

Rozdział 14

Stine Brubak

Refleksje logopedy na temat terapii grupowej

Cel i zarys artykułu

Praktyka kliniczna/logopedyczna i badania naukowe oparte na dowodach w różnorodnych dziedzinach akademickich rzucają światło na to, jak terapia grupowa może stworzyć nowe wymiary tradycyjnej pracy z klientem. Uczestnicy często opisują proces grupowy jako ważny w terapii jąkania, ponieważ zapewnia on jedyną w swoim rodzaju szansę na podzielenie się nowymi doświadczeniami z osobami znajdującymi się w takiej samej sytuacji. Wnosi to pozytywny wkład do procesu uzyskiwania lepszych wyników terapii i skuteczniejszego ich uogólniania w sytuacjach życia codziennego. Pomimo doświadczeń klinicznych terapia grupowa nie wydaje się tak zintegrowana z procesem terapii jąkania na równych prawach, jak terapia indywidualna. Według Liddle, James i Hardman (2011) jednym z powodów takiego stanu rzeczy u dzieci w wieku szkolnym może być brak zgodności w kwestii głównych celów terapii. Autorki uważają ponadto, że barierami dla terapii grupowej może być brak zainteresowania klientów lub zbyt mała liczba klientów, którzy mogliby regularnie dojeżdżać do miejsca odbywania się terapii.

Celem tego artykułu jest podkreślenie pozytywnych aspektów i efektów terapii grupowej oraz zachęcenie i zainspirowanie logopedów do włączenia tej formy terapii do ich praktyki. W tym rozdziale zostaną przedstawione praktyczne przykłady z praktyki logopedycznej, aby wykazać, jak większość istniejących programów terapii może być realizowana w grupie i jak ten proces może wzbogacić zarówno wyniki terapii, jak i doświadczenie uczestników. Jako że nie jest łatwo znaleźć dokumentację opartą na dowodach naukowych i badania naukowe w dziedzinie grupowej terapii jąkania, większość refleksji w tym artykule jest oparta na doświadczeniu i praktyce logopedycznej. Artykuł nie jest ani ilościowym, ani jakościowym badaniem naukowym, ale praktyczną perspektywą spojrzenia na terapię grupową.



Badania naukowe z pokrewnych dziedzin zostaną przytoczone w dyskusji dla uwiarygodnienia znaczenia i celu terapii grupowej.

Rozważania profilaktyczne i diagnostyczne

Jak powinniśmy definiować grupową terapię jąkania?

W ramach tego rozdziału terapia grupowa będzie rozumiana jako grupy o różnej liczbie uczestników, zorganizowane i prowadzone przez profesjonalnego logopedę, mające być głównym albo uzupełniającym komponentem terapii jąkania przeznaczonej dla indywidualnego klienta. Terapia grupowa ma jasno wytyczony cel terapeutyczny, w przeciwieństwie do grup wsparcia, których zadaniem jest spotykanie się w celu doświadczania przynależności do społeczności osób o podobnych problemach. Według Lutermana (1991) zarówno doradztwo/udzielanie porad (ang. *counselling*), jak i terapie grupowe możemy zdefiniować jako grupy terapeutyczne, ponieważ są one zwykle prowadzone przez profesjonalistów odpowiedzialnych za wybór konkretnej metody doradztwa i/lub terapii. Terapia jest zatem rozumiana jako profesjonalna forma opieki zdrowotnej wykorzystująca metody terapeutyczne wymagające uprzedniej edukacji i/lub świadectwa potwierdzającego odpowiednie kompetencje. Doradztwo (ang. *counselling*) jest rozumiane jako forma pomocy edukacyjnej, zapewniona przez profesjonalnego doradcę w celu wzmocnienia klienta, zdefiniowanej jako proces wspomaganie klienta w lepszym pomaganiu samemu sobie. Istnieje prawdopodobieństwo stopniowego przechodzenia między terapią i doradztwem w grupach terapeutycznych (Luterman, 1991).

Istnieje ponadto wiele definicji grup jako takich. Istotną cechą wskazywaną we wszystkich definicjach jest „tożsamość grupowa” rozumiana jako sposób, w jaki jednostki postrzegają siebie jako członków grupy. Niektóre definicje osadzone są w pojęciu emocjonalnej afiliacji i zależności zapewnionej przez grupę. Takie definicje zwykle podkreślają, że elementem koniecznym istnienia grupy jest zaangażowanie społeczne uczestników, z których wszyscy określają siebie jako członków grupy, dzielących te same cele i będących zaangażowanymi w stabilną, ustrukturyzowaną, współzależną relację z innymi (Baron, Byrne, 1987).

Ramy, w których umieścimy taką definicję, skupiają się na emocjonalnych aspektach związanych z afiliacją ze społecznością jako głównym aspekcie rozwijania tożsamości grupowej. Inne definicje podkreślają tożsamość grupową powstającą jako rezultat identyfikowania się jednostek jako członków określonej kategorii społecznej (Turner, 1987). W takich definicjach afiliacja emocjonalna może być konsekwencją udziału grupowego, ale niekoniecznie musi prowadzić do pojawienia się tożsamości

grupowej. W obu przypadkach ramy dodają coś istotnego dla zrozumienia terapii grupowej w jękananiu i powinno się je rozumieć indywidualnie i wspólnie.

Często grupy terapeutyczne dla osób jękanących się są inicjowane i organizowane w oparciu o klasyfikację społeczną. Przy postrzeganiu jękania jako koniecznego warunku uzyskania zaproszenia do udziału w grupie terapeutycznej wszyscy uczestnicy zostają pogrupowani w poszczególne kategorie społeczne przed spotkaniem się z innymi członkami grupy. W przypadku niektórych osób – według definicji Turner (1987) – może to stworzyć poczucie tożsamości grupowej. Ale co z tymi, którym nie odpowiada taka klasyfikacja? Otrzymanie oferty udziału w terapii z osobami o podobnych problemach może zwiększyć negatywne emocje w stosunku do kategorii społecznej, która jest dla nich problematyczna, nawet jeśli w jakimś stopniu akceptują ją, szukając pomocy związanej z jękananiem. Wielu moich klientów na początku podchodziło sceptycznie do pomysłu terapii grupowej, ale z czasem zmieniali sposób jej postrzegania. Jako terapeuci musimy zdawać sobie sprawę, że może to wynikać z negatywnych doświadczeń z klasyfikacją społeczną, a późniejsza zmiana postrzegania może być związana ze stopniowym rozwijaniem się afiliacji emocjonalnej prowadzącej do powstania tożsamości grupowej. Uczestnictwo i następnie identyfikowanie się z grupą oznacza zaakceptowanie określonej charakterystyki jej członków (Jones, Corrigan, 2014), większość klientów ujawnia jednak niechęć do bycia osobą jękanącą się. Dystansują się od tej społecznej kategorii, ponieważ uważają ją za stygmatyzującą (Craig, Hancock, Train, 2003). Mimo to, jak wskazano wcześniej, wielu z nich szybko adaptuje się i przychodzi spotkać się z grupą, z którą może się silnie identyfikować. Jeżeli nie czyni tego społeczna klasyfikacja, czym to jest powodowane?

W poprzedniej pracy z terapią grupową klienci często wskazywali, że grupa zapewnia im bezpieczne otoczenie, w którym łatwiej jest im dzielić się swoimi doświadczeniami. Kluczowe dla tego poczucia bezpieczeństwa jest uczucie przynależności do wspólnej społeczności. Może się więc wydawać, że proces tworzenia się tożsamości grupowej jest związany zarówno z afiliacją, jak i z klasyfikacją społeczną. Jeżeli nawet tak jest, ludzie dystansują się od społecznej kategorii osób jękanących, używają tej samej kategorii dla wyjaśnienia, jak osiągnęli poczucie bezpieczeństwa w grupie. Fakt, że inni uczestnicy mogą się odnieść osobiście do swojego problemu, zawdzięczają podobnym doświadczeniom i przynależności do tej kategorii społecznej, od której chcą uciec. W praktyce logopedycznej tożsamość grupowa wydaje się rezultatem procesów wyjaśnianych przez oba przedstawione podejścia. Dla jednych kategoria społeczna osób jękanących się może być wyjściową przyczyną identyfikacji grupowej. Dla innych kategoria społeczna jest problematyczna, ale jest koniecznym czynnikiem doświadczania grupy jako bezpiecznego otoczenia, które tworzy poczucie afiliacji. W ramach prac logopedycznych sugeruję następujące rozumienie grup terapeutycznych: połączenie jednostek należących do wspólnej, choć nieko-



niecznie akceptowanej kategorii społecznej, w związku z ich zaburzeniami płynności mowy, która albo od razu, albo po pewnym czasie tworzy poczucie jedności, afiliacji i społeczności, gdzie bezpiecznie jest dzielić się z innymi swoimi doświadczeniami, myślami i uczuciami dotyczącymi jąkania się.

Rozważania terapeutyczne

Prawdopodobne korzyści terapii grupowej

Istnieją mocne dowody naukowe na to, że podejścia terapii indywidualnej są skuteczne w pracy z osobami jąkającymi się (Herder, Howard, Nye, Vanryckeghem, 2006). Główne punkty tych terapii różnią się i znajdują swoje miejsca w kontinuum pomiędzy kształtowaniem płynności i modyfikacją jąkania. Pierwsze koncentrują się na przejęciu kontroli nad jąkaniem przy użyciu określonych technik obejmujących formę zmodyfikowanej mowy, podczas gdy drugie koncentrują się na akceptacji jąkania. Ten opis modyfikacji jąkania jako podejście nie powinien być mylony z *modelem modyfikacji jąkania Van Ripera (1973)*, w którym jeden z kroków obejmuje klarowny element zmiany mowy (zastosowanie technik kontrolowania jąkania), będąc w centralnej części kontinuum. Niewątpliwie można powiedzieć, że modyfikacja po bloku, jak sugeruje model Van Ripera (1973), wymaga dobrowolnego jąkania (powtórzenie słowa z łagodnym przejściem po anulowaniu), co jest zwykle uważane za promujące desensytyzację, ale element zmiany mowy nie może zostać przeoczony w technice kształtowania płynności.

Korekty podczas bloku czy techniki zestawu przygotowawczego (techniki pozostania w zająknięciu lub powolne i spokojne przechodzenie przez każdy dźwięk danego słowa) również wymagają ujawnienia jąkania, podczas gdy podejścia kształtowania płynności mowy koncentrują się na stosowaniu technik, przy pomocy których jąkanie jest eliminowane (element ujawnienia jąkania oznacza tu zastosowanie więcej technik, niż może to być komfortowe dla mówiącego, ale nie dopuszcza się jąkania czy dobrowolnego jąkania).

W kontekście pracy logopedycznej większość podejść, które stosuje się w pracy indywidualnej, może być zastosowana w terapii grupowej, w dodatku ta sama terapia w formie grupowej może przynieść korzyści, które można przedstawić w poniższych kategoriach:

1. doświadczanie afiliacji ze społecznością;
 2. zmniejszony niepokój i zwiększona akceptacja;
 3. lepsza generalizacja wyników terapii;
 4. wartości społeczno-ekonomiczne.
-

Doświadczenie afiliacji ze społecznością

Powszechnym wyzwaniem, z jakim musi zmierzyć się logopeda w swojej praktyce w terapii osoby jąkającej się, jest poczucie osamotnienia klienta z powodu zaburzenia mowy. Wielu przyznaje, że nigdy nie rozmawia z kimkolwiek o jąkaniu lub zdarza się to rzadko i nigdy nie spotkało kogoś z takim problemem. Całkowicie zatem brak im poczucia afiliacji, towarzystwa podobnych osób (Reardon, Reeves, 2002). Według Lutermana (1991) terapia grupowa zapewnia jedyną w swoim rodzaju możliwość zaangażowania osób będących w takiej samej sytuacji i stworzenia dla nich kontekstu sytuacyjnego, w którym rozumieją, że nie są samotni. W bezpiecznym otoczeniu grupy mogą mówić otwarcie o swoich problemach emocjonalnych, praktycznych i społecznych lub po prostu dzielić się ogólnymi doświadczeniami związanymi z jąkaniem z kimś o takich samych punktach odniesienia. Ma to wielkie znaczenie, ponieważ jąkanie nadal może być źle rozumiane przez społeczeństwo. Jako przykład Everard (2007) wskazuje, jak niedoceniane mogą być istotny wpływ wywierany przez jąkanie na jednostkę i jego złożoność. Ludzie nie dostrzegają ponadto wpływu, jaki takie zaburzenie wywiera na codzienne życie, na planowanie i wykorzystywanie możliwości. Jąkanie ma moc podważenia pewności siebie jednostki, samooceny i z kolei wpływania zarówno na relacje osobiste, jej udział w otoczeniu akademickim, społecznym i profesjonalnym (Everard, 2007).

Kontekst grupy terapeutycznej daje uczestnikom możliwość budowania pewności siebie i zyskiwania nowych perspektyw, które mogą stanowić wyzwanie dla starych, uogólnionych prawd (Reardon, Reeves, 2002). Być może będziemy musieli rozważyć ponownie takie ugruntowane przekonania/prawdy, spotykając ludzi, którzy myślą inaczej, pomimo takich samych jak my punktów odniesienia. Wspólnota grupy może też wzmocnić indywidualny proces terapii i stworzyć nową motywację do kontynuowania pracy rozpoczętej indywidualnie (Luterman, 1991). Terapia indywidualna wydaje się generować podobne motywacje. W związku z tym, można by powiedzieć, że terapia grupowa powinna stanowić naturalną, a nawet konieczną część procesu terapii jąkania. Może ona zainspirować jednostkę do podjęcia większego wysiłku i przyczynić się do pozytywnego wyniku terapii. (Egan, 2007; Manning, 2001). Może obejmować zmniejszenie liczby zająkniętych sylab (%SS), a także powodować zmiany trudnych emocji związanych z jąkaniem i reakcji na nie. Z mojego doświadczenia wynika, że odczuwanie przynależności do wspólnoty najprawdopodobniej stworzy pozytywne poczucie tożsamości i postawę wobec jąkania. Społeczna kategoria osoby jąkającej się może zmienić się z nieakceptowanej, stygmatyzującej w oczach jednostki, z którą nie chce być identyfikowana, w społeczność, z jaką chce się identyfikować. Znajduje to poparcie w badaniu porównawczym, w którym Boyle (2013) wykazał, że jąkający się dorośli,



którzy doświadczyli udziału w grupie wsparcia, mają niższy poziom zinternalizowanej stygmatyzacji, lepszą samoocenę i mniej koncentrują się na swojej mowie w porównaniu z osobami, które nie korzystały z tej formy pracy grupowej. Nie jest jednak całkiem pewne, czy obniżenie poziomu zinternalizowanej stygmatyzacji wynika z udziału w grupie, czy jest jego powodem.

Zredukowany poziom lęku i zwiększony poziom akceptacji

Zarówno doświadczenie kliniczne, jak i badania naukowe (Egan, 2007) pokazują, że osoby jękające się mają wiele silnych uprzedzeń co do tego, jak są postrzegane przez innych. Przypisują innym negatywne postawy, uważanie osób jękających się za głupie, odbiegające od normy, opóźnione itp. W konfrontacji takie opinie są często uzasadnione tym, że inne osoby reagują negatywnie na ich jękane. Doświadczają tego, że ludzie uśmiechają się, śmieją, odwracają wzrok albo stają się nachalnie pomocni, mili lub zbyt neutralni itd. Oczywiście w niektórych przypadkach reakcje mogą mieć negatywny charakter, ale uśmiech sprzedawcy w lokalnym sklepie może być po prostu przyjaznym uśmiechem, którym mógłby zostać obdarzony również każdy inny klient. Nawet najbardziej naturalny wyraz twarzy czy zachowanie, które nie ma związku z jękaniem, mogą zostać zinterpretowane jako reakcje dowodzące, że ludzie oceniają ich i dewaluują. Większość z nich niechętnie jednak przyznaje się do błędnej interpretacji. Ich opinie są utrwalone i często powodują, że osoby jękające się unikają sytuacji, w których muszą mówić (Shapiro, 2011). Takie unikanie może prowadzić do zanegowania różnych obszarów życia jednostki i znacznie obniżyć jakość życia. Niedawne badania wykazały, że niemal 60% osób, które szukają pomocy w jękaniu, ma tak wysoki poziom lęku przed mówieniem publicznym, że może być on uznany za fobię społeczną (Menzies, 2008).

W grupie terapeutycznej można uzyskać aprobatę dla odczuwanego przez siebie lęku przed mówieniem publicznym. Uczestnicy mogą mieć podobne doświadczenia sytuacji, w jakich czuli się dewaluowani przez innych, które mogą omówić z pozostałymi członkami grupy. Bez konfrontacji może to prowadzić do poważnej weryfikacji utrwalonych już postaw i uczestnicy mogą być zmuszeni do przemyślenia swoich doświadczeń w innym świetle. Dostarczanie nowych perspektyw w takich dyskusjach może być zatem istotną częścią procesu terapeutycznego i można to osiągnąć poprzez różne ćwiczenia. Można zalecić uczestnikom wzajemną obserwację w dyskusji. Jakie wyrazy twarzy pojawiają się u członków grupy? Co one oznaczają? Uniesienie brwi jest czymś, co często robimy, chcąc potwierdzić coś niewerbalnie. Może również pojawić się po pauzie, zanim rozpoczniemy mówienie. Marszczenie brwi niekoniecznie musi oznaczać coś negatywnego. Często widzimy taką minę w dyskusjach wymagających koncentracji lub gdy nie zgadzamy się z czymś.

Po ćwiczeniu z obserwacją i interpretacją wyrazu twarzy w grupie dobrze jest zrobić to samo w sytuacji z życia codziennego. Jaki wyraz twarzy ma zwykle sprzedawca w lokalnym sklepie, gdy zwraca się do klientów? Czy coś się zmieni, gdy zająkniemy się dobrowolnie? Łatwiej byłoby interpretować reakcje, pozostając neutralnym, gdy inna osoba jąka się, a uczestnicy grupy często zaczynają rozważać reakcje w inny sposób, z większym zastanowieniem. Stają się oni bardziej świadomi braku oczekiwanych reakcji, szczególnie jeżeli osoba modelująca jąkanie robi to z dużym nasileniem jąkania. Jak podkreśla Manning (2003, 433): „Nie ma chyba nic lepszego niż efektywna grupa wsparcia dla zwiększenia społecznego zaangażowania jednostki”.

Dzięki dyskusjom neutralizującym przypuszczenia osób jąkających się, jak są osądzeni i postrzegani przez innych, łatwiej jest uczestnikom grupy stawić czoła sytuacjom napełniającym ich lękiem. Stają się oni bardziej świadomi stronniczego procesu interpretacji, który pojawia się, gdy rozmawiają z innymi, oraz jak w sposób naturalny szuka się dowodów na potwierdzenie swoich ugruntowanych przekonań. Ze wsparciem innych uczestników grupy łatwiejsze są konfrontacja z unikaniem mówienia, a także zmierzenie się z sytuacjami, których dotychczas unikano; można też odkryć, że lęk przed oczekiwanymi reakcjami jest większym problemem niż same reakcje. Sta-je się również jasne, że szansa na spotkanie się z oczekiwaną reakcją, która jest dla nas przerażająca, nie jest warta energii zużytej na martwienie się takimi sytuacjami.

Krótko mówiąc, problemem unikania jest to, że nigdy nie mamy okazji obalić własnych przypuszczeń i ugruntowanych postaw. Poczucie bezpieczeństwa jednostki otrzymane w grupie może obniżyć próg konfrontacji ze swoją strefą komfortu związanego z mówieniem i taka konfrontacja może prowadzić do odkrycia nowych perspektyw wobec uzyskanych reakcji (Menzies, 2008). Z kolei bardziej neutralne nastawienie może stworzyć większą akceptację jąkania. Z mojego doświadczenia logopedycznego wynika, że ten proces zajmuje trochę czasu i wymaga wielu pozytywnych doświadczeń, aby wyeliminować poprzednie przekonania. Przy akceptacji grupy osób jąkających się łatwiej jest jednak podjąć konieczne kroki. Celem nie jest przejście od negatywnej myśli na temat jąkania do pozytywnej, ale otwarcie się na bardziej neutralne myślenie o tym, jak jąkanie jest postrzegane w codziennym życiu (Menzies, 2008).

Lepsza generalizacja wyników terapii

Szeroko znanym wyzwaniem w kontekście pracy logopedycznej jest generalizacja lub transfer wyników terapii do życia codziennego. Zarządzanie jąkaniem poprzez zastosowanie odpowiednich technik i/lub akceptację poza gabinetem terapeuty stanowi trudny cel do osiągnięcia, choćby dlatego, że wielu klientów chce pozbyć się



jąkania, aby nie być dłużej postrzeganym jako inni. Ich pierwszą reakcją na zastosowanie technik może być przekonanie, że to po prostu inny sposób mówienia, ale również dziwny, co powoduje takie samo doświadczenie bycia różnym od innych. Takie podejście może być trudnym wyzwaniem dla logopedy. Należy przewyciężyć ustalony stereotyp myślenia jednostki o jąkanii i jaki odbiór/osąd u innych powoduje to zaburzenie mowy (Egan, 2007). Terapia grupowa zapewnia niepowtarzalną możliwość stawiania wyzwań i przyjmowania ich od ludzi będących w takiej samej sytuacji, pomagania sobie wzajemnie w doskonaleniu technik i wzajemnego mobilizowania się do wyjścia poza ustaloną strefę komfortu.

Aby techniki upłynniania mowy były jednostce przydatne, muszą być wykonalne i efektywne w codziennym życiu (Guitar, 2014). W grupie terapeutycznej jest możliwe ćwiczenie technik w poszerzonym otoczeniu społecznym, co przyczynia się do zacierania się różnic między salą, w której odbywa się terapia, a kontekstem życia codziennego (Gregory, Capbell, Gregory, Hill, 2003). Według Williamsa (2006) nastolatki, którzy są szczególnie wrażliwi na aprobatę rówieśników, mogą łatwiej przenieść do codziennego życia to, czego nauczyli się na terapii, gdy czują się komfortowo w grupie osób takich jak oni sami. Mimo że ta faza procesu terapeutycznego jest bardzo istotna, dla wielu logopedów pomoc klientom w stawianiu powolnych kroków w stronę realnego świata jest dużym wyzwaniem. Zajęcia grupowe są bardzo dobrą alternatywą, ponieważ można trenować w małym, bezpiecznym otoczeniu społecznym, otrzymywać informacje zwrotne od osób, którym ufamy, i uzyskiwać wsparcie w zbliżaniu się do sytuacji społecznych codziennego życia. Jeżeli zaistnieje taka potrzeba, można powiększyć grupę w celu stworzenia liczniejszego środowiska społecznego.

Wartość społeczno-ekonomiczna

Powinno się zauważyć, że terapia jąkania w grupach może mieć społeczno-ekonomiczną wartość związaną z korzyściami odnoszonymi z efektywności terapii. Terapia grupowa może zmniejszyć obciążenie zawodowe logopedy, co z kolei prowadzi do większych możliwości przyjmowania nowych klientów i skróci listę oczekujących. Klienci mogą także mniej zależeć od monotonnej lub długotrwałej terapii, ponieważ terapia grupowa może być prowadzona na zasadzie grupy wsparcia, która generuje wzmocnienie i stabilne utrzymywanie się osiągniętych wyników. Redukowanie ryzyka nawrotu jąkania jest zatem dobrą inwestycją z perspektywy społeczno-ekonomicznej. Stosowne wydaje się podkreślenie znaczenia tej formy terapii ze względu na fakt, że klienci zgłaszają dobre wyniki terapii grupowej.

Korzyści wymienione powyżej nie powinny być jednak używane jako argument przeciwko terapii indywidualnej. Logopeda powinien zawsze rozważyć, jaka forma terapii będzie najlepsza dla klienta, niezależnie od efektywności terapii i wartości

społeczno-ekonomicznej. Dla niektórych osób grupa terapeutyczna może być formą suplementacji lub poszerzenia terapii indywidualnej. Dla innych będzie to podstawowa forma terapii.

Efekt grupowej terapii jąkania

Pomiar efektu terapii grupowej w przypadku problemów z mową, szczególnie z płynnością mowy, nie jest dobrze udokumentowany. Być może wynika to z faktu, że trudno jest udokumentować bezpośredni efekt zastosowanych metod pomiaru, a nawet trudniej udokumentować następstwa takich procesów. Należy zadać sobie pytanie, co powinno zostać zmierzone i jak otrzymać precyzyjny obraz efektów terapii danej osoby. Narzędzia służące do pomiaru wyników, takie jak wystandaryzowane testy, mogą nie sprostać wymogom koniecznym do sporządzenia takiej dokumentacji, ponieważ efekty terapii nie są związane wyłącznie z danymi ilościowymi, np. liczbą zająkniętych sylab (%SS). Równie ważne jest uzyskanie jakościowych danych dotyczących zmian w funkcjonowaniu emocjonalnym i/lub społecznym i jakości życia drogą indywidualnych rozmów. To, na jakim efekcie terapii się koncentrujemy, zależy od celów wybranych wspólnie z klientem.

W ostatnich latach Elman (2007) przeprowadziła istotne badanie naukowe w dziedzinie w wyników terapii grupowej w terapii mowy. Jej badanie opiera się na neurogennych problemach w komunikacji i dokumentuje, że grupowa terapia dla klientów z afazją skutkuje lepszą generalizacją do życia codziennego niż terapia indywidualna. Chociaż jej badanie odnosi się do innej grupy klientów niż osoby jękające się i jego wyniki nie mogą być bezpośrednio uogólnione z pierwszej grupy na drugą, podkreśla ono pozytywny efekt terapii grupowej w kontekście życia codziennego. Powinno to być ważnym miernikiem wyników, ponieważ docelowo klienci powinni odnosić korzyści z terapii w realnych sytuacjach życiowych.

Badanie, które potwierdza wyniki uzyskane przez Elman (2007), zostało przeprowadzone przez Hearne, Packman, Onslow i Quine (2008). Uczestnicy biorący udział w badaniu posiadali wieloletnie doświadczenie nasilonego jąkania i nie szukali pomocy do momentu, gdy poczuli się do tego zmuszeni przez specyficzne okoliczności życiowe. Badanie wykazało, że wszyscy klienci grupy terapeutycznej byli zadowoleni z wyboru tej formy terapii i osiągniętych wyników. W relatywnie nowej pracy magisterskiej w Norwegii (Lien, Trønsdal, 2009) znajdujemy potwierdzenie, że klienci dobrze przyjmują terapię grupową i donoszą o satysfakcjonujących wynikach terapii. Podkreślono, że doświadczenie przynależności do społeczności pozytywnie nastawionej do jąkania jest decydującym czynnikiem prowadzącym do myślenia o niepłynności w pozytywny sposób, zarówno ogólnie, jak i indywidualnie.



Rola logopedy w terapii grupowej

Funkcjonowanie i pozytywne wyniki terapii grupowej nie są automatyczne. Zależą od dobrego planowania i celowanej implementacji. Już w 1987 roku Cole podkreśla, że logopeda odgrywa ważną rolę w procesie i powinien być dobrze przygotowany do stanowiska przywódcy grupy. Bez dobrego przywództwa efekt pracy grupowej może być negatywny, logopeda musi być zatem świadomy, jak można wpłynąć na proces terapeutyczny i wyniki terapii.

Planowanie i wdrażanie procesu terapii grupowej

Jak wykazano, logopeda musi spędzić trochę czasu na planowaniu terapii grupowej. Jak liczna powinna być grupa? Którzy klienci powinni zostać zaproszeni? Jaki wkład wniosą poszczególni uczestnicy w dynamikę grupy. Czy uczestnicy powinni być na tym samym etapie procesu terapii? Jako że cele grupy mogą być różne, istotne może okazać się połączenie uczestników z uzupełniającym się doświadczeniem terapii. Jeżeli celem jest wdrażanie programu od początku do końca, byłoby korzystne, gdyby wszyscy uczestnicy zaczęli terapię od początkowego etapu. Ktoś z doświadczeniem w programie może przyjąć rolę mentora, co może wzbogacić proces grupowy. Jeżeli celem jest zmierzenie się z unikaniem, z mojego doświadczenia wynika, że łączenie doświadczonych i niedoświadczonych klientów może okazać się pozytywne. Bardziej zaawansowani w terapii klienci mogą dzielić się swoimi doświadczeniami i zachęcać innych uczestników do wytrwania w tym procesie, tym samym przyczyniając się do ich postępów.

Powiedziałabym, że logopedzi zbyt martwią się różnicami między klientami, programując terapię grupową. W większości przypadków pułapką podczas planowania terapii grupowej jest myślenie, że uczestnicy powinni być możliwie najbardziej podobni do siebie. Doświadczenie kliniczne wskazuje, że dynamika grupy może być zrównoważona i pozytywna, nawet jeśli uczestniczą w niej osoby w różnym wieku, o różnych osobowościach, płci, procencie zająkniętych sylab (% SS), wcześniejszym doświadczeniu w terapii jąkania itp. Obecność uczestników w różnym wieku może prowadzić do owocnych i potencjalnie desensytyzujących debat o jąkaniu na różnych etapach życia. Różne rodzaje jąkania podkreślają różnorodność form w obrębie zaburzenia i zapewniają różne perspektywy dotyczące strategii stosowanych do radzenia sobie lub unikania w codziennym życiu. Różne reakcje emocjonalne mogą wywoływać wspólne zrozumienie, że jąkanie nie jest postrzegane tak samo przez wszystkie osoby jękające się. Różne typy osobowości mogą koegzystować w grupie z pomocą logopedy, który wie, jak udzielić wsparcia nieśmiałym i introwertycznym klientom, aby mogli się bardziej otworzyć czy ekstrawertycznych klientów skłonić

do zajmowania mniej przestrzeni (Manning, 2001). Ogólnie prowadzi to do konkluzji, że logopedzi powinni być bardziej otwarci na pracę ze zróżnicowanymi grupami. Przy dobrym przywództwie można stworzyć warunek wstępny do dobrej interakcji społecznej, zrównoważonej dynamiki grupy i pozytywnych wyników.

Rola logopedy jako pewnego i oczywistego przywódcy

Aby uzyskać pozytywny wynik terapii grupowej, logopedzi muszą stworzyć atmosferę zaufania w procesie terapeutycznym. To z kolei może wykreować konieczną motywację uczestników do rozpoczęcia i kontynuowania trwającej terapii i zmierzenia się ze swoimi problemami związanymi z płynnością mowy. Jak logopeda może zbudować taką atmosferę zaufania w czasie procesu terapeutycznego?

Praktyka logopedyczna sugeruje, że podstawowe znaczenie ma umożliwienie uczestnikom pełnego zrozumienia wszystkich działań, jakie mają podejmować w terapii, szczególnie działań będących wyzwaniem dla ich strefy komfortu związanej z ujawnieniem się. Logopeda powinien wyjaśnić cel każdego ćwiczenia w taki sposób, że oczywisty staje się dla uczestnika fakt, że przyswojone techniki nie będą miały praktycznej wartości, o ile nie wyjdzie się poza strefę komfortu. Oczywiście, logopeda musi wierzyć w metodę (program) terapii, aby tę wiarę przekazać uczestnikom. Logopeda musi zatem wydawać się przekonanym i pewnym zawartości wybranych metod. Konieczne jest także miejsce na korekty w czasie trwania terapii i logopeda powinien być uczciwy co do faktu, że rzadko mamy jedną odpowiedź przy złożonych opcjach terapeutycznych, ale terapeuta powinien mieć kontrolę i wydawać się spokojnym, pewnym, oczywistym i odpowiedzialnym przywódcą (Cole, 1998). Bez takiego lidera dynamika grupy może wymknąć się spod kontroli i zepsuć wyniki terapii, niezależnie od wielkości czy składu grupy.

Dynamika grupy terapeutycznej będzie się ciągle zmieniać, podobnie jak zmieniają się interakcje poszczególnych uczestników. Logopeda powinien monitorować tę dynamiczną interakcję, ale jej nie dominować. Należy widzieć proces terapii klienta w kontekście społecznym i wykorzystywać możliwości leżące w zawitej interakcji grupowej (Conture, 1990). Potencjalnie może się to przyczynić do przeniesienia wartości kompetencji, ale może prowadzić również do negatywnego wyniku terapii dla uczestników nie czujących jedności/spójności grupy. Bycie świadomym interakcji klient-terapeuta jest jednak równie ważne w terapii indywidualnej.



Opisy przypadków

Sporządzenie i wprowadzenie w życie konkretnego przepisu na terapię grupową nie jest możliwe. W pracy logopedycznej praktycznie wszystkie metody terapii indywidualnej mogą być używane w kontekście grupowym.

To, co charakteryzuje terapię grupową, nie jest wybraną specyficzną metodą, ale raczej dynamiczna interakcja stwarza dodatkowe możliwości dla procesu terapii indywidualnych klientów. Może to ostatecznie prowadzić do zwrotu w procesie i uzyskania pozytywnego wyniku. To, jak poszczególne korzyści terapii grupowej mogą się ujawnić, zostanie przedstawione w opisach przypadków poniżej. Miejmy nadzieję, że posłużą one za źródło inspiracji dla logopedów pragnących włączyć pracę z grupą do swoich opcji terapeutycznych. Należy podkreślić, że mogły tu być zastosowane różne metody lub programy we wszystkich grupach, ale celem nie jest wyjaśnianie lub uzasadnianie żadnej z nich, lecz ukazanie, jak kontekst grupowy przyczynia się do wzmocnienia procesu terapii.

Opis przypadku 1: grupa przedszkolna

Uczestnicy: 6 dzieci pomiędzy 4,3 i 5,8 rokiem życia.

Płeć: 4 chłopców (4,3; 4,9; 5,4; 5,5) i 2 dziewczynki (4,7; 5,8).

Cel: praca nad desensytyzacją przez ćwiczenia w formie zabawy.

Wybrana terapia: Mini-KIDS (program dla dzieci przedszkolnych).

Mini-KIDS zostało wybrane jako program terapii dla tej grupy, ponieważ uznano, że będzie odpowiedni do realizacji celu terapii oraz wieku uczestników. Program stawia sprawę jasno – „dzieci mogą się jąkać” – i podkreśla, że łagodne i łatwe jąkanie (repetycje) powinny być akceptowane, a nawet powinno się do nich zachęcać uczestników poprzez zabawę z dobrowolnym jękaniem. Celem programu jest spowodowanie, aby dzieci podchodziły do swojego jękania z akceptacją i tolerancją, zapobiegając w ten sposób ciężkim momentom jękania (bloki), stosowaniu strategii walki i negatywnym emocjom związanym z jękaniem (zobacz dalsze opisy w innych rozdziałach).

W programie Mini-KIDS stosuje się konkretne przedmioty dla zidentyfikowania jękania i rozmów o nim. Ważne jest stworzenie bezpiecznego i neutralnego języka, którego dziecko będzie mogło używać do opisu swoich doświadczeń, gdy pojawia się jękanie. Dowolny jest wybór obiektów używanych do identyfikacji jękania, ale powinny być one reprezentatywne dla różnych typów jękania, które istnieją. W tym przypadku Kubuś Puchatek jest używany dla bloków, Tygrysek dla repetycji, a Prosiaczek dla prolongacji.

Podczas pierwszej sesji grupowej dzieci poznały się. Wstępnej identyfikacji i de-sensytyzacji za pomocą pseudojąkania dokonano w naturalnej rozmowie. Wybrano neutralny język. Wszystkie dzieci zidentyfikowały momenty jąkania, reagując na nie podczas wykonywanych czynności, gdy pojawiały się takie imitowane problemy z płynnością mowy. Rozmowa poniżej czytelnie ilustruje naturalność komunikacji:

Dziewczynka do logopedy (L): Czy utknąłeś/zablokowałaś się na słowie?

L: Tak, wszyscy słyszeliście?

Dzieci: Tak (niektóre kiwają głowami).

Dziewczynka: ...tak, jak ja czasem...

Dzieci: Ja też... ja również.

L: Może wszyscy czasem blokujecie się na słowach?

Dzieci spoglądają na siebie i kiwają głowami.

Dziecko: To jesteśmy... jakoś tak... podobni...

L: Taak... Czy słowa robią coś jeszcze poza blokowaniem się?

Dziecko: Moje czasem jakby podskakiwały.

L: Robią tak? Wła-wła-właśnie tak?

Dzieci: Tak... Moje też.

L: Czyli czasem się blokują, a czasem podskakują...

Dzieci: Mmm... Tak (niektóre kiwają głowami).

L: Może damy imię takim słowom. Słyszeliście o Kubusiu Puchatku?

Dziecko: Tak, on lubi miód.

L: Tak, a jak go zje za dużo, może się zablokować w stoiku.

Dziecko: Bo jego brzuch robi się duży.

L: To może nazwiemy te słowa „kubusiowe słówka”?

Dzieci (podeksycytowane): Tak.

Dziecko: A co z podskakującymi słowami?

L: Powinny też dostać swoje imię?

Dzieci: Tak.

L: Słyszeliście o Tygrysku z książki o Kubusiu Puchatku?

Dzieci, przerywając sobie, rozmawiają o Tygrysku.

L: Tygrysek zwykle nie chodzi na nogach... Czy ktoś pamięta, co robi zamiast tego?

Dzieci: Podskakuje... na ogonie... cały czas.

L: Tak, on podskakuje... Tak jak czasem mogą to robić słowa...

Dziecko: To są „słowa-tygryski”.

L: Powinniśmy je nazwać „słowa-tygryski”? Jak sądzicie?

Dziecko: Tak, kiedy słowo podskakuje jak Tygrysek.

Dziecko: Właśnie tak (pokazuje zabawkę Tygryska) – po-po-podskakuje.

Dziecko: Mogę spróbować – poo-poo-podskakuje.



Wszystkie dzieci próbują podskakiwać na słowie jak Tygrysek.

L: Teraz wszyscy już spróbowaliście podskakiwać jak Tygrysek.

Dziecko: Tak, ale udając.

L: No cóż, nie brzmi to całkiem podobnie do tego, gdy słowo po-po-podskakuje naprawdę?

Dziecko: Tak jak Twoje zrobiło teraz...

L: Tak...? Czy to ma znaczenie?

Dzieci: Nie... Wcale nie... Jest w porządku.

L: To może pozwolimy im trochę poskakać...

Dziecko: Możemy skakać celowo.

L: Oczywiście, że możecie. Jak to robiliście przed chwilą.

Dziecko: To było zabawne.

L: Mogę Wam zdradzić sekret?

Dzieci (podeksycytowane): TAAK... Proszę nam powiedzieć (niektóre kiwają głowami).

L: Jeśli słowo się zablokuje, możecie na nie skoczyć.

Dziecko: Na „kubusiowe słówka”?

L: Właśnie. Jeśli trafisz na „kubusiowe słówko”, możesz na nie skoczyć.

Dziecko: Przestanie być zablokowane?

L: Tak, jak wtedy, gdy kurczy się brzuch Puchatka i uwalnia się.

Dzieci: Spróbuję to zrobić... Ja też... I ja...

L: Możemy to nazwać sztuczką Tygrysa.

Dziecko: Lubię magiczne sztuczki.

Dziecko: Ja też.

W powyższym przykładzie logopeda używa kilku słów wprowadzonych przez dzieci i tworzy język umożliwiający opisywanie jąkania i rozmowy o nim na warunkach zaproponowanych przez dzieci. Tworzy to strefę bezpieczeństwa i spójności grupy, w której jąkanie jest nie tylko tolerowane i akceptowane, ale również zachęca się dzieci do dobrowolnego jąkania w formie łatwych repetycji. Dzieci mogą czuć się częścią społeczności zamiast być wyizolowane (Reardon, Reeves, 2002). Słyszając jąkanie innych dzieci, czują się komfortowo, przyznając się do swojego jąkania. Wspólnie identyfikują różne rodzaje jąkania i przekonują się wzajemnie, że jąkanie nie jest wielką sprawą. Według Everard (2007) w procesie tym zostają wzmocnione samoocena i pewność siebie, a także może rozwinąć się pozytywna postawa wobec jąkania. W takich okolicznościach powstanie wstydu czy lęku przed jąkaniami i pojawienie się strategii unikania i wtórnych zachowań jest mniej prawdopodobne.

Podobne życzliwe podejście może być zastosowane również w terapii indywidualnej, ale grupa tworzy wspólnotę, która wzmacnia proces neutralizowania jąka-

nia. Zgodzenie się z osobami w podobnej sytuacji, że jąkanie jest w porządku, może być o wiele bardziej efektywne niż usłyszenie tego od terapeuty. Wskazuje to na to, że nigdy nie powinno się doceniać znaczenia rozmów z dziećmi o jąkaniu w naturalny i neutralny sposób. Dostosowany do potrzeb dzieci, powstały na ich warunkach język pomoże im wyrazić myśli, uczucia i doświadczenia w rozmowie z innymi. Udział w grupie terapeutycznej wydaje się wzmacniać pozytywny proces, który inicjuje, ponieważ uczestnicy posiadający podobne punkty odniesienia mogą identyfikować się z wybranym przez siebie językiem. Nie ma dowodów sugerujących, że powinniśmy obawiać się uświadamiania dzieciom ich jąkania, co miałyby spowodować pogorszenie się ich zaburzenia. Przeciwnie, dzieci wydają się reagować pozytywnie, gdy proponuje się im słowa, do których mogą się odnieść, i według rodziców często okazują wtedy wyraźne oznaki ulgi.

Jedno z dzieci z omawianej grupy z podnieceniem powiedziało swojej mamie po pierwszej sesji: „Mamo, jeżeli w domu zablokuję się na jakimś słowie, wyskoczę z niego jak Tygrysek”. Mama odpowiedziała: „Wspaniały pomysł! I możesz opowiedzieć wszystko tacie”. Odpowiedź dziecka brzmiała: „Tak, o Puchatku i... Tygrysku..., i podskoczyć na kilku słowach. Zamierzam mu powiedzieć... Czy mogę go poprosić, żeby też podskoczył na jakimś słowie?”. Mama odpowiedziała: „Oczywiście, że możesz. Możesz go nauczyć. Jak sądzisz, jak będzie się czuł?”. Po chwili namysłu dziecko powiedziało: „Mam zamiar mu powiedzieć, że to jest w porządku”. Po raz pierwszy, mimo iż dziecko jąkało się już od jakiegoś czasu, mieli okazję porozmawiać i rozumieć się wzajemnie dzięki wspólnemu językowi. Było to ważne, ponieważ dziewczynka do tej pory nigdy nie chciała mówić o swoim jąkaniu, chociaż były widoczne negatywne oznaki, że jest go świadoma.

Kilkoro rodziców poinformowało nas, że ich dzieci po pierwszej sesji podskakiwały w domu jak Tygrysek. Wszyscy donosili, że jąkanie było w tym tygodniu łatwiejsze, a dzieci czuły się mniej nim dotknięte niż wcześniej. Wskazuje to na to, że proces transferu już się rozpoczął i kontynuowanie zajęć w grupie miało go dalej rozwijać. Dzieci były zachęcane do łagodnego i łatwego jąkania, a dobrowolne jąkanie było stosowane w zabawach. Używanie podskakiwania jak Tygrysek, aby poradzić sobie z „kubusiowymi słówkami”, kontynuowano w momentach ciężkiego jąkania, ale ogólnie podkreślano, że jąkanie jest w porządku. Głównym celem sesji terapeutycznych było wzmocnienie samooceny dzieci i pewności siebie związanej z jąkaniem. Dzieci rozwinęły silną tożsamość grupową, która przyjęła jąkanie jako naturalnie obecny, łączący je czynnik.



Opis przypadku 2: dzieci w wieku szkoły średniej

Uczestnicy: 5 dzieci pomiędzy 11,2 i 12,7 rokiem życia.

Płeć: 3 chłopców (11,2; 12,3; 12,7) i 2 dziewczynki (11,7; 12,6).

Cel: praca z technikami upłynniania mowy w ćwiczeniach o różnym stopniu zaawansowania.

Wybrana terapia: Camperdown (program dla starszych dzieci i dorosłych).

Dla terapii tej grupy wybrano program Camperdown, ale należy podkreślić, że mogły być również zastosowane inne podejścia upłynniania mowy. Celem przytoczenia tego przykładu jest pokazanie, jak kontekst grupowy pomaga wzmocnić proces terapii, a nie omówienie konkretnej metody terapii.

W programie Camperdown pierwszym krokiem procesu terapeutycznego jest nauczenie się określonego sposobu mówienia poprzez czytanie tekstu nagranego jako modelowy – najpierw równocześnie z modelem, potem samodzielnie, naśladowując modelowy sposób mówienia. Mowa ta charakteryzuje się bardzo wolnym tempem, frazowaniem, łagodnymi początkami, wolnym oddychaniem, przedłużonymi samogłoskami itd. Dla klientów jest to zwykle na początku niezrozumiałe, dlatego należy wyjaśnić cel „pogarszania” mowy w takim stopniu. Z mojej praktyki wynika, że przekonanie ich do podjęcia próby nie jest trudne, gdy zrozumieją, że nie jest to sposób, w jaki mają się komunikować po opanowaniu techniki, ale próba nauczenia głosu całkiem nowej metody mówienia.

W pracy z dziećmi można jeszcze wprowadzić element współzawodnictwa, aby na początku zmniejszyć poczucie „nieporadności” ich mowy. Kto jest w stanie najlepiej naśladować model mowy? Pomiędzy ćwiczeniami uczestnicy wyjaśniają sobie, co robili, i udzielają sobie wzajemnie porad. Rozmowy, które toczą się podczas procesu, ilustrują, jak społeczność wprowadza dodatkowy wymiar do terapii jąkania.

Przykład 1:

Chłopiec: Nie jąkam się, imituję model mowy.

Dziewczynka: Ja też nie.

Chłopiec: Zastanawiam się, dlaczego...

Dziewczynka: Bo tempo mowy jest takie wolne.

Chłopiec: Ale nie jąkam się również, gdy zapominam i mówię szybciej...

Dziewczynka: Hmm... Zastanawiam się, jak szybko można mówić, zanim zacznie się znów jąkać.

Chłopiec: Taa, bo nie będę mówić jak model w szkole.

Dziewczynka: Nie, to byłoby dziwaczne.

Chłopiec: Mmmm, ale nasz logopeda powiedział, że to tylko podczas uczenia się tego.

Dziewczynka: Taa, być może można mówić trochę wolniej...

Chłopiec: ...albo tylko czasami.

Ta konwersacja ilustruje, że dzieci są świadome, iż mowa modelu daje im kontrolę nad jękaniami, i zastanawiają się, dlaczego. Mimo to jest dla nich jasne, że nie chcą mówić w sposób tak przerysowany/przesadny jak model. Grupa dostarcza kontekstu, w którym dzieci mogą dzielić się swoimi obawami i uzyskać potwierdzenie od innych. Jednocześnie stoją przed wyzwaniem bycia bardziej cierpliwymi i oczekiwania, dokąd terapia je zaprowadzi.

Następnym krokiem po nauczeniu się mówienia jak model jest badanie, jak dalece mowa musi być przerysowana, aby zapewniała kontrolę nad jękaniami. Powoli dzieci poruszają się w dół skali od 10 do 0, gdzie 10 jest mową modelu, a 0 oznacza niezastosowanie techniki w ogóle (co w rzeczywistości nie jest celem, ponieważ dwa lub trzy punkty na skali reprezentują granice normalnego tempa mowy). Celem jest raczej wyeliminowanie jękania i jeżeli dzieci osiągają ten cel przy tempie mowy np. 6, mogą zdecydować się pozostać przy tym tempie. Jeżeli później uda im się nie jąkać przy tempie mowy 3, mogą pozostać przy tym tempie etc.

Wszystkie dzieci w grupie zbliżyły się do mowy brzmiącej naturalnie (bez jękania), ale same nie mogły w to uwierzyć. Gdy indywidualnie robimy coś ze swoją mową, naturalne będzie oczekiwanie, że inni to zauważą i trudno jest postrzegać swoją mowę jako normalną. Nagrania mogą pokazywać naturalność mowy, ale informacje zwrotne od osób w podobnej sytuacji również wzmacniają pozytywną percepcję. W połączeniu mogą spowodować zmianę od bycia sceptycznym wobec techniki do zaufania jej. Ilustruje to następujący przykład.

Przykład 2:

Dziewczynka 1: Czuję się niezdarnie, mówiąc w ten sposób...

Dziewczynka 2: Ja też.

Dziewczynka 1: ...ale nie brzmisz dla mnie niezdarnie.

Dziewczynka 2: Ani ty.

Dziewczynka 1: Mówisz tak, żeby być miłą?

Dziewczynka 2: Nie.

Dziewczynka 1: Ale brzmię całkiem inaczej niż zwykle...

Dziewczynka 2: Naprawdę nie, posłuchaj nagrania.

Dziewczynki słuchają nagranej rozmowy, w której stosują technikę.

Dziewczynka 1: Ledwo mogę usłyszeć jakąś różnicę...

Dziewczynka 2: To Ci właśnie powiedziałam.



Dziewczynka 1: To brzmi tak niezdarnie w mojej głowie.

Dziewczynka 2: Tak, ja też tak czuję, ale na nagraniu brzmi całkiem normalnie.

Dziewczynka 1: Być może wypróbuję to w szkole.

Dziewczynka 2: Ja też... może...

Dziewczynka 1: Martwię się, że mi się nie uda... i zacznę się jąkać, wiesz?

Dziewczynka 2: Jeśli Ci się nie uda, możesz zrobić to, co zwykle...

Dziewczynka 1: Mmmm...

W tej rozmowie widzimy, że dziewczynki rozwinęły wstępne zaufanie do techniki. Zaczynają powoli rozumieć, że zmieniony wzorzec mowy (mówienie przy zastosowaniu techniki) zawsze będzie bardziej odczuwany jako przerysowany dla mówiącego niż dla słuchacza. Dziewczynki boją się wypróbować zastosowanie techniki w codziennym życiu, ale podejmują wyzwanie w tej rozmowie. Pomagając sobie wzajemnie, kwestionują własne postrzeganie, że mówienie z użyciem techniki będzie brzmiało niezdarnie. Obie cieszą się pomysłem użycia techniki w szkole, ale są zdenerwowane ewentualnym niepowodzeniem lub ośmieszeniem.

Problemy takie jak powyższy występują często w terapii i trudno jest się z nimi mierzyć. W grupie dziewczynki od razu jednak rozpoznają swoje lęki i stawiają im czoła. Jak powiedziała jedna z nich: „Jeśli Ci się nie uda, możesz zrobić to, co zwykle...”. Ma tutaj na myśli zastąpienie danego słowa innym, co jest strategią często stosowaną przez drugą dziewczynkę, aby uniknąć jąkania. Przez powiedzenie tego udaje się jej zmniejszyć obawę koleżanki przed zastosowaniem techniki w codziennym życiu. Zachęca również koleżankę do dania szansy technice przy pomocy postawy: „Co mam do stracenia?” i „Co najgorszego może się zdarzyć?”. Logopeda może oczywiście również zachęcać w podobny sposób, ale we wspólnocie grupy rozwija się pewien wymiar, który jest trudny do imitowania. Poczucie jedności między uczestnikami dzielącymi to samo doświadczenie powoduje, że mogą oni wspierać się wzajemnie w sposób zasadniczo różny od tego, w jaki wsparcia mógłby udzielić logopeda.

Poczucie jedności/wspólnoty, które rozwija się między członkami grupy, podnosi samoocenę i buduje pewność siebie (Everard, 2007; Hearne i in., 2008). Wzajemne wsparcie w grupie zwiększa szanse na to, że uczestnicy będą w stanie skonfrontować się ze swoimi lękami przed wejściem w sytuacje życia codziennego, których wcześniej unikali. Ale najpierw muszą skonfrontować się z własną percepcją ich odbioru przez słuchaczy, gdy zastosują technikę upłynniania mowy. Powszechnym wrażeniem było, że odbiorcy będą ich postrzegać jako niezdarnych, innych, dziwnych itd. Aby się z tym zmierzyć, grupa wyszła z budynku, a terapeutka mówiła z użyciem techniki w różnych kontekstach, umożliwiając uczestnikom obserwowanie reakcji innych osób. Wszyscy zgodzili się, że terapeutka używała techniki w tym samym (jeżeli nie wyższym) stopniu, niż uczestnicy musieliby użyć w celu

kontroli nad swoim jąkaniem. Po powrocie do sali przedyskutowali różne aspekty tego ćwiczenia.

Chłopiec: Dobrze słyszałem, że mówiła pani wolniej.

Dziewczynka: Tak, pani mówiła wolniej niż my w ćwiczeniach.

Terapeutka: Czy były jakieś reakcje?

Chłopiec: Nikt nie patrzył na panią ze zdziwieniem.

Dziewczynka: Myślałam, że ktoś tak popatrzy.

Terapeutka: ...a mówiłam bardziej przesadnie, niż to zwykle robimy?

Chłopiec: Tak, tym razem pani mowa była naprawdę wolna...

Terapeutka: Czego mogło to nas nauczyć?

Dziewczynka: Że możemy mówić naprawdę wolno i nikt się nie będzie tym przejmował.

Chłopiec: Ale nie musimy...

Dziewczynka: OK, moglibyśmy... jeżeli nagle się zająknjemy.

Dzieci patrzą na terapeutkę z wyczekiwaniem.

Terapeutka: Tak, moglibyście potrzebować czasem mówić z większą przesadą, jeśli chcecie kontrolować.

Chłopiec: To jednak spoko... że możemy mieć kontrolę.

Chłopiec: Tak, spoko.

Dziewczynka: Zamierzam wypróbować to jutro w szkole...

Terapeutka: To może wszyscy spróbujecie przed naszym następnym spotkaniem...

Wszystkie dzieci potwierdzają i wzajemnie się zachęcają.

Wszystkie dzieci w grupie zgadzają się „dać szansę technice” przed następną sesją. Konwersacja wykazuje, że dzieci nabrały przekonania do nowego sposobu mówienia. Zaprezentowano im dowody, że technika może być stosowana w codziennym życiu, bez ryzyka, że inni będą reagować na ten sposób mówienia. Rozmowy z innymi członkami grupy zapewniły im nowe perspektywy patrzenia na utrwalone przekonania. Mogły one ćwiczyć używanie techniki w bezpiecznym kontekście, w sposób eliminujący przepaść między środowiskiem terapeutycznym i prawdziwym życiem.

Wielu logopedów przyznaje, że ich zdaniem proces ten jest trudny i z kolei terapia grupowa może być bardzo pomocna. W tym przypadku grupa najpierw nauczyła się nowej techniki i wyćwiczyła ją w małym, bezpiecznym społecznym kontekście i dzieci otrzymały informacje zwrotne od innych z tym samym problemem. Następnie grupa wkroczyła na arenę, na której uczestnicy mogli skonfrontować się z lękiem oraz unikaniem jąkania i dostosować swoje przekonania co do tego, jak inni będą oceniać stosowaną przez nich technikę. W końcu grupa udzielała wsparcia przy wprowadzeniu zmian w życie.



Konkluzje i implikacje

Celem tego rozdziału jest przedstawienie przykładów klinicznych na to, jak terapia grupowa może potencjalnie wzmocnić efekt terapii jąkania. W rezultacie nie jest to ani badanie jakościowe, ani ilościowe, ani studium przypadku. Mam nadzieję, że jest to cenny materiał w kontekście szerokiego obrazu jąkania i jego terapii. Zarówno doświadczenie terapeutyczne, jak i teoria oparta na faktach naukowych z pokrewnych dyscyplin pokazują, że terapia grupowa może dodać pozytywny wymiar do terapii jąkania – albo jako podstawowa/jedyna opcja, albo jako uzupełnienie terapii indywidualnej.

Korzyścią z uczestnictwa w grupie, pierwszą i zasadniczą, jest poczucie przynależności do bezpiecznej społeczności, które przyczynia się do wzmocnienia pozytywnej samooceny. Wydaje się ponadto oczywiste, że grupa tworzy bezpieczny kontekst, w którym można stawić czoła niepokojowi, lękowi i unikaniu jąkania. Może też przyczynić się do zmniejszenia przepaści między gabinetem terapeuty a prawdziwym życiem i zapewnić lepszą stabilizację i długotrwały efekt terapii. Niemniej ważne jest zagadnienie jakości życia, na co zwraca się coraz większą uwagę w ostatnich latach. W żaden sposób nie oznacza to zastąpienia terapii indywidualnej, ale powinno się poważnie rozważyć tę opcję. Czasem może to być terapią właściwą, czasem uzupełnieniem lub kontynuacją pracy indywidualnej. Nie można wyeliminować możliwości, że nie będzie to forma dla wszystkich, ale wynika z mojego doświadczenia, że większość klientów dostosowuje się, korzysta z terapii grupowej i wspianiale w niej funkcjonuje.

W artykule starałam się podzielić moim doświadczeniem terapeutycznym i pokazać, że terapia jąkania w grupach nie wymaga wyjątkowych kompetencji. Wszystkie podejścia, które stosujemy w pracy indywidualnej, można przenieść do terapii grupowej. Nie ma powodu, dla którego terapie grupowe miałyby nadal być zbyt rzadko stosowane przez logopedów – szczególnie, że większość istniejących dowodów wskazuje na efektywność terapii grupowej. Oczywiście istnieje potrzeba dalszych badań naukowych, aby terapia grupowa mogła być uznana za opartą na dowodach naukowych, ale informacje zwrotne od znaczącej liczby klientów, którzy wzięli udział w terapii grupowej, sugerują, że ta forma terapii nie powinna zostać przeoczona.

Pytania kontrolne

1. Jakich kompetencji wymaga prowadzenie grupowej terapii jąkania?
 - a) udokumentowanych kompetencji w podejściach do terapii grupowych;
-

- b) minimum kompetencji w podejściach terapeutycznych dla grup;
 - c) wymagane są kompetencje w programach zaadaptowanych do sesji grupowych;
 - d) nie wymaga żadnych wyjątkowych kompetencji.
2. Które podejścia są odpowiednie dla grupowej terapii jąkania?
- a) podejścia zaprogramowane specjalnie dla terapii grupowej;
 - b) wszystkie podejścia stosowane w terapii indywidualnej;
 - c) podejścia koncentrujące się na upłynnianiu mowy;
 - d) podejścia koncentrujące się na modyfikacji jąkania.
3. Dla jakich klientów będzie odpowiednia terapia grupowa?
- a) dla tych, którzy korzystają z niej jako z podstawowej formy terapii;
 - b) dla tych, u których nie sprawdza się terapia indywidualna;
 - c) dla wszystkich klientów szukających terapii jąkania;
 - d) dla tych, dla których jest ona tylko uzupełnieniem terapii indywidualnej.
4. Jakie korzyści mogą odnieść klienci z grupowej terapii jąkania?
- a) doświadczenie przynależności do społeczności;
 - b) redukcję poziomu lęku i zwiększenie poziomu akceptacji;
 - c) lepszą generalizację wyników terapii;
 - d) wartość społeczno-ekonomiczną;
 - e) wszystkie powyższe.

Rekomendowana literatura

- Boyle, M.P. (2013). Psychological characteristics and perceptions of stuttering of adults who stutter with and without support group experience. *Journal of Fluency Disorders*, 38, 368–381.
- Hearne, A., Packman, A., Onslow, M., Quine, S. (2008). Stuttering and its treatment in adolescence: The perceptions of people who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 33, 81–98.
- Williams, D.F. (2006). *Stuttering recovery: Personal and empirical perspectives*. Lawrence Erlbaum Associates.

Bibliografia

- Boyle, M.P. (2013). Psychological characteristics and perceptions of stuttering of adults who stutter with and without support group experience. *Journal of Fluency Disorders*, 38, 368–381.



- Cole, M.B. (1998). *Group dynamics in occupational therapy: The theoretical basis and practice application of group treatment*. SLACK Incorporated.
- Conture, E.G. (1990) *Stuttering*. Prentice Halls.
- Craig, A., Hancock, K., Tran, Y., Craig, M. (2003). Anxiety levels in people who stutter: A randomized population study. *Journal of Speech Language & Hearing Research*, 46.
- Egan, G. (2007). *The skilled helper: a problem management and opportunity – development approach to helping*. Thompson Brooks/Cole Publishing.
- Elman, R.J. (2007). *Group treatment of neurogenic communication disorders: The expert clinician's approach*. Plural Publishing Inc.
- Everard, R. (2007). «My Stammer Doesn't Have to Define Me». *Adults Learning*, 19, 20–22.
- Gregory, H.H., Campbell, J.H., Gregory, C.B., Hill, D.G. (2003). *Stuttering therapy: Rationale and procedures*. Allyn & Bacon.
- Hearne, A., Packman, A., Onslow, M., Quine, S. (2008). Stuttering and its treatment in adolescence: The perceptions of people who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 33, 81–98.
- Herder, C., Howard, C., Nye, C., Vanryckeghem, M. (2006). Effectiveness of behavioral stuttering treatment: A systematic review and meta-analysis. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 33, 61–73.
- Ingebrigtsen, A., Olsen, T., Melle, A.H., Hoff, K. (2019). *Flytskapende og stammemodifiserende tilnærminger. Stammering i praksisrettet perspektiv. Artikkelsamling. Statped's læringsressurser*. NorMedia AS
- Jones, N., Corrigan, P.W. (2014). Understanding stigma. W: P.W. Corrigan (red.), *The stigma of disease and disability: Understanding causes and overcoming injustices* (s. 9–34). American Psychological Association.
- Liddle, H., James, S., Hardman, M. (2011). Group therapy for school-aged children who stutter: A survey of current practices. *Journal of Fluency Disorders*, 36, 274–279.
- Lien, S.E., Trønsdal, I. (2009). *I samme båt. En kvalitativ intervjuundersøkelse om hvordan voksne stammere opplever logopedisk behandling i gruppe*. Masteroppgave ved Institutt for Spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo
- Luterman, D.M. (1991). *Counselling the communicatively disordered and their families*. Pro-Ed.
- Manning, W.H. (2001). *Clinical decision making in fluency disorders*. Singular Thomson Learning.
- Melle, A.H., Guttormsen, L.S., Brubak, S., Ingebrigtsen, A. (2019). *Oppfølging av stammering i barnehagealder og tidlig skolealder. Stammering i praksisrettet perspektiv. Artikkelsamling. Statped's læringsressurser*. NorMedia AS.
- Menzies, R.G., 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.
- Reardon, N.A., Reeves, L. (2002). Stuttering therapy in partnership with support groups: The best of both worlds. W: *Seminars in speech and language* (t. 23, nr 3, s. 213–218). Thieme Medical Publishers.
-

-
- Shapiro, D.A. (2011). *Stuttering intervention: A collaborative journey to fluency freedom*. PRO-ED.
- Stensaasen, S., Sletta, O. (1995). *Gruppeprosesser: læring og samarbeid i grupper*. Universitetsforlaget.
- Turner, J.C. (1987). *Rediscovering the social group*. Basil Blackwell.
- Van Riper, C. (1973). *The treatment of stuttering*. Prentice Hall.
- Williams, D.F. (2006). *Stuttering recovery: Personal and empirical perspectives*. Lawrence Erlbaum Associates.

