może przeprowadzić rozmowy „na żywo” z wykorzystaniem imitowanego jąkania i/lub technik mówienia i poprosić rozmówcę o ich ocenę. Pomocne jest przede wszystkim udzielenie wyjaśnień nauczycielom i rówieśnikom w szkole, co pozwala na ich przygotowanie na zauważalne w mowie dziecka techni-



ki mówienia. Sytuacją idealną byłoby zaaranżowanie spotkania z osobą jękającą się, wykorzystującą techniki w mowie, która może o tym opowiedzieć. Dziecko może jej zadawać pytania i zostaje przygotowane na to, czego będzie się uczyło w dalszym ciągu terapii. Przy okazji dowiaduje się, że w przyszłości samo będzie mogło zdecydować, kiedy użyje technik, tak jakby sięgało do skrzynki z narzędziami. By dziecko miało pewność, że w razie potrzeby może polegać na tych narzędziach, nowe sposoby radzenia sobie z zająknięciami muszą być wystarczająco często trenowane.

### **Prolongacja**

Wprowadzenie do prolongacji rozpoczyna się od wypowiedzania (w zwolnionym tempie) pozbawionych znaczenia sylab (Sandrieser, Schneider, 2015; Zückner, 2014) i spontanicznego demonstrowania oraz naśladowania tego sposobu mówienia przed lustrem; gdy zaś zasada prolongacji zostanie zrozumiana, przechodzi się do materiału wyrazowego. Terapeuta może wykorzystać pacynkę, która mimo wielu udanych prób popełnia rozmaite błędy przypominające te popełniane przez dziecko. Błędy te można później skorygować. Na końcu dziecko może ocenić i w razie potrzeby poprawić własne przedłużenia. Stanowi to podstawę do samodzielnych ćwiczeń w domu. W dłuższej perspektywie mają one przynieść podobny efekt jak „palcówki” w ćwiczeniach gry na pianinie. Ćwiczenia są ułożone zgodnie ze wzrastającą trudnością językową, emocjonalną oraz sytuacyjną i wykonuje się je tak długo, aż dziecko będzie umiało używać prolongacji na co dzień.

### **Pullout**

Wprowadzenie do techniki *pullout* odbywa się na imitowanych objawach jękania. Problemy, jakich następcza objaw, mogą być przedstawione za pomocą drążka symbolizującego słowo, dłoń z kolei symbolizuje narządy mowy. Dłoń mocno chwyta drążek (objaw jękania). Dziecko ma za zadanie znaleźć rozmaite rozwiązania, jak można wydostać drążek z trzymającej go dłoni i przenieść te pomysły na sytuację mówienia. Podczas wspólnych prób przepracowuje się trzy elementy: 1) zatrzymanie, 2) odczekanie, aż ustąpi napięcie, 3) dalsze mówienie z wykorzystaniem prolongacji zilustrowane poprzez sygnalizację świetlną (lub z pseudoobjawem pozbawionym napięcia, jeśli dziecko tak woli lub wykazuje ograniczenia w zakresie motoryki mowy). Następnie ćwiczy się każdy element techniki *pullout* osobno i w późniejszym czasie łączy się je przed przeniesieniem na objawy rzeczywiste. Także w przypadku tej techniki wymagany jest intensywny trening, w czasie którego pomoce, początkowo wykorzystywane do przypominania, są coraz rzadziej używane. Przedłużenia i *pullout* zmieniają mowę na krótką chwilę (uptyw czasu, spowolniona artykulacja), dla

---

tego też niektóre dzieci mają trudności w stosowaniu ich na co dzień. Odpowiednio do tych problemów prowadzi się zhierarchizowane pod względem trudności ćwiczenia odczulania. Jeśli początkowo został wprowadzony wariant techniki *pullout* ze swobodnymi powtórzeniami, możliwe jest przepracowanie go w późniejszym czasie w wersji z prolongacją.

## Generalizacja

Przez cały czas trwania terapii ważny jej komponent stanowi generalizacja. To, czego dziecko się uczy, jest stale przenoszone do codzienności, a ćwiczenia odpowiednio wcześniej i regularnie są prowadzone poza gabinetem. Umowa dotycząca zadań domowych utrwała nawyk pracy w domu porównywalny do regularnego treningu sportowego. Terapeuta w miarę możliwości przygotowuje kolejne osoby, by mogły wspierać dziecko w tym procesie. W ten sposób można uniknąć przytłoczenia oraz frustracji i przez dłuższy czas towarzyszyć mu we wdrażaniu treści terapeutycznych.

### Cele generalizacji:

1. Dziecko przenosi wypracowane umiejętności na tak wiele obszarów życia, jak to tylko możliwe.
2. Dziecko jest przygotowane na zakończenie terapii.
3. Dziecko czuje się kompetentne w radzeniu sobie z objawami jąkania oraz lękami także po zakończeniu terapii.

### Generalizacja w końcowym etapie terapii

Kończącym etapem terapii jest generalizacja; tutaj nie pojawiają się zasadniczo żadne nowe komponenty, lecz wykorzystuje się opanowane wcześniej umiejętności w jak największej liczbie obszarów życia. Umożliwia to wyłącznie własna inicjatywa i odpowiedzialność. Ciągła praca w oparciu o kontrakt, doradztwo oraz rozwiązywanie problemów przy zaangażowaniu rodziców i innych osób z otoczenia są kluczowymi sposobami oddziaływania terapeutycznego.

Zastosowanie technik mówienia we wszystkich sytuacjach komunikacyjnych nie jest realne. O wiele ważniejsze wydaje się poczucie kontroli, które obniża poziom lęku w różnych sytuacjach komunikacyjnych i daje dziecku pewność dostępu do technik mówienia, kiedy tylko ono zechce. Decyzja, by je zastosować, jest zatem zależna od sytuacji i zakłada, że otoczenie jest o tym poinformowane. Tolerancja wobec błędów oraz obecność wspierających osób w otoczeniu ułatwiają przepracowanie trudnych sytuacji. Częstym powodem nieużycia technik, np. w szkole bądź w obecności rówieśników, bywa chęć bycia „cool”. Wskazane są w tym przypadku:



wizyta w szkole, poinformowanie przyjaciół, rówieśników z klasy i nauczyciela na temat technik mówienia, dyskusja o korzyściach z wolności, którą daje rezygnacja z unikania, wymiana doświadczeń z innymi osobami jękającymi się oraz odczulanie. Ogólnie rzecz biorąc, od uczniów szkoły podstawowej<sup>2</sup> nie można oczekiwać, że techniki mówienia wprowadzą na terenie szkoły samodzielnie, niejednokrotnie musi to mieć podbudowę w postaci systemu wsparcia.

### *Zakończenie terapii i opieka postterapeutyczna*

Zakończenie terapii ma miejsce wtedy, gdy nastąpiła remisja lub utrzymują się lekkie objawy jękania. Charakteryzują się one czasem trwania poniżej 0,5 sek., brakiem objawów wtórnych i unikania, a także brakiem (ewentualnie bardzo niskim poziomem) lęku oraz innych reakcji stresowych w powiązaniu z komunikacją, mówieniem i jękaniem. Dziecko i jego otoczenie okazują w związku z tym poczucie sprawstwa. Gdy rozważa się zakończenie terapii, należy sprawdzić, czy kryteria, w oparciu o które mogłoby to nastąpić, są spełnione we wszystkich obszarach życia dziecka i czy są stabilne w czasie. Jeśli tak się dzieje, najpierw planuje się przerwę w terapii i termin spotkania kontrolnego, jak również ustala indywidualne kryteria, na podstawie których będzie można podjąć decyzję o wznowieniu sesji. W końcowym etapie procesu terapeutycznego terapeuta, rodzice i dziecko wspólnie ustalają moment jego zakończenia. Ważne jest, by uwzględnić potrzeby wszystkich zaangażowanych osób.

Generalizacja ma na celu, po pierwsze, utrzymanie nabytych umiejętności w okresach coraz dłuższych przerw w terapii, podczas których dziecko ćwiczy samodzielnie. Po drugie, służy opracowaniu procedury postępowania na wypadek nawrotu jękania lub też sprzężonych z nim lęków i sposobów zachowania. Podczas podsumowania przebiegu terapii logopeda uświadamia poczynione postępy, zostawia też przestrzeń na uczucia ambiwalentne (radość z osiągnięć i smutek z powodu braku całkowitego „wyleczenia”). Na zakończenie planuje się również opiekę postterapeutyczną, jednakże w takiej postaci, by nie wiązać niepotrzebnie dziecka z terapeutą. Logopedzi pragnący zaoszczędzić dziecku nawrotu albo wierzący, że osiągną jeszcze lepszy efekt generalizacji, narażają się na ryzyko prowadzenia niekończącej się terapii. Można temu zapobiec poprzez ustalenie terminów kontrolnych i „odświeżających” z podkreśleniem indywidualnej odpowiedzialności dziecka.

---

<sup>2</sup> W Niemczech szkoła podstawowa obejmuje klasy I–IV (przyp. tłum.).

---



## Terapia ramowa

Terapia jąkania jest osadzona w kontekście życia dziecka i jego rodziny. Istnieją zatem powody, by włączyć do niej obszary nienależące bezpośrednio do sfery zainteresowań metody *Schul-KIDS* i przypisać je do terapii ramowej. Pojęcie to zostało wybrane, ponieważ stanowi ramy dla podejścia *Schul-KIDS*. Terapii ramowej nie należy mylić z innymi niezbędnymi w danym przypadku metodami interwencji terapeutycznej (np. dodatkowe oddziaływania nakierowane na specyficzne zaburzenie rozwoju mowy bądź zaburzenie lękowe występujące równocześnie z jąkaniem). Także podstawowe techniki terapeutyczne, jak np. nawiązywanie relacji terapeutycznej lub zabawa jako środek wyrazu, stanowią warunek konieczny terapii jąkania, ale nie należą do terapii ramowej.

### Cele terapii ramowej:

1. Dziecko spełnia niezbędne warunki uwzględniane w poszczególnych rodzajach interwencji metodą *Schul-KIDS*.
2. Wpływ na dziecko ma niewiele czynników ryzyka, które mogą wyzwać jąkanie lub osłabiać odporność psychiczną na jąkanie.

Terapia ramowa pod względem treści oraz trybu postępowania podlega określonym rygorom i jest wskazana tylko wówczas, gdy istnieje uzasadniony związek pomiędzy nią a jąkaniem i terapią jąkania oraz gdy jest na nią zapotrzebowanie. Ze względu na to musi więc zostać uwzględniona podczas ustaleń kontraktowych. Ponieważ po terapię ramową sięga się w razie potrzeby, nie jest ona przyporządkowana do jednego, konkretnego etapu terapii, czasem dopiero w jej trakcie okazuje się, które tematy powinny zostać w ten sposób przepracowane (por. obraz siebie z jąkaniem, radzenie sobie z porażkami czy stresujące doświadczenia dotyczące jąkania). Dodajmy, że oddziaływania terapeutyczne mogą być częścią każdej sesji lub pojawiać się w sekwencji poświęconej określonemu tematowi, np. opracowywania strategii rozwiązywania problemów i rozwijania umiejętności pragmatycznych podczas odczulania na reakcje słuchaczy.

Psychoedukacja odgrywa dużą rolę podczas przełamywania tabu i odczulania. Pod tym pojęciem rozumieć należy systematyczne przekazywanie kompleksowej wiedzy medycznej, by dziecko i członków jego rodziny uczynić zdolnymi do radzenia sobie z niepełnością mowy (Bäumli i in., 2016) i odzyskania niezależności. W przypadku budzącego tak wiele uprzedzeń zaburzenia mowy, jakim jest jąkanie, pomocne bywa wczesne udzielenie wyjaśnień, jak stworzyć łańcuch wsparcia i ochronić siebie (lub dziecko) przed niekorzystnym zachowaniem innych. Sandrieser i Schneider (2015) za ważkie zamierzenie terapeutyczne uznają, aby osoba z jąkaniem czuła



się kompetentnym rozmówcą i dysponowała strategiami pozwalającymi (w odpowiednim czasie) wyrazić się w pełni. Poradnictwo dla rodziców dotyczące korzystnych sposobów zachowania wobec dziecka oraz odniesienie się do ich zmartwień stanowią nieodłączną część terapii. Zależna od sytuacji zmienność jąkania wymaga często zaangażowania w te działania nauczycieli i pedagogów. Może się to odbywać na rozmaite sposoby (np. z wykorzystaniem kwestionariuszy, rozmów telefonicznych, szkoleń, odwiedzin w szkole wraz z dzieckiem), również za pośrednictwem rodziców. Jest to sposobność do rozpoznania ważnych czynników wyzwalających jąkanie, które powinny zostać przepracowane. Ich rozpoznanie, a zarazem podjęcie odpowiednich środków zaradczych w przypadku mobbingu, mieści się w ramach terapii logopedycznej.

Ocena interakcji rodzinnych pozwala przyjrzeć się następującym aspektom: radzeniu sobie z deficytami, zachowaniu niezgodnemu z normą bądź nastawieniu do wsparcia terapeutycznego, które może być zasobem lub też hamulcem dla terapii. Specyficzne znaczenie, nie tylko w przypadku jąkania, mają ramy kulturowe (por. np. percepcję zaburzenia, możliwości językowe w zakresie wyrażania uczuć czy przypisywanie ról społecznych). Pozostałe istotne treści w zakresie terapii ramowej to przekazywanie informacji na temat samopomocy i umożliwianie kontaktu z innymi jękającymi się osobami. Zgodnie z metodą *KIDS* zalecane jest tworzenie grup dla rodziców jako działanie towarzyszące terapii indywidualnej. Do środków zapewniających stworzenie warunków wstępnych dla niektórych rodzajów interwencji terapeutycznej należą np. praca nad samoświadomością, poprawa sprawności motoryki oralnej w celu opanowania techniki *pullout* albo trening podzielności uwagi (przygotowuje on do tego, by w sytuacjach wymagających pod względem komunikacyjnym nie być zmuszonym do myślenia o technikach).

Cele terapii ramowej odnoszą się niejednokrotnie do czynników wyzwalających jąkanie (Packmann, Attanasio, 2010). Są to m.in. tworzenie strategii rozwiązywania problemów, akceptacja nieprzyjemnych uczuć, kompetencje społeczne, radzenie sobie z dokuczaniem i przepracowanie stresujących doświadczeń powiązanych z jękaniem. Punkty dojścia terapii ramowej (analogicznie jak inne cele, o których wspomniano wyżej) ustala się podczas pracy kontraktowej, odnotowując też ewentualne zmiany.

---

## Opis przypadku – Jan

<p>Jan przyszedł na pierwsze spotkanie ze swoją mamą. Miał wtedy 9 lat. Doświadczal ciężkiego jąkania z częstymi, długotrwałymi i pełnymi napięcia blokami, powtórzeniami części słów, jak również współruchami w obszarze twarzy i całego ciała. Nie zauważono u niego reakcji unikania mówienia. Chłopiec jękał się od czwartego roku życia. Podczas diagnozy był początkowo wycofany, jednak gdy tylko padło pytanie o jego kolejkę elektryczną, okazał stałą, silną potrzebę wypowiedzania się, choć jąkanie wiązało się ze sporym wysiłkiem. Matka i syn opowiadali o problemach związanych z wypowiedzaniem się w szkole, które można było zinterpretować jako początek zachowań unikowych. Nauczyciele nie dysponowali wiedzą na temat jąkania i czasami zachowywali się niezręcznie. Niektórzy uczniowie wyśmiewali chłopca. Ponieważ z powodu swoich uzdolnień Jan chodził już do IV klasy, był tam najmłodszym oraz najmniejszym uczniem i czuł się gorszy od swoich kolegów i koleżanek. Zapytany o własne objawy jąkania w trakcie badania formularzem RSU okazał silne reakcje zawstydzenia, ale otwarcie zastanawiał się nad swoimi obserwacjami w rozmowie z terapeutką. Dotychczas nie przechodził terapii, gdyż objawy nasiliły się znacznie dopiero dwa miesiące temu. Matka doceniała i wspierała syna pomimo poczucia bezradności i wysokiego zaniepokojenia jąkaniem. Ojciec także się jękał.</p>	<p>Wywiad i diagnoza</p>
<p>Na następne spotkanie rodzice przyszedli bez dziecka. Przedstawiono im wyniki diagnozy. Zaakceptowali fakt, że istnieje bardzo niewielkie prawdopodobieństwo remisji. Ich pragnieniem było, by syn nabrał pewności siebie podczas komunikowania się i by znacznie łagodniej oraz rzadziej się jękał. Ojciec zaakceptowałby zarówno podejście upłynnijące mowę, jak i modyfikację jąkania. Zdaniem matki upłynnianie mowy było wykluczone. Po uzyskaniu szczegółowych informacji na temat podejścia Schul-KIDS rodzice zdecydowali o rozpoczęciu terapii tą metodą. Terapeutka zastrzegła, że to, by ojciec chłopca poddał się terapii, nie jest ani warunkiem wstępnym terapii chłopca, ani jej częścią składową. Ustalono kolejny termin spotkania z rodzicami, podczas którego planowano omówić możliwe sposoby ich współpracy ze szkołą.</p>	<p>Pierwsza konsultacja i podjęcie decyzji o rozpoczęciu terapii</p>
<p>W toku kolejnych sesji terapeutycznych terapeutka przekazywała chłopcu informacje na temat jąkania. Podczas eksperymentu (jedna osoba stara się starannie pisać, a druga poszturchuje ją w trakcie pisania) miał on sposobność doświadczyć, co oznacza pojęcie „utrata kontroli”, i przenieść reakcje, jakie się tu pojawiły, na te dotychczas mu znane, związane z wysiłkiem i unikaniem w trakcie jąkania. Swoje spostrzeżenia notował na schemacie cebuli. Podekscytowany obserwował, jak jego matka reagowała podczas eksperymentu i oboje doszli do wniosku, że negatywne ocenianie jąkania jest nie <b>fair</b>. Neuropsychologię jąkania Jan poznał poprzez rysunek wielkoformatowy, przedstawiający narządy zaangażowane w proces wytwarzania mowy, do których wysyłani są postaćcy z centrum zarządzania mową w mózgu. Zamyślił się, gdy usłyszał, że jego mózg jest podatny na występowanie zaktóceń. Samodzielnie powiązał jąkanie swojego ojca z ewentualną własną predyspozycją. Upředzenia odnoszące się do jąkania zostały ujawnione w czasie quizu, który chłopiec koniecznie chciał zabrać do domu, by pokazać go babci i dziadkowi.</p>	<p>Przełamywanie tabu</p>



<p>W tym czasie miały miejsce dwa spotkania z obojgiem rodziców; podczas tych spotkań zalecono rodzicom lekturę poradników (Schneider 2013; Schneider, Kohmäscher, 2017), a także wypracowano strategię postępowania w rozmowach z nauczycielami odnośnie do reagowania na jąkanie oraz udzielania chłopcu emocjonalnego wsparcia w celu poprawy jego sytuacji szkolnej. Potwierdzenie ze strony terapeutki, że rodzice postępują w domu prawidłowo, przyniosło im duże poczucie ulgi.</p>	<p>Informacje i kontrakt</p>
<p>Gdy Jan rysował obrazek przedstawiający rozmieszczenie uczniów w klasie, rozwinęła się rozmowa na temat jego zmartwień i marzeń. Chłopiec sformułował cel terapii – lżej się jąkać, mieć odwagę, by zgłaszać się w szkole, radzić sobie z tymi, którzy go denerwują. Jako kontrakt terapeutyczny posłużył plan trasy kolejki elektrycznej. Chłopiec poznał etapy i cele terapii, uzyskał pierwsze informacje odnośnie do technik i ich działania. Następnie wyjaśnił przebieg terapii matce, a terapeutka wyjaśniła zakres odpowiedzialności i pośredniczyła w trakcie ustaleń dotyczących współpracy przy zadaniach terapeutycznych.</p>	<p>Praca kontraktowa, kontrakt trójstronny</p>
<p>Dla całej rodziny (m.in. dla znacznie starszej siostry Jana oraz dziadków) przygotowano spotkanie informacyjne, podczas którego chłopiec przedstawił dotychczas opracowane treści w postaci samodzielnie przygotowanej prezentacji. Był bardzo podekscytowany uznaniem, jakiego wtedy doświadczył. W konsekwencji poczuł się na siłach, by przeprowadzić podobną prezentację w swojej klasie.</p>	<p>Przełamywanie tabu, spotkanie rodzinne</p>
<p>Rozmawiając o tym, jak można przezwyciężyć silny lęk przed wodą, przedyskutowano rozmaite rozwiązania (unikanie, bezkompromisowa konfrontacja, ostrożne zbliżanie się), a następnie porównano to do lęku przed jąkaniem. Fakt, że pseudojąkanie wpływa na zmniejszenie napięcia i podatności na błędy, zmotywował Jana do wypróbowania tej techniki. Okazało się, że przyszło mu to z łatwością, więc poziom trudności na płaszczyźnie językowej szybko został podniesiony (na poziom monologu). Poziom trudności na płaszczyźnie emocjonalnej wzrastał poprzez ćwiczenia na ulicy przed gabinetem oraz gry i ćwiczenia ze stażystami, a także przyjacielem, którego Jan przyprowadził ze sobą do gabinetu.</p>	<p>Odczulanie na objawy jąkania Odczulanie na reakcje słuchaczy</p>
<p>W czasie każdej sesji badano miejsce i sposób artykulacji podczas płynnej mowy i dobrowolnego jąkania, wykorzystując nagrania wideo prezentujące wypowiedzi osób z jąkaniem. Jan rozwinął postawę zaciekawionego naukowca i wyraził chęć zbadania własnego jąkania. Ustalono, że terapeutce wolno mu przerwać w każdej chwili, ponieważ w gabinecie już prawie się nie jąkał. Matka potwierdziła, że mowa chłopca jest bardziej płynna również w domu.</p>	<p>Identyfikacja: fonetyka artykulacyjna i pierwsza analiza objawu</p>
<p>Fonetyka artykulacyjna przychodziła Janowi z łatwością, mógł więc wcześniej rozpocząć pracę nad prolongacją. Okazało się, że chłopiec potrafi świadomie kierować artykulacją, ale trudno jest mu się nie spieszyć. Praca nad odczulaniem na upływ czasu polegała na analizowaniu błędów i korygowaniu ich, np. podczas dobrowolnych i rzeczywistych zbyt szybkich przejść artykulacyjnych oraz podczas zawodów, komu uda się najdłuższa prolongacja.</p>	<p>Początek modyfikacji Odczulanie na upływ czasu</p>

<p><i>Prolongacje i pseudojąkanie były trenowane równolegle w trakcie wielu sesji terapeutycznych in vivo. Matka nauczyła się oceniać techniki jakościowo i mogła regularnie odgrywać rolę partnera podczas ćwiczeń w domu. Po ponownym wystąpieniu dokuczania rozpoczęto przygotowania do odwiedzin w szkole i w czasie zabaw z podziałem na role intensywnie pracowano nad rozwiązywaniem problemów oraz odpowiedziami ustnymi. Rodzicom udało się uzyskać pomoc w postaci odpowiedniego wyrównania szans dziecka w szkole.</i></p>	<p>Praca in vivo Odczulanie Terapia ramowa: rozwiązywanie problemów z dokuczaniem</p>
<p><i>Podczas rozmowy Jan przekształcał spontanicznie objawy rzeczywiste w sposób bardzo zbliżony do techniki pullout. Terapeutka podjęła to, przepracowała i trenowała z chłopcem jakościowo poprawny pullout na objawach imitowanych. Chłopiec miał trudności z utrzymaniem pauzy wystarczająco długo po zatrzymaniu się. By móc wykorzystać technikę podczas objawów rzeczywistych, pracowano nad ich zauważaniem. Okazało się to niemożliwe i nieopracowane, ponieważ Jan nawet w wymagających sytuacjach komunikacyjnych doświadczał wyłącznie krótkich, swobodnych objawów.</i></p>	<p>Modyfikacja, pullout Identyfikacja: zauważanie objawów</p>
<p><i>Po długotrwałych przygotowaniach i licznych przesunięciach terminów odbyła się wreszcie wizyta w szkole, która przez klasę i przez nauczycielkę została bardzo dobrze przyjęta. Dokuczanie nie miało więcej miejsca. Jan został nawet wzięty pod ochronę na podwórku szkolnym.</i></p>	<p>Odczulanie, przetamywanie tabu</p>
<p><i>Terapeutka dowiedziała się przypadkowo, że chłopiec założył własny kanał na YouTube. Zanim zaprezentował figury z Lego Star Wars, opowiedział tu o swoim jąkaniu.</i></p>	<p>Spontaniczne przetamywanie tabu</p>
<p><i>Z powodu niewielkiego nasilenia objawów i dysponowania korzystnymi strategiami radzenia sobie w życzliwym środowisku w czasie wakacji zaplanowano 3-miesięczną przerwę w terapii. Jan czuł się dobrze przygotowany do zmiany szkoły.</i></p>	<p>Przerwa w terapii</p>
<p><i>Po przerwie w terapii objawy jąkania były lekkie, chłopiec nie unikał mówienia. Zaproponował odwiedzin w nowej szkole. Miał dobrą pozycję w trudnej klasie, z pewnością z powodu swojego konfrontacyjnego podejścia do jąkania. Został też członkiem szkolnego teatru. W terapii zaplanowano odświeżenie i generalizację techniki pullout, przede wszystkim w zakresie powiązanego z nią upływu czasu.</i></p>	<p>Przetamywanie tabu Generalizacja Odczulanie na upływ czasu</p>
<p><i>Na co dzień chłopiec rzadko korzystał z techniki pullout, gdyż nie wstydził się swojego jąkania. Sytuacje w życiu codziennym nie wyzwalały objawów, nad którymi trzeba było pracować. Jan opowiadał o bardzo rzadko pojawiających się, niepodlegających kontroli długotrwałych blokach (co 1–2 miesiące), które niepokoiły go mniej niż jego matkę. W trakcie pracy kontraktowej ustalono, jakie działania powinny zostać podjęte w razie nawrotu objawów i w jakich okolicznościach także rzadko pojawiające się, niepodlegające kontroli długie bloki mogłyby stanowić powód do powrotu do terapii. Zaplanowano dwie wizyty kontrolne w najbliższym roku.</i></p>	<p>Przygotowania do zakończenia terapii Praca kontraktowa</p>
<p><i>Podczas obu spotkań Jan wyglądał na zrelaksowanego. Częstotliwość objawów w jego mowie wzrosła, używał trudnych do rozpoznania z powodu ich szybkości technik prolongacji oraz pullout i zgłaszał brak długotrwałych, niepodlegających kontroli bloków. Nie widział wówczas potrzeby wznowienia terapii, podobnie jak jego rodzice. W szkole nie było potrzeby korzystania z prawa do wyrównywania szans.</i></p>	<p>Wizyty kontrolne po upływie 6 miesięcy i po roku</p>



Tuż przed maturą Jan nie czuł potrzeby wznawiania terapii. Pomimo że jąkanie stało się częstsze i pojawił się niewielki wysiłek podczas mówienia, nie ocenił tego jako problemu. Nadal działał aktywnie w szkolnym teatrze. Jego oceny pogorszyły się niezależnie od zgłaszania się do odpowiedzi ustnej, ponieważ w tamtym czasie niewiele robił dla szkoły. Pozostał otwarty na spotkanie odświeżające przed ustnymi egzaminami maturalnymi. Zarówno chłopiec, jak i jego rodzice zostali poinformowani o tym, że z prawa do wyrównania szans można skorzystać, jeśli odpowiednio wcześniej zgłosi się takie zapotrzebowanie.

Wizyta kontrolna po 5 latach

## Wnioski i perspektywy

Podejście *KIDS* to oparta na teorii metoda terapeutyczna w nurcie modyfikacji jąkania dla dzieci w wieku szkolnym. Sięga się w niej po elementy terapii Van Ripera (1971, 2006) oraz Della (2000). *KIDS* wymaga podejścia indywidualnego, uwzględnia też aktualne wyniki badań naukowych odnośnie do powstawania (społecznych) lęków, znaczenia odporności psychicznej i jakości życia, a jako punkt wyjścia przyjmuje całościową sytuację życiową osoby z jąkaniem. Poprzez pracę kontraktową sprawczość dziecka jest tu wyraźnie promowana, dzięki ostrożnemu dobieraniu stopnia trudności ćwiczeń zaś dzieci odnoszą sukcesy.

Program *KIDS* jest w Niemczech bardzo rozpowszechniony; okazał się łatwy do wdrożenia (w przeważającej części jako program indywidualny, ale także grupowy), a z subiektywnego punktu widzenia terapeutów – również skuteczny. Nakierowanie na jednostkę bez ustalenia czasu trwania terapii i jej intensywności utrudnia jednak obiektywne, zewnętrzne dowiedzenie jego efektywności. Jest to przedmiotem badania usług zdrowotnych (niem. *Versorgungsstudie PMS KIDS, Registrierung DRKS00015851*; Kohmäscher, 2018), podczas którego został zredagowany podręcznik do metody *Schul-KIDS* (Schneider, Sandrieser, 2018), przez ponad rok w całym kraju ewaluowano ponadto przebieg indywidualnej terapii 70 jąkających się dzieci, odbywającej się w gabinetach prywatnych. Badania nadal trwają, z powodu epidemii COVID-19 zakończenie procesu zbierania danych planuje się na sierpień 2021 roku, wyników ewaluacji należy się natomiast spodziewać w 2022 roku.

## Definicje

**Antytetyczne zachowanie:** polega na tym, że terapeuta swoje przekonania (anty-tezy) różniące się od przekonań klienta (tez) wyraża w swoim zachowaniu, np. terapeuta uważa, że jąkanie jest ciekawe, podczas gdy dziecko odrzuca to przekonanie.

**Fonetyka artykulacyjna:** określa obszar pracy na etapie identyfikacji, podczas którego przekazuje się klientowi wiedzę podstawową, niezbędną do analizy, opisywania oraz świadomego kierowania procesem mówienia i jąkania.

**Imitowane jąkanie:** w metodzie *KIDS* w trakcie dobrowolnego jąkania własne objawy są z rozmysłem naśladowane/imitowane. Należą tu objawy pierwotne, a w razie potrzeby także napięcie oraz objawy wtórne.

**Praca kontraktowa:** pojęcie zapożyczone z analizy transakcyjnej, opisuje sposób postępowania w metodzie *KIDS* polegający na zawieraniu w procesie terapii wiążących, pozytywnie sformułowanych, nakierowanych na cel umów i poddawaniu ich refleksji.

**Praca nad przyzwoleniem:** określa akceptującą postawę terapeuty, który przyzwala na wyrażanie myśli przez dziecko i rodziców, na okazywanie oraz wypróbowywanie różnych sposobów zachowania, w które wcześniej nie wierzyli lub też oceniali dotychczas jako niepożądane, nieprzyjemne albo niebezpieczne.

**Przełamywanie tabu:** oznacza proces odbywający się w trakcie odczulania, podczas którego dziecko uczy się otwarcie mówić o jąkanii oraz terapii i dzięki temu przełamuje tabu.

**Pseudojąkanie:** w metodzie *KIDS* opisuje zamierzony sposób mówienia, pod względem objawów pierwotnych zbliżony do jąkania, charakteryzujący się pozbawionymi napięcia, swobodnymi powtórzeniami fragmentów słów lub w niektórych rzadkich przypadkach przedłużeniami dźwięków mowy.

## Pytania kontrolne

1. *Schul-KIDS* może być zastosowany w przypadku występowania negatywnych strategii radzenia sobie z jąkanii poprzez:
  - a) wzmacnianie sprawczości (w radzeniu sobie z objawami i podczas komunikacji);
  - b) obniżanie poziomu lęku;
  - c) umożliwienie płynnej mowy dzięki technikom mówienia;
  - d) wzrost kompetencji komunikacyjnych;
  - e) możliwość przepracowania stresujących doświadczeń powiązanych z jąkaniiem.
2. Oparta na modelu ICF diagnoza wstępna w metodzie *KIDS* umożliwia:
  - a) rozstrzygnięcie, czy zaburzenie występujące u dziecka to jąkanie;
  - b) prognozowanie czasu trwania terapii;
  - c) oszacowanie zapotrzebowania na terapię;
  - d) ustalenie celów terapii;
  - e) prognozowanie skuteczności terapii.



3. Terapia metodą *Schul-KIDS* bazuje na takich kluczowych założeniach, jak:
  - a) zmienny plan terapii, wzmacnianie odporności psychicznej, odniesienie do dziecka i do codzienności;
  - b) zmienny plan terapii, wzmacnianie płynności mowy, odniesienie do dziecka i do codzienności;
  - c) planowanie terapii zgodnie z etapami *Schul-KIDS*, wzmacnianie odporności psychicznej, odniesienie do dziecka i do codzienności;
  - d) zmienny plan terapii, wzmacnianie odporności psychicznej, odniesienie do dziecka, nabywanie zdolności do pomagania samemu sobie;
  - e) zmienny plan terapii, wzmacnianie odporności psychicznej, modyfikacja, odniesienie do codzienności.
4. Odnośnie do etapów *Schul-KIDS* należy zauważyć, że:
  - a) etapy muszą być ściśle od siebie oddzielone;
  - b) etap informacji i kontraktu ma kluczowe znaczenie na początku terapii, jednakże w dalszym przebiegu terapii nadal pozostaje istotny;
  - c) odczulanie ma ogromne znaczenie i równoległe do niego ma miejsce duża część identyfikacji;
  - d) konieczność i forma modyfikacji są zależne od efektów odczulania i objawów w mowie dziecka;
  - e) generalizacja treści wyuczonych w terapii powinna się rozpocząć możliwie wcześnie.
5. Terapia metodą *Schul-KIDS* kończy się, gdy:
  - a) dziecko przepracuje skutecznie wszystkie objawy jąkania;
  - b) regularne sesje terapeutyczne nie są już niezbędne i można wdrożyć etap opieki postterapeutycznej;
  - c) dziecko już się nie jąka;
  - d) zdaniem terapeuty nastąpiła remisja lub utrzymują się tylko lekkie objawy jąkania;
  - e) dziecko (i jego rodzice) życzą sobie zakończenia terapii i zdaniem terapeuty jest to uzasadnione.

## Rekomendowana literatura

- Sandrieser, P., Schneider, P. (2015). *Stottern im Kindesalter* (4. Aufl.). Georg Thieme Verlag.
- Dell, C.W. (2000). *Treating the school-age child who stutters: a guide for clinicians*. Stuttering Foundation of America.
- Manning, W.H., DiLollo, A. (2017). *Clinical decision making in fluency disorders*. Plural Publishing.
-



Furman, B. (2016). *Kids' skills in action: stories of playful and practical solution-finding with children*. Helsinki Brief Therapy Institute.

## Bibliografia

- Bäumli, J., Behrendt, B., Henningsen, P., Pitschel-Walz, G. (2016). *Handbuch der Psychoedukation: für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin*. Schattauer.
- Berne, E. (2016). *Transactional analysis in psychotherapy: a systematic individual and social psychiatry*. Pickle Partners Publishing.
- Boyle, M.P., Beita-Ell, C., Milewski, K.M., Fearon, A.N. (2018). Self-esteem, self-efficacy, and social support as predictors of communicative participation in adults who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 61, 1893–1906.
- Carter, A.K., Breen, L.J., Beilby, J.M. (2019). Self-efficacy beliefs: experiences of adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 60, 11–25.
- Carter, A., Breen, L., Yaruss, J.S., Beilby, J. (2017). Self-efficacy and quality of life in adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 54, 14–23.
- Cook, S. (2013). Fragebogen zur psychosozialen Belastung durch das Stottern für Kinder und Jugendliche. *LOGOS Interdisziplinär*, 21, 97–105.
- 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.
- Daniels, D.E., Gabel, R.M., Hughes, S. (2012). Recounting the K-12 school experiences of adults who stutter: a qualitative analysis. *Journal of Fluency Disorders*, 37, 71–82.
- Dell, C.W. (1971). *Treating the school-age child who stutters*. The Stuttering Foundation.
- Dell, C.W. (2000). *Treating the school-age child who stutters: a guide for clinicians*. Stuttering Foundation of America.
- Dell, C.W., Starke, A. (2001). *Therapie für das stotternde Schulkind* (3., überarb. Aufl.). Demosthenes.
- Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP) (red.). (2016). *Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen: Evidenz- und konsensbasierte S3-Leitlinie*. AWMF-Registernummer 049-013, Version 1. [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/049-013l\\_S3\\_Redeflusstoerungen\\_2016-09-verlaengert.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/049-013l_S3_Redeflusstoerungen_2016-09-verlaengert.pdf).
- Erickson, S., Block, S. (2013). The social and communication impact of stuttering on adolescents and their families. *Journal of Fluency Disorders*, 38, 311–324. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2013.09.003>.
- Kohmäscher, A. (2018). *PMS KIDS – Prospektive multizentrische Studie zur Wirksamkeit ambulanter Stottertherapie nach dem Stottermodifikationsansatz KIDS*. <https://www.pms-kids.de>.



- Laiho, A., Klippi, A. (2007). Long- and short-term results of children's and adolescents' therapy courses for stuttering. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 42, 367–382.
- Natke, U., Kohmäscher, A. (2020). *Stottern: Wissenschaftliche Erkenntnisse und evidenzbasierte Therapie* (4. Auflage). Springer.
- Noeker, M., Petermann, F. (2008). Resilienz: Funktionale Adaptation an widrige Umgebungsbedingungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56, 255–263.
- Packmann, A., Attanasio, J. (2010). *A model of the mechanism underpinning early intervention for stuttering*. ASHA Convention, Philadelphia.
- Plexico, L.W., Erath, S., Shores, H., Burrus, E. (2019). Self-acceptance, resilience, coping and satisfaction of life in people who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 59, 52–63.
- Riley, G., Bakker, K. (2009). *SSI-4: Stuttering severity instrument*. PRO-ED.
- Sandrieser, P. (2018, January). *Vertragsarbeit in der Logopädie*. Forum Kindersprache, Tamm.
- Sandrieser, P., Schneider, P. (2015). *Stottern im Kindesalter* (4. Aufl.). Thieme.
- Sandrieser P., Schneider P. (2019). *KIDS – direkte Therapie mit stotternden Kindern. Sprachförderung und Sprachtherapie in Schule und Praxis*, 19, 148–152.
- Schlegel, L. (1995). *Die transaktionale Analyse: Eine Psychotherapie, die kognitive und tiefenpsychologische Gesichtspunkte kreativ miteinander verbindet* (4. völlig überarb. Aufl.). UTB für Wissenschaft Psychologie. Francke.
- Schneider, P. (1999). Stottertherapie bei Kindern in Orientierung an Carl Dell. *Forum Logopädie*, 1, 5–12.
- Schneider, P. (2013). *Stottern bei Kindern erfolgreich bewältigen: Ratgeber für Eltern und alle, die mit stotternden Kindern zu tun haben*. Natke Verlag.
- Schneider, P. (2015). Reaktionen auf Stottern der Untersucherin (RSU). W: P. Sandrieser, P. Schneider (red.), *Stottern im Kindesalter* (4. Aufl., s. 108–109). Thieme.
- Schneider, P., Kohmaescher, A. (2017). *My child stutters – what can I do?* Natke.
- Schneider, P., Sandrieser, P. (2018). *Manual Schul-KIDS*. Unpublished manuscript. Schwarzer, R., Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. *Zeitschrift für Pädagogik Beiheft*, 44, 28–53.
- Sheehan, J.G. (1970). *Stuttering: research and therapy*. Harper & Row.
- Stewart, I. (2000). *Transaktionsanalyse in der Beratung: Grundlagen und Praxis transaktionsanalytischer Beratungsarbeit* (3. Aufl.). Junfermann.
- Van Riper, C. (1971). *The nature of stuttering*. Prentice-Hall.
- Van Riper, C. (2006). *Die Behandlung des Stotterns*. Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe.
- Waelkens, V. (2018). *Mini-Kids: direct therapy for children who stutter*. Acco.
- World Health Organization (WHO) (2001). *International classification of functioning, disability and health: ICF*. World Health Organization.
- Yaruss, J.S., Coleman, C., Quesal, R.W. (2016). *Overall assessment of the speaker's experience of stuttering: Ages 7–12 (OASES-S)*. Stuttering Therapy Resources.
-

- Yaruss, J.S., Quesal, R.W. (2006). Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES): documenting multiple outcomes in stuttering treatment. *Journal of Fluency Disorders*, 31, 90–115.
- Yaruss, J.S., Quesal, R.W. (2008). OASES: Overall assessment of the speaker's experience of stuttering interpretive report. Pearson.
- Zückner, H. (2014). *Intensiv-Modifikation Stottern: Therapiemanual*. Natke Verlag.

