

# Rozdział 7

Elżbieta Bijak, Dorota Kamińska

## Kształtowanie płynności mówienia w terapii osób jąkających się – perspektywa polska

### Wstęp

Jąkanie stanowi specyficzną barierę komunikacyjną ograniczającą skuteczne porozumiewanie się (Tarkowski 2007; zob. Góral-Półtola 2016, Kostecka 2004), powoduje wiele konsekwencji społecznych, a także może obniżać jakość życia (Yaruss, 1998; Błachnio, Przepiórka 2012). Dla wielu jąkających się (zarówno dzieci, młodzieży, jak i dorosłych) jest ono istotną przeszkodą w prawidłowym funkcjonowaniu w wielu sferach codziennego życia, wpływającą na ich relacje z najbliższymi osobami oraz funkcjonowanie w środowisku szkolnym czy też zawodowym. Jąkanie ogranicza możliwość swobodnego werbalizowania własnych myśli, wyrażania siebie, swoich potrzeb i emocji, nawiązywania i utrzymywania satysfakcjonujących relacji z innymi osobami, a w konsekwencji wykorzystania w pełni swojego potencjału (Beilby, 2014; O'Connor, 2008; Leary, Kowalski, 2001).

Wszystko to powoduje, że dla wielu logopedów praca z osobami z zaburzeniami płynności mówienia stanowi wyzwanie, zarówno pod względem wiedzy na temat ich przyczyn i mechanizmów, jak również prowadzenia skutecznej terapii (Woźniak, 2020; Tarkowski, 2005; Boroń, 2018). W celu dokonania wyboru właściwej strategii terapeutycznej niezbędna jest znajomość możliwych form i sposobów oddziaływań, które powinny być dopasowane do indywidualnych potrzeb, możliwości i preferencji konkretnego pacjenta.

W niniejszej pracy autorki scharakteryzowały jedno z głównych podejść stosowanych przez klinicystów w terapii osób jąkających się, jakim jest kształtowanie płynności mówienia (ang. *fluency shaping*). Dokonały ponadto przeglądu najważniejszych metod i technik terapeutycznych reprezentatywnych dla tego podejścia. Skupiły się również na ich różnych ujęciach w kontekście wybranych polskich programów terapii jąkania.



## Kształtowanie płynności mówienia (ang. *fluency shaping*) – opis podejścia

Zagadnienie jąkania stanowi temat rozważań wielu klinicystów, zarówno polskich, jak i zagranicznych. W literaturze poświęconej zaburzeniom płynności mówienia możemy znaleźć treści dotyczące różnorodnych sposobów terapii jąkania, które były i są stosowane przez różnych specjalistów.

Kluczowymi podejściami stosowanymi w tym zakresie są:

□ **Kształtowanie płynności mówienia [KPM]** (ang. *fluency shaping*), nazywane również **mówieniem bardziej płynnym** (ang. *speak more fluently*) lub **modyfikowaniem sposobu mówienia** (ang. *fluency modification strategies*), oparte jest na treningu prowadzącym do reorganizacji funkcji programowania i realizacji wypowiedzi w celu uzyskania kontrolowanej, spontanicznej lub normalnej płynności mówienia przy użyciu odpowiednich technik i metod terapeutycznych (Bennett, 2006; Bloodstein, Bernstein Ratner, 2008; Byrne, 1989; Chęciek, 2007; Grabias, Panasiuk, Woźniak, red., 2016; Gregory, 1994, 2003; Guitar, Peters, 2013, 2014; Kostecka, 2004; Rastin, 1987; Manning, DiLollo, 2007; Saad-Merouwe, 2020; Tarkowski, 1999a; Webster, 1980; Węsierska, online; Woźniak, 2019; Yairi, Seery, 2011).

□ **Modyfikacja jąkania [MJ]** (ang. *stuttering/stammering modification*), w polskich realiach nazywane również **jąkaniem bardziej płynnym** (ang. *stutter/stammer more fluently*), to podejście terapeutyczne w terapii osób jąkających się skoncentrowane na rozwijaniu u pacjenta jąkania bardziej płynnego poprzez redukcję reakcji unikania, zmniejszanie logofobii, redukcję jąkania oraz zmianę negatywnego nastawienia do mówienia i jąkania (Chęciek, 1993; Conture, 2001; Guitar, Peters, 2013, 2014; Kostecka, 2004; Manning, 2010; Prins, Ingham, 2009; Sharpio, 1999; Węsierska, online; Williams, 1971; Van Riper, 1973; Yairi, Seery, 2011).

Zarówno jedno, jak i drugie podejście miały na przestrzeni lat swoich zwolenników i przeciwników, którzy uznawali je za najważniejsze i jednocześnie przeciwstawne do siebie (Guitar, Peters, 2014), jednakże w latach 60/70. XX wieku na pierwszy plan wysunęło się podejście *mówienie bardziej płynne* (ang. *speak more fluently approaches*) (Manning, DiLollo, 2007).

W podejściu *kształtowanie płynności mówienia* nacisk kładziony jest na zmianę ogólnego wzorca mowy pacjenta, a nie na modyfikowanie przypadków jąkania (Andrews, Guitar, Howie, 1980, Howie, Andrews, 1984; Ingham, 1993). Jego głównym celem jest osiągnięcie kontrolowanej, spontanicznej lub normalnej płynności mówienia (Bennett, 2006). Jest ono ściśle związane z kontrolą i zmniejszaniem częstotliwości jąkania (Manning, DiLollo, 2007; Ingham, Martin, Kuhl, 1974; Ryan 1974; Brutten, Shoemaker, 1967).

Terapia kształtowania płynności mówienia bazuje na terapii behawioralnej. Prowadzi do zmiany zachowania niepożądanego, czyli jąkania, w zachowanie pożąda-

ne, jakim jest płynne mówienie (Błachnio, Przepiórka, 2013; Kozłowska, Chęciek, 2019; Lechta, 2011; Reichel, Cook, 2018; Siwińska, Szamburski, 2020; Tarkowski, 1987, 1992, 1999; Węsierska, 2006). W programie terapii pewna forma płynności jest najpierw ustalana w sytuacji kontrolowanego bodźca, a następnie wzmacniana i stopniowo modyfikowana w celu przybliżenia normalnej mowy w warunkach klinicznych. Mowa ta jest następnie wykorzystywana w codziennym życiu pacjenta (Guitar, Peters, 2013), w coraz trudniejszych, bardziej naturalnych sytuacjach. Uzyskanie płynności mówienia jest wynikiem właściwych oddziaływań środowiska, które wzmacnia takie zachowanie.

Wszystkie techniki wykorzystywane w podejściu KPM w mniejszym lub większym stopniu zmieniają sposób mówienia pacjenta, dając mu poczucie sukcesu. Należy jednak podkreślić, iż stałe stosowanie tych technik w życiu codziennym, jak też kontrolowanie własnej mowy może być bardzo trudne i niekomfortowe dla pacjenta (Kostecka 2004, Tarkowski, 1999, Węsierska, online; Woźniak, 2019).

### **Mówienie bardziej płynne vs. jąkanie bardziej płynne**

W ujęciu Guitara i Petersa (2014) podobieństwa i różnice w obu podejściach dotyczą sześciu najistotniejszych według autorów aspektów terapii jąkania: uczuć i postaw, sposobu mówienia, strategii utrzymywania płynności, ogólnych kompetencji komunikacyjnych oraz struktury terapii, metod zbierania danych i ewaluacji skuteczności terapii, co zaprezentowano w Tabeli nr 1.

Praca w nurcie *mówię bardziej płynnie* w przeciwieństwie do podejścia *jąkam się bardziej płynnie* nie koncentruje się bezpośrednio na zmniejszaniu logofobii pacjentów i dążeniu do nieunikania określonych słów lub sytuacji, a także zmiany nastawienia pacjenta do mówienia i jąkania (Guitar, Peters, 2014). Podejście to nie zakłada również bezpośredniej pomocy pacjentowi w zwiększeniu jego kompetencji społecznych i zawodowych, która w podejściu *jąkanie bardziej płynne* jest jednym z celów oddziaływań terapeutycznych.

Podejścia *jąkanie bardziej płynne* i *mówienia bardziej płynne* pomagają osobom jąkającym się w osiągnięciu płynności spontanicznej lub kontrolowanej poprzez mówienie w zmodyfikowany sposób, jednakże stosowane w nich techniki pozwalające osobom jąkającym się na utrzymanie płynności mówienia są różne (Guitar, Peters, 2014).

Celem końcowym terapii opartej na *mówieniu bardziej płynnym* jest osiągnięcie przez pacjenta płynności spontanicznej, w przypadku trudności z osiągnięciem tego rezultatu celem pośrednim będzie natomiast *płynność kontrolowana* (Guitar, Peters, 2014).



Tabela 1. *Mówienie bardziej płynne vs. jękanie bardziej płynne* – podobieństwa i różnice

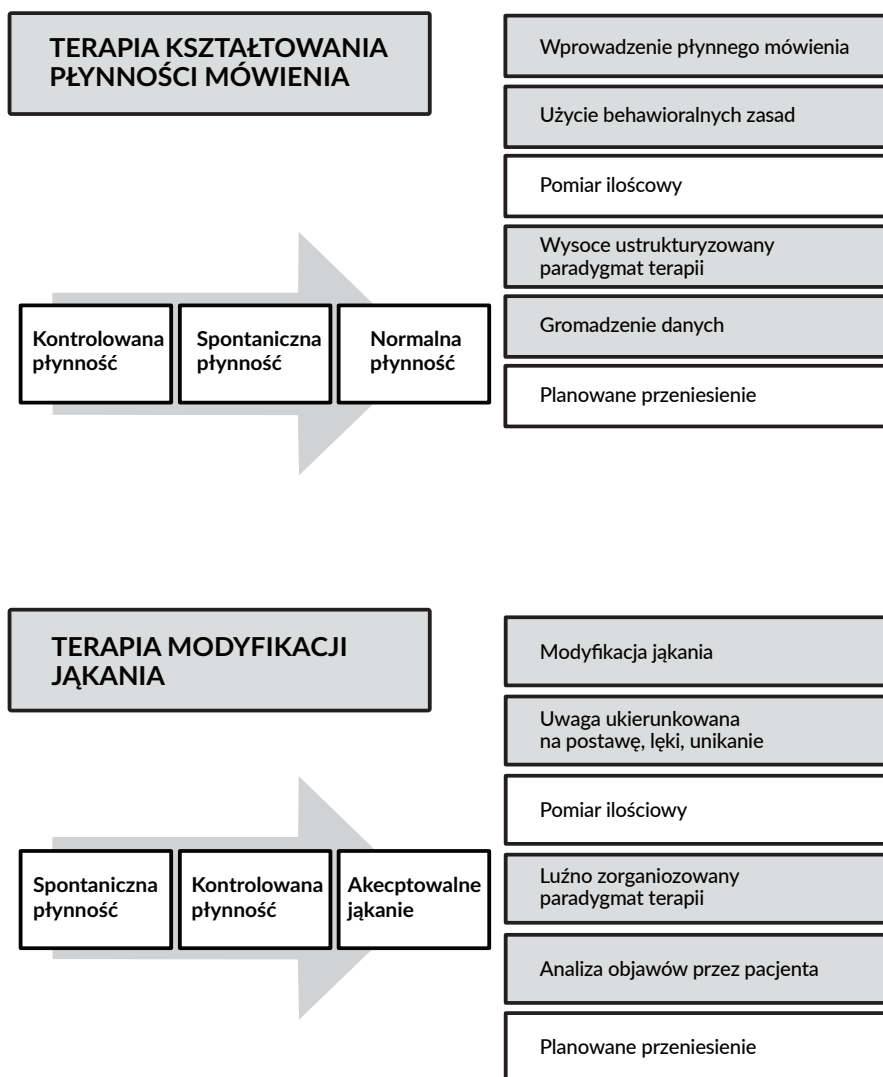
Terapia oparta na mówieniu bardziej płynnym	Terapia oparta na jękanii bardziej płynnym
Podejście określane jako <b>modyfikowanie sposobu mówienia</b>	Podejście określane jako <b>modyfikowanie sposobu jękania</b>
<p><b>Cele i założenia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Niewielki nacisk położony na niwelowanie logofobii i reakcji unikania.</li> <li>• Osiągnięcie płynności spontanicznej lub kontrolowanej (w sytuacji terapeutycznej i realnych sytuacjach poza gabine-tem).</li> <li>• Utrzymywanie płynności poprzez modyfikowanie sposobu mówienia oraz w razie konieczności przywracanie płynności poprzez odtworzenie wszystkich kroków terapeutycznych.</li> <li>• Wykorzystanie usystematyzowanego wzmocnienia pożądanych zachowań i wycofywania niepożądanych.</li> <li>• Kształcenie w niewielkim stopniu ogólnych kompetencji komunikacyjnych.</li> </ul>	<p><b>Cele i założenia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Duży nacisk na niwelowanie logofobii i reakcji unikania.</li> <li>• Osiągnięcie płynności spontanicznej, kontrolowanej lub jękania akceptowalnego (poprzez stosowanie technik modyfikujących sposób jękania się).</li> <li>• Utrzymanie płynności poprzez redukcję lęku i nieunikanie określonych sytuacji, słów itp. oraz stosowanie technik modyfikujących sposób jękania się.</li> <li>• Kształcenie w niewielkim stopniu ogólnych kompetencji komunikacyjnych.</li> </ul>
<p><b>Metody i sposoby prowadzenia terapii:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Struktura zależy od założeń warunkowania instrumentalnego i programowania.</li> <li>• Zbieranie reprezentatywnych i wiarygodnych danych dotyczących mowy klienta.</li> </ul>	<p><b>Metody i sposoby prowadzenia terapii:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Struktura odpowiada interakcji w trakcie sesji konsultacyjnych, edukacyjnych.</li> <li>• Dane zbierane na zasadzie opisu ogólnych wrażeń i doświadczeń związanych z jękaniami się pacjenta.</li> </ul>

Źródło: Opracowanie na podstawie: Guitar, Peters, 2014.

W terapii w nurcie *mówienie bardziej płynne* oczekuje się od pacjenta maksymalnej płynności mówienia w konkretnej sytuacji z kontrolowanym bodźcem, rzadziej natomiast podejmuje się kwestie lęku przed mówieniem, postawy pacjenta czy też jego przystosowania się w danym środowisku. W tym podejściu utrzymywanie płynności mowy uzyskiwane jest poprzez zastosowanie określonych technik kształtujących płynność mowy/modyfikujących płynność mówienia (m.in. zwolnienie tempa mowy, łagodne rozpoczynanie wypowiedzi i kontrolowanie jej). Dodatkowo wykorzystuje się również techniki warunkowania instrumentalnego. Ćwiczenia płynnej mowy rozpoczyna się od ćwiczeń w sytuacjach mniej stresujących (wymagających), stopniowo przechodzi się do coraz trudniejszych i w efekcie uzyskuje się płynną mowę we wszystkich sytuacjach komunikacyjnych (Guitar, Peters, 2014).

Zarówno jedno, jak i drugie z opisywanych podejść w niewystarczającym zakresie odnoszą się do kwestii związanych z rozwijaniem ogólnych kompetencji komunikacyjnych osób jękających się (Guitar, Peters, 2014). Pomocny w charakterystyce i porównaniu powyższych podejść terapeutycznych jest również poniższy schemat interwencji związanej z jękaniem opracowany na podstawie Ramig i Bennett (1995).

Schemat 1. Porównanie wiodących podejść w terapii jękania: kształtowanie płynności mówienia vs. modyfikacja jękania



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Ramig, Bennett, 1995.



Zasadniczą różnicę można zaobserwować już na poziomie celu terapii. W przypadku MJ celem jest osiągnięcie przez jękającego się pacjenta: spontanicznej płynności, kontrolowanej płynności lub akceptowalnego jękania, w KPM dąży się natomiast do wyeliminowania objawów jękania w mowie i osiągnięcia kontrolowanej płynności, spontanicznej płynności lub normalnej płynności. Na uwagę zasługuje fakt, iż osiągnięcie spontanicznej lub kontrolowanej płynności mówienia (przynajmniej krótkotrwałej) jest możliwe w obu podejściach, odbywa się to jednak z wykorzystaniem różnych metod.

W KPM i MJ odmienna jest również koncepcja stosowanych oddziaływań terapeutycznych. W podejściu *modyfikacja jękania* odnoszą się one do postaw, lęków, reakcji unikania oraz umiejętności zarządzania jękaniami, a w podejściu *kształtowanie płynności mówienia* są one ukierunkowane na naukę bardziej płynnego sposobu mówienia z wykorzystaniem zasad warunkowania instrumentalnego i programowania. KPM charakteryzuje się ponadto wysoce ustrukturyzowanym paradygmatem terapii w przeciwieństwie do MJ, której paradygmat terapii jest luźno ustrukturyzowany.

Kolejną kwestią w omawianych podejściach są metody zbierania danych, które w terapii opartej na *mówieniu bardziej płynnym* koncentrują się na gromadzeniu reprezentatywnych, rzetelnych informacji (np. na ocenie częstotliwości blokowania przed podjęciem terapii, w trakcie jej trwania i po jej zakończeniu), a w *jękaniu bardziej płynnym* większą wagę przywiązuje się do odczuć i doświadczeń klienta związanych z jękaniami.

Zarówno terapia oparta na podejściu KPM, jak i MJ zakładają przenoszenie rezultatów osiągniętych w warunkach laboratoryjnych (gabinetowych) na sytuacje spontanicznego komunikowania się w środowisku pacjenta oraz utrzymanie przez niego płynności zdobytej w trakcie terapii.

Obecnie coraz częściej podkreśla się, iż mimo istotnych różnic między tymi podejściami wykorzystywane w nich metody i techniki mogą być jednakowo skuteczne w terapii osób jękających się i coraz częściej stosuje się je, łącząc oba podejścia w ramach tzw. *terapii zintegrowanej*, połączonej bądź kompleksowej (Woźniak, 2019; Guitar, Peters, 2014; Chęć, 2007; Lechta, 2011; Kostecka, 2004; Węsierska, online). Przykładem takiego podejścia jest anglojęzyczny program Ronalda L. Webstera: *Precision Fluency Shaping Program (PFSP) (Program precyzyjnego kształtowania płynności)*. W Polsce natomiast połączenie elementów podejść: *kształtowanie płynności mówienia* i *modyfikacja jękania* stosuje się m.in. w *Zmodyfikowanym programie psychofizjologicznej terapii jękających się* autorstwa M. Chęćka i *Zintegrowanym programie terapii osób jękających się* W. Kosteckiej, *Programie terapeutycznym jękania* K. Szamburskiego oraz *Systemowej terapii jękania* Z. Tarkowskiego, które zostaną opisane w dalszej części opracowania.

---

## Przegląd wybranych metod i technik kształtujących płynność mówienia

Terapia osób jękających się wymaga zastosowania różnorodnych metod i technik terapeutycznych. Jako metodę należy rozumieć systematycznie stosowany sposób pracy z pacjentem, zespół celowych, jasno określonych czynności realizowanych za pomocą odpowiednio dobranych środków, które doprowadzą do rozwiązania problemu (Jastrzębowska, Pelc-Pękała, 1999, za: Kostecka, 2004), jak też strategię postępowania ukierunkowaną na określony aspekt jękania (Szamburski, 2009). Technika natomiast to logiczna czynność, którą wykonujemy, aby coś usprawnić (Jastrzębowska, Pelc-Pękała, 1999, za: Kostecka, 2004), terapeutyczny sposób konkretnego oddziaływania (Szamburski, 2009).

W latach 90. XX wieku wyłoniono ok. 250 różnych procedur terapii jękania (Wirth, 1990, za: Lechta, 2011). W ciągu kolejnych lat pojawiały się ponadto nowe, a ich liczba stale się zwiększa. Zaprezentowane w poprzednim podrozdziale metody i techniki terapeutyczne stanowią zaledwie część wszystkich dostępnych strategii możliwych do zastosowania w terapii osób jękających się.

W literaturze przedmiotu, wśród opisów metod i technik KPM, można zauważyć, iż konkretne metody lub techniki bywają definiowane pod różnymi nazwami lub pod tą samą nazwą kryją się ich inne interpretacje (Tarkowski, 1999a). Zdarza się również, że pewne oddziaływania terapeutyczne uznawane są przez jednych autorów za technikę, a przez innych za metodę.

Poniżej zaprezentowano przegląd wybranych metod i technik stosowanych w terapii jękania w podejściu *mówienie bardziej płynne* opisanych w polskiej literaturze, który został uzupełniony o opis metod i technik dostępnych w publikacjach zagranicznych autorów.

Tabela 2. Przegląd metod i technik kształtujących płynność mówienia (KPM) dostępnych w polskiej literaturze

Techniki i metody kształtujące płynność mówienia	
Terminologia stosowana w literaturze	Autorzy
<b>Technika przedłużonego mówienia (TPM)</b>	Chęciek, 1993, 2001, 2004, 2007, 2010; Chęciek, Bijak, Kamińska, 2014; Tarkowski, 2007; Woźniak, 2008, 2016, 2019
• przedłużanie samogłosek	Basista, 2018; Kostecka, 2004; Wilczewski, 1967
• technika zwolnionego przedłużonego mówienia	Chęciek, 1993, 2001, 2007; Węsierska, Zipper-Malina, 2009
• technika przeciągania samogłosek	Woźniak, 2018



cd. tabela 2.

<b>Techniki i metody kształtujące płynność mówienia</b>	
<b>Terminologia stosowana w literaturze</b>	<b>Autorzy</b>
• mówienie wydłużone, mowa przedłużona	Saad-Merouwe, 2020; Tarkowski, 1999a
• mowa zwolniona	Węsierska, 2006, 2009
• zwolnione tempo mówienia	Kostecka, 2004
• mówienie zwolnione przedłużone	Byrne, 1989; Chęciek, 1993, 2001, 2004, 2007, 2010; Chęciek, Bijak, Kamińska, 2014; Woźniak, 2019
• mówienie przeciągane i wolne	Tarkowski, Okraśińska, 2018
• metoda wolnej przedłużonej mowy	Kostecka, 2004
<b>Mówienie śpiewne</b>	Basista, 2018; Chęciek, 2001, 2007; Chęciek, Bijak, Kamińska, 2014; Kostecka, 2004; Szewczyk, 2013; Tarkowski, 1999a; Tarkowski, Okraśińska, 2018; Wilczewski, 1967; Woźniak, 2019
<b>Metoda „Echo”</b>	Adamczyk, 1977, 1993, 1999, 2009; Adamczyk, Kuniszyk-Jóźkowiak, Smołka, 1980; Adamczyk, Kuniszyk-Jóźkowiak, Szydło, 1990; Chęciek, 2007, 2010; Chęciek, Bijak, Kamińska, 2014; Sidor, 2011; Styczek, 1980; Tarkowski, 1999a, 1999b, 2005; Woźniak, 2016, 2018, 2019
• echokorekcja	Byrne, 1989; Chęciek, 1993, 2007; Walencik-Topiłko, online; Woźniak, 2016
• mówienie z „echem”	Byrne, 1989; Węsierska, 2006
<b>Aparat Hektora</b>	Byrne, 1989, Kostecka, 2004
<b>Technika delikatnego startu mowy (TDSM)</b>	Chęciek, 2001, 2004, 2007; Chęciek, Bażański, 2020; Chęciek, Bijak, Kamińska, 2014; Kostecka, 2004; Przepiórka, Błachnio, 2013; Tarkowski, 1999a, 1999b; Tarkowski, Okraśińska, 2018; Węsierska, 2006, 2010; Węsierska, Zipper-Malina, 2009; Wilczewski, 1967; Woźniak, 2019
• technika miękkiego startu mowy	Chęciek, 2007; Węsierska, Zipper-Malina, 2009
• technika miękkiego nastawienia głosu	Węsierska, 2006
• stosowanie miękkiego ataku narządów artykulacyjnych	Kostecka, 2004
• miękki atak	Byrne, 1989



cd. tabela 2.

Techniki i metody kształtujące płynność mówienia	
Terminologia stosowana w literaturze	Autorzy
<b>Rytmizacja mówienia</b>	Chęciek, 1997, 2007; Szamburski, 2009; 2017; Woźniak, 2016, 2018
<ul style="list-style-type: none"> <li>rytmizowanie wypowiedzi</li> </ul>	Woźniak, 2018
<ul style="list-style-type: none"> <li>mówienie rytmiczne</li> </ul>	Tarkowski, 1992, 1999a; Tarkowski, Okra- sińska, 2018; Węsierska, 2006, 2009
<ul style="list-style-type: none"> <li>technika mówienia rytmicznego (TMR)</li> </ul>	Woźniak, 2019
<ul style="list-style-type: none"> <li>mowa sylabami</li> </ul>	Byrne, 1998; Kostecka, 2004
<ul style="list-style-type: none"> <li>mowa sylabiczna</li> </ul>	Woźniak, 2018
<ul style="list-style-type: none"> <li>sylabizowanie</li> </ul>	Szamburski, 2017; Tarkowski 1993; Van Zallen, Reichel, 2015; Węsierska, 2009; Węsierska, Zipper-Malina, 2009
<b>Technika wystukiwania sylab (TWS)</b>	Szamburski, 2009, 2017; Kowalczyk, 2018
<b>Metoda Zofii Engiel</b>	Engiel, 1976, 1977; Chęciek, 1993, 2007; Kostecka, 2004; Sidor, 2011; Tarkow- ski, 1999a, 1999b; Tarkowski, Okrasińska, 2018; Woźniak, 2016, 2018, 2019
<b>Metoda naturalnego rytmu mowy (NRM)</b>	Woźniak, 2016, 2018
<b>Technika naturalnego rytmu mowy (TNRM)</b>	Woźniak, 2019
<b>Logorytmika</b>	Kamińska 2010; Kilińska-Ewertowska, 1987, 1993; Rozentalowa, 1971, 1976; Tarkowski, 1992, 1999a; Walencik-Topińko, 1998, 2010, 2016; Walencik-Topińko, Brych, 2020; Woźniak, 2018
<b>Gesty ułatwiające mówienie</b>	Borel-Maisonny, za: Styczek, 1980; Sidor, 2011
<ul style="list-style-type: none"> <li>rytmiczna naturalna gestykulacja</li> </ul>	Bochniarz, 2009
<ul style="list-style-type: none"> <li>gesty upytynniająco-rytmizujące</li> </ul>	Chęciek, 2007
<ul style="list-style-type: none"> <li>synchronizowanie mowy z ruchem palców ręki wiodącej</li> </ul>	Ariutunian, 1997; Kostecka, 2004
<ul style="list-style-type: none"> <li>wystukiwanie sylab</li> </ul>	Kowalczyk, 2018; Szamburski, 2009, 2017
<ul style="list-style-type: none"> <li>rytmogesty</li> </ul>	Kamińska, 2010; Młynarska, Smereka, 2008
<ul style="list-style-type: none"> <li>gesty naturalne ułatwiające mówienie</li> </ul>	Engiel, 1976, 1977; Woźniak, 2018, 2019
<b>Technika przepływu powietrza</b>	Chęciek, 1993, 2007; Kostecka, 2004
<ul style="list-style-type: none"> <li>technika swobodnego przepływu powietrza</li> </ul>	Błachnio, Przepiórka, 2013; Tarkowski, 1999a
<ul style="list-style-type: none"> <li>technika pasywnego przepływu powietrza</li> </ul>	Schwartz, 1974, za: Mrozowska, 2016
<b>Techniki oddechowe</b>	Woźniak, 2019



cd. tabela 2.

Techniki i metody kształtujące płynność mówienia	
Terminologia stosowana w literaturze	Autorzy
<ul style="list-style-type: none"> <li>kontrolowane oddychanie</li> </ul>	Tarkowski, 1999a, 1999b; Woźniak, 2019
<ul style="list-style-type: none"> <li>technika <i>appoggio</i></li> </ul>	Chęciek, 1997; Majzner, Tomiczek, 2015; Mitrinowicz, 1952; 2015; Tarkowski, 1999a, 1999b; Woźniak, 2019
<b>Mówienie chóralne</b>	Adamczyk, 1993; Adamczyk, Kuszniak-Józkowiak, Sadowska, 1976; Adamczyk, Smołka, Kuszniak, 1977; Chęciek, Bażański, 2020; Chęciek, Bijak, Kamińska, 2014; Tarkowski, 1993; Walencik-Topińko, online; Woźniak, 2016
<b>Metoda cienia</b>	Tarkowski, 1992, 1999a
<b>Pauzowanie</b>	Chęciek, 2007; Chęciek, Bijak, Kamińska 2014; Engiel, 1976, 1977; Kostecka, 2004; Węsierska, Zipper-Malina, 2009; Woźniak, 2018, 2019
<b>Trening negatywny</b>	Błachnio, Przepiórka, 2013; Tarkowski, 1999b
<ul style="list-style-type: none"> <li>technika negatywnej praktyki</li> </ul>	Chęciek, 2007; Chęciek, Bijak, Kamińska, 2014
<ul style="list-style-type: none"> <li>celowe jąkanie się</li> </ul>	Chęciek, 2007; Emerick, 2015
<b>Analiza objawów jąkania</b>	Tarkowski, 1999a
<b>Kontakt wzrokowy</b>	Chęciek, 2007; Chęciek, Bijak, Kamińska, 2014
<b>Metoda Gutzmana</b>	Przepiórka, Błachnio, 2013; Tarkowski, 1999a, 1999b
<b>Metoda Froeschelsa</b>	Przepiórka, Błachnio, 2013; Tarkowski, 1999a
<ul style="list-style-type: none"> <li>metoda żucia</li> </ul>	Przepiórka, Błachnio, 2013; Tarkowski, 1999a
<b>Metoda Fernau-Horn</b>	Tarkowski, 1999a
<b>Metoda Liebmana</b>	Błachnio, Przepiórka, 2013; Tarkowski, 1999a
<b>Maskowanie</b>	Byrne 1989; Kurkowski, 2013; Tarkowski, 1999a; Woźniak, 2016
<b>Aparat edynburski</b>	Byrne, 1989; Kostecka, 2004

Źródło: Opracowanie własne.

□ **Technika przedłużonego mówienia (TPM)** (Chęćiek, 1993, 2001, 2004, 2007; Chęćiek, Bijak, Kamińska 2014; Tarkowski, 2007; Woźniak, 2008, 2016, 2019) występuje w literaturze logopedycznej również pod nazwami: *przedłużanie samogłosek* (Basiśta, 2018; Kostecka, 2004; Wilczewski, 1967), *technika zwolnionego przedłużonego mówienia* (Chęćiek, 1993, 2001, 2007; Węsierska, Zipper-Malina, 2009), *technika przeciągania samogłosek* (Woźniak, 2018), *mówienie wydłużone, mowa przedłużona* (Saad-Merouwe, 2020; Tarkowski, 1999a), *mowa zwolniona* (Węsierska, 2006, 2009), *zwolnione tempo mówienia* (Kostecka, 2004), *mówienie zwolnione, przedłużone* (Byrne, 1989; Chęćiek, 1993, 2001, 2004, 2007, 2010; Chęćiek, Bijak, Kamińska, 2014; Woźniak, 2019), *mówienie przeciągane i wolne* (Tarkowski, Okraśńska, 2018) oraz *metoda wolnej, przedłużonej mowy* (Kostecka, 2004).

TPM jest jedną z najstarszych, klasycznych technik stosowanych w terapii osób jąkających się, zaliczaną do najpopularniejszych sposobów skutecznie wpływających na poprawę płynności mówienia (Chęćiek, Bijak, Kamińska, 2014; Tarkowski, 2007). W polskiej literaturze z zakresu logopedii pierwsze opisy metodyczne dotyczące tej techniki możemy znaleźć w pracach ks. Stanisława Wilczewskiego, który już w latach 20. XX wieku z wysoką skutecznością stosował ją w pracy z osobami jąkającymi się. Metoda polega na przedłużeniu czasu wymowy samogłosek w poszczególnych wyrazach, co powoduje znaczący spadek tempa mówienia, a w konsekwencji szybką poprawę płynności mowy (Wilczewski, 1967; zob. Chęćiek, 2004; Woźniak, 2019). Samogłoski ze względu na swoje cechy fonetyczne (m.in. możliwość wypowiedziania ich na dowolnej wysokości głosu oraz przy dowolnym jego natężeniu, przeciągania w mówieniu lub śpiewaniu) stanowią wartościowy materiał do ćwiczeń TMP w połączeniu z ćwiczeniami emisyjnymi (Chęćiek, 2007; Chęćiek, Bijak, Kamińska, 2014; Wilczewski, 1967). Podczas stosowania techniki mówienie powinno być płynne, realizowane na wydechu, bez częstych, zbyt gwałtownych wdechów zakłócających płynny potok mówienia (Chęćiek, 2007).

Technikę przedłużonego mówienia wprowadza się od początku procesu terapii, przy czym zwolnione tempo mówienia jest stosowane tylko przez pewien okres, a w końcowym etapie terapii powracamy do początkowego tempa mówienia (o ile nie było ono zbyt szybkie – w takim przypadku wskazane jest utrzymanie częściowego zwolnienia tempa mowy). Początkowo ćwiczenia TMP polegają na stosowaniu techniki w warunkach gabinetowych, m.in. podczas czytania, prowadzenia dialogów – zadawania pytań i odpowiadania na pytania, mowy monologicznej, prowadzenia rozmów kierowanych; należy zwracać uwagę, aby mowa nie była zbyt monotonna czy też skandowana oraz by była zachowana jej naturalna intonacja (Chęćiek, 2007). Zwolnienie tempa mówienia jest różnie interpretowane w literaturze przedmiotu, np. M. Chęćiek, E. Bijak i D. Kamińska zalecają początkowo w czasie ćwiczeń TPM, aby osoba jąkająca się zwalniała tempo mówienia



do około 60–70 słów na minutę i w kolejnych etapach ćwiczeń przyspieszyć do 100–110 słów na minutę (Chęciek, Bijak, Kamińska, 2014). W referowanej przez Woźniaka TPM tempo czytania początkowo powinno natomiast wynosić 1 sylabę na 1 sekundę, przy założeniu stopniowego przyspieszania na etapach późniejszych (Wilczewski, 1967, za: Woźniak, 2019).

Spowolnienie tempa mówienia daje osobie jąkającej się możliwość kontrolowania płynności swojej wypowiedzi (Chęciek, 2001). Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, iż różnica w sposobie mówienia w czasie stosowania TPM w porównaniu z wymową naturalną może zniechęcać wiele osób, dlatego szczególnie ważne w tym przypadku jest odpowiednie zmotywowanie pacjenta (Woźniak, 2019).

W końcowym etapie dąży się do automatyzacji przez pacjenta opanowanej w warunkach gabinetowych TPM poprzez stosowanie jej w mowie spontanicznej w naturalnym środowisku, co wpływa pozytywnie na poprawę kontaktów interpersonalnych oraz obniżenie stresu komunikacyjnego, a także uczy nowych, konstruktywnych form zachowania w czasie komunikowania się z drugą osobą (Kostecka, 2004). Poprawa płynności mówienia jest stosunkowo prostym zadaniem, problemem jest jednak jej utrzymanie w warunkach naturalnej komunikacji (Tarkowski, 2008).

W procesie terapeutycznym TPM stosuje się najczęściej w połączeniu z innymi technikami kształtowania płynności mówienia (m.in.: echokorekcją, techniką delikatnego startu mowy, pauzowaniem, gestami towarzyszącymi mówieniu, śpiewoterapią) (Chęciek, 2007; Chęciek, Bijak, Kamińska, 2014; Woźniak, 2019).

□ **Mówienie śpiewne** (Basista, 2018; Chęciek, 2001, 2007; Chęciek, Bijak, Kamińska, 2014; Kostecka, 2004; Szewczyk, 2013; Tarkowski, 1999a; Tarkowski, Okrasińska, 2018; Wilczewski, 1967; Woźniak, 2019) – ma na celu przeniesienie zjawisk melodyjnych na głośne mówienie. Powszechnie znanym fenomenem jest to, iż osoby jąkające się nie jąkają się podczas śpiewu (zob. Wilczewski, 1967). Wynika to z założenia, iż w czasie śpiewania następuje naturalne wydłużanie samogłosek, których czas trwania jest zawsze dłuższy niż spółgłosek. Przeciąganie samogłosek połączone z odpowiednią melodyjnością mowy powoduje gładkie, delikatne przejścia pomiędzy sylabami, wyrazami oraz frazami, wpływając pozytywnie na płynność mówienia.

□ **Metoda „Echo”** (Adamczyk, 1977, 1993, 1999, 2009; Adamczyk, Kuniszyk-Jóźkowiak, Smołka, 1980; Adamczyk, Kuniszyk-Jóźkowiak, Szydło, 1990; Chęciek, 2007; Chęciek, Bijak, Kamińska, 2014; Sidor, 2011; Styczek, 1980; Tarkowski, 1999a, 1999b, 2005; Woźniak, 2016, 2018, 2019), **echokorekcja** (Byrne, 1989; Chęciek, 1993, 2007, 2010; Walencik-Topiłko, online; Woźniak, 2016), **mówienie z „echem”** (Byrne, 1989; Węsierska, 2006) – jest metodą wykorzystującą wspomaganie aparaturowe, opartą na efekcie opóźnionego sprzężenia zwrotnego (DAF – *delayed auditory feedback*)

---

odkrytym w latach 50. przez B.C. Lee (Lee, 1950). Efekt Lee polega na tym, że pacjent, słysząc swój głos (z opóźnieniem wynoszącym około 0,25 sekundy), zwalnia tempo mówienia i dzięki temu zaczyna mówić płynnie (Adamczyk, 1993; Chęćek, 2007; Chęćek, Bijak, Kamińska, 2014; Fairbanks, Guttman, 1958; Szamburski, 2014; Tarkowski, 1999a). Efekt ten został po raz pierwszy wykorzystany w terapii osób jąkających się przez fizyka i terapeutę jąkania prof. Bogdana Adamczyka. Na tym zjawisku została oparta jego autorska metoda „Echo”, która była wielokrotnie ulepszana i modyfikowana (Adamczyk, 1977, 1993, 2009). Polega ona na tym, że pacjent ćwiczy początkowo swoje opóźnione mówienie z użyciem skonstruowanego przez autora metody echokorektora (bazującego na efekcie opóźnionego sprzężenia zwrotnego), aby po pewnym czasie mówić z tzw. echem zapamiętanym, stosując naturalnie zwolnione tempo mowy (Adamczyk, 1971, 1993, 2009; por. Chęćek, 2007).

Echokorektor mowy służy do mówienia w sposób zsynchronizowany z własnym echem opóźnionym o 0,1–0,3 sekundy, dzięki czemu samogłoski ulegają przeciąganiu, a niepłynność mówienia zanika. Według autora metody optymalny czas opóźnienia „echa” powinien wynosić 0,1 sekundy, co na ogół pozwala pacjentowi na płynną mowę, a tempo mówienia nie odbiega znacząco od tego, jakim posługiwał się dotychczas. Przy większym opóźnieniu (np. 0,2 sekundy) następuje całkowite wyeliminowanie jąkania, towarzyszy temu jednak znaczne spowolnienie mowy, co może być jednak niekomfortowe dla pacjenta i utrudniać proces terapii (Adamczyk, 2009; Adamczyk, Kuniszek-Józkowiak, Smołka, 1978, 1979, 1980). Obecnie dostępne są echokorektory stacjonarne (stosowane w gabinetach logopedycznych) lub przenośne (skonstruowane z myślą o ćwiczeniach indywidualnych pacjenta). W ostatnim czasie dużą popularnością cieszą się też cyfrowe korektory mowy (zob. Ratyńska, Szkiełkowska, Markowska, Mularzuk, Kurkowski, 2004). Echokorektorem może stać się ponadto każdy komputer i telefon komórkowy przy wykorzystaniu odpowiedniego oprogramowania (Woźniak, 2016). Należy jednak podkreślić, iż stosowany w metodzie korektor mowy jest wyłącznie urządzeniem wspomagającym proces terapii, które jest stopniowo wycofywane w miarę uzyskiwania przez pacjenta płynności mówienia (Adamczyk, 1993).

□ **Aparat Hektora** – to urządzenie wynalezione przez dwie osoby jąkające się, służące do kontrolowania szybkości mówienia. Składa się z aparatu kieszonkowego i małego głośnika umieszczonego za pomocą opaski na szyi pacjenta. Sygnalizuje on osobie mówiącej za pomocą dźwięku o określonej głośności, gdy tempo jej wypowiedzi jest zbyt szybkie. Urządzenie jest przydatne do utrzymywania tempa mówienia osiągniętego podczas ćwiczeń, szczególnie dla osób, którym sprawia to trudność (Byrne, 1989; Kostecka, 2004).

□ **Technika delikatnego startu mowy (TDSM)**, nazywana również *techniką miękkiego startu mowy*, została opisana w polskiej literaturze logopedycznej m.in. przez:



M. Chęćka (2001, 2004, 2007), M. Chęćka i E. Bażańskiego (2020), M. Chęćka, E. Bijak i D. Kamińską (2014), Przepiórkę i Błachnio (2013), W. Kostecką (2004), Z. Tarkowskiego (1999a, 1999b), Z. Tarkowskiego i A. Okrasińka (2018), K. Węsierską (2006, 2010), K. Węsierską i B. Zipper-Malinę (2009), S. Wilczewskiego (1967) i T. Woźniaka (2019), *technika miękkiego startu mowy* (Chęćek, 2007, 2010; Węsierska, Zipper-Malina, 2009), *technika miękkiego nastawienia głosu* (Węsierska, 2006), *stosowanie miękkiego kontaktu narządów artykulacyjnych* (Kostecka, 2004) lub *miękki atak* (Byrne, 1989). Zaliczana jest do grupy najpopularniejszych technik KPM i po raz pierwszy opisana w polskiej literaturze przez ks. S. Wilczewskiego. Wykorzystywana jest w celu korygowania wzmożonych napięć mięśni aparatu artykulacyjnego towarzyszących fizjologicznym objawom jąkania pod postacią klonicznych powtórzeń nagłosowych głosek oraz blokom tonicznym występującym na starcie wypowiedzi (Chęćek, 2001, 2007; Chęćek, Bijak, Kamińska, 2014; Wilczewski, 1967; Woźniak, 2019). Podstawą tej techniki jest wypracowanie u pacjenta umiejętności delikatnego, miękkiego zwierania i napinania narządów mowy biorących udział w artykulacji (Chęćek, 2004, 2007, 2010; Kostecka, 2004; Wilczewski, 1967) oraz zmniejszania wewnątrzoralnego ciśnienia powietrza (Chęćek, 2004, 2007, 2010). Dąży się również do delikatnego, miękkiego zbliżania się do siebie się narządów mowy w przypadku spółgłosek szczelinowych (*f, v, s, z, š, ž*), zwarto-szczelinowych (*c, ʒ, č, ž*), zwarto-otwartych (*l, l'*), drżącej (*r*) oraz nosowych (*m, m', n, n'*) (Chęćek, 2007).

TDSM można wprowadzać na dwa sposoby. W pierwszym, wydłużonym kolejność głosek poddanych ćwiczeniom delikatnego startu mowy jest następująca: szczelinowe, zwarto-szczelinowe, półotwarte i zwarto-wybuchowe. W częściej stosowanym, uproszczonym (bardziej intensywnym) sposobie kolejność wprowadzania poszczególnych głosek uzależniona jest natomiast od częstotliwości ich blokowania (szczególnie w nagłosie wyrazu) u jękających się. Badania przeprowadzone przez M. Chęćka wykazały, iż pierwsze miejsce pod względem frekwencji występowania zajmują spółgłoski zwarto-wybuchowe: *p, t, k* i ich dźwięczne odpowiedniki: *b, d i g*. Na kolejnym miejscu pod względem częstotliwości blokowania plasują się samogłoski ustne: *a, o, e, u, i*. Następne ze względu na frekwencję blokowania są nagłosowe grupy spółgłoskowe rozpoczynające się spółgłoską zwarto-wybuchową, np.: *pt, tk, pr, kt* oraz innymi, np. spółgłoskami szczelinowymi *šp, st, wt* itp. (Chęćek, 2004, 2007). Należy podkreślić, że kolejność wprowadzanych głosek w TDSM powinna być traktowana indywidualnie, w zależności od charakteru blokowania u jękającego się i wytonionych w jego mowie głosek blokowanych na starcie.

Ćwiczenia realizacji wyrazów rozpoczynających się głoskami zwarto-wybuchowymi należy poprzedzić ćwiczeniami na sylabach, wyrazach, frazach i zdaniach z nagłosową głoską *m*. Brak napięć mięśniowych warg przy przeciąganiu tej głoski oraz brak wzmożonego wewnątrzoralnego ciśnienia powietrza przy jej realiza-

cji stanowią dobre przykłady do zastosowania zmniejszonego do minimum ciśnienia powietrza w jamie ustnej przy wymawianiu głosek *p* i *b*, jak i do zmniejszonego napięcia mięśni warg przy realizacji tych głosek. Podobny mechanizm dotyczy głosek: *t*, *d*, *k* i *g* (Chęciek, 2004, 2007, 2010; Chęciek, Bijak, Kamińska, 2014).

Istotą techniki jest również zwrócenie uwagi pacjenta na rolę samogłosek występujących po nagłosowych spółgłoskach i grupach spółgłoskowych (szczególnie w wyrazach rozpoczynających wypowiedź), które mimo przeciągania ich w jednakowym iloczynie z pozostałymi samogłoskami dają pacjentowi pewien rodzaj komfortu psychicznego związanego z presją czasową.

Ćwiczenia rozpoczyna się od prób czytania/mówienia wyrazów w kolejności: śpiewem, „pantomimicznie”, szeptem i mową głośną. W trakcie głośnego czytania/mówienia pacjent stosuje miękką, delikatny kontakt narządów artykulacyjnych, tzw. pantomimiczny start, podczas którego napięcia mięśniowe artykulatorów są zminimalizowane. Podczas ćwiczeń wykorzystuje się przygotowane materiały, w tym zestawy wyrazów, fraz, zdań, np.:

\*mak – masto – mandarynka – maskanie

\*modne marynarki, malownicze Mazury

\*Mała Magdalena // malowąfa mnóstwo // \*modnych marynarek // Marka Majńskiego.

(\* – oznacza miejsce wdechu przed rozpoczęciem wypowiedzi; mak – mniejsza czcionka w zapisie wyrazu oznacza miękką, „pantomimiczną” realizację nagłosowej głoski; podkreślenia – przedłużanie wymowy samogłosek; // – miejsce 2–3-sekundowej pauzy) (Chęciek, Bijak, Kamińska, 2014)

Analogicznie wprowadzane są ćwiczenia TDSM w przypadku wyrazów, fraz i zdań z nagłosowymi głoskami zwarto-wybuchowymi (najczęściej w kolejności: *p*, *b*, *t*, *d*, *k* i *g*).

W przypadku realizacji wyrazów, fraz i zdań z samogłoskami w nagłosie ćwiczenia polegają na wypracowaniu tzw. przydechowego, częściowo chuchającego nastawienia głosu. W ćwiczeniach miękkiego ataku głosu wykorzystuje się technikę przepływu powietrza M. Schwartza (Chęciek, 2007, 2010; Węsierska, Zipper-Malina, 2009). Przydechy, „westchnienia” (bezdźwięczne *x*), oznaczone w materiałach ćwiczeniowych mniejszą czcionką (*has*), poprzedzają wypowiadany wyraz, dzięki czemu możliwy jest płynny start mowy, bez zwarć krtaniowych, np.:

\*has – hantyk – hartysta – haglomeracja

\*hautentyczny harras, hautorski hartykuł

\*hAntyczny harras // hatrakcyjnie hafiszowano // \*w haugustowskim

hantykwaracie // hAlberta hAdamskiego (Chęciek, Bijak, Kamińska, 2014)



Kolejnym elementem treningu TDSM jest praca z tekstem (z możliwie jak największą liczbą wyrazów rozpoczynających się ćwiczoną głoską), w tym głośne czytanie, opowiadanie, prowadzenie dialogów (rozmowy kierowane) oraz tworzenie własnych opracowań, które powinny być dostosowane do wieku pacjenta. Istotną częścią ćwiczeń jest również swobodne wypowiedzanie się (budowanie zdań, krótkich dialogów).

Wskazane jest również, aby pacjent w trakcie ćwiczeń obserwował i analizował pracę narządów artykulacyjnych, kontrolował przepływ wydobywającego się z jamy ustnej powietrza oraz pracy przepony, metodą czuciową i pod kontrolą wzroku w lustrze (Chęciek, 2007, 2010; Chęciek, Bijak, Kamińska, 2014; Woźniak, 2019).

Zgodnie z metodyką ćwiczeń *technikę delikatnego startu mowy* konsekwentnie łączymy z *techniką przedłużonego mówienia*.

□ Rytmizacja mówienia (Chęciek, 1997, 2007, 2010; Szamburski, 2009, 2017; Woźniak, 2016, 2018), *rytmizowanie wypowiedzi* (Woźniak, 2018), *mówienie rytmiczne* (Tarkowski, 1992, 1999; Tarkowski, Okraśińska, 2018; Węsierska, 2006, 2009), *mowa sylabami* (Byrne, 1998; Kostecka, 2004), *mowa sylabiczna* (Woźniak, 2018), *sylibizowanie* (Tarkowski, 1993; Węsierska, 2009; Węsierska, Zipper-Malina, 2009; Van Zallen, Reichel, 2015), *technika mówienia rytmicznego* (TMR) (Woźniak, 2019) – grupa metod mających na celu uzyskanie przez osobę jąkającą się pewnego jednostajnego rytmu wypowiedzi, który wpływa na poprawę jej płynności (Szamburski, 2009). Opierają się one na budowaniu oraz kontroli wypowiedzi przy pomocy nadania jej odpowiedniej organizacji czasowej poprzez zastosowanie określonej struktury rytmicznej, przy czym proces ten dokonuje się w różny sposób (Woźniak, 2018). Polegają na rytmicznym mówieniu sylabami wyrazów i całych zdań (Chęciek, 1993), mówieniu w takt bez wspomagania lub wspomaganym, np. przez metronom lub inny taktomierz (Chęciek, 1993; Tarkowski, 1999a; Woźniak, 2018), wystukiwanie rytmu palcami (Kowalczyk, 2018; Szamburski, 2009; Woźniak, 2019) bądź upłynniające ruchy całego ciała, ręki wiodącej, palca (Węsierska, 2009). Wykorzystują impulsy słuchowe, wzrokowe, dotykowe lub ich kombinację (Tarkowski, Okraśińska, 2018). Rytmiczne wypowiedzanie sylab przez osobę jąkającą się powoduje, że jej mowa jest znacznie bardziej płynna, a dodatkowo wspomaganie jej w powyższy sposób ułatwia utrzymanie stałego rytmu (Woźniak, 2018). Po opanowaniu odpowiedniego rytmu i uzyskaniu „skandowanej płynności” spowolniona mowa zostaje stopniowo przyspieszona celem uzyskania właściwego dla danego języka akcentu i naturalnego rytmu mówienia (Chęciek, 1993).

Rytmizacja mówienia wykorzystywana jest w wielu programach terapeutycznych, realizowana jednak w różny sposób przez ich autorów, najczęściej w połączeniu z innymi technikami (głównie wykorzystującymi gest i ruch). Jej zaletą jest szybkie uzyskanie płynności mówienia w warunkach gabinetowych, a wadą – zacieranie cech prozodycznych wypowiedzi (Szamburski, 2009). Jej skuteczność potwierdzają opi-



sane w najnowszej literaturze przedmiotu wyniki badań dotyczących neuroanatomicznego i neurofunkcjonalnego podłoża jąkania (Woźniak, 2018).

□ **Technika wystukiwania sylab (TWS)** (Kowalczyk, 2018; Szamburski, 2009, 2017) – opracowana przez Krzysztofa Szamburskiego, stanowi element programu terapeutycznego jego autorstwa. Polega na wystukiwaniu sylab z zachowaniem cech prozodycznych wypowiedzi, z wyjątkiem tempa mówienia, które jest wolniejsze (Szamburski, 2017). Mówienie jest wspomagane ruchem ręki wiodącej, co zapewnia płynność w łączeniu sylab w wyrazy, bez konieczności skandowania (Woźniak, 2019). Wiąże się ona ze znaczną redukcją tempa mówienia średnio do 2,1–2,4 sylaby na sekundę (Kowalczyk, Jankiewicz, 2015).

TWS składa się z kilku etapów: etap wstępny (uczenie sylabizowania), mówienie płynne z wyraźnym wystukiwaniem sylab całą dłonią przy kontroli terapeuty, mówienie płynne z wystukiwaniem sylab palcem ręki dominującej, stopniowe ukrywanie wystukiwania sylab przed otoczeniem w różnych sytuacjach (np. szkolnych), w sposób, który nie rzuca się w oczy oraz fazy wprowadzania wystukiwania sylab w różnych sytuacjach życiowych. Wystukiwanie sylab złożone jest z trzech faz ruchów dłonią: wdech, start, kontynuacja (w niezmiennym kolejności). Podczas wystukiwania sylab mówienie ulega automatycznemu zwolnieniu, które uzależnione jest od amplitudy wystukiwania dłonią o obraną powierzchnię (Kowalczyk, 2018).

□ **Metoda Zofii Engiel** – podstawę metody stanowi naturalne mówienie. Autorka nie stosuje w terapii metod pośrednich, tj. mowy spowolnionej, nienaturalnie przeciąganej, nierytmicznej lub sztucznie rytmizowanej, dzięki czemu jest to metoda atrakcyjna dla pacjentów. Stosowane w metodzie zabiegi terapeutyczne prowadzą do poprawy koordynacji oddychania, fonacji i artykulacji z wykorzystaniem umownych ruchów rąk. W metodzie stosuje się dwa zasadnicze typy ćwiczeń: ćwiczenia startu mowy i ćwiczenia toku mowy. W obu przypadkach stosowane są określone (dyrygujące) ruchy rąk odtwarzające poprawny przebieg mówienia, co w prawidłowy sposób organizuje na nowo mowę pacjenta. Istotnym elementem ćwiczeń jest podział wypowiedzi na regularne frazy, które są rozdzielone 1–2-sekundową pauzą na nabranie oddechu, co ułatwia programowanie i autokontrolę wypowiedzi. Trening zsynchronizowanych czynności ręczno-mownych prowadzi do automatyzacji nowych, prawidłowych mechanizmów sterujących mową, eliminując przy tym działania dawnych, nieprawidłowych (Engiel, 1976, 1977; Kostecka, 2004; Sidor, 2011; Tarkowski, 1999a, 1999b; Tarkowski, Okrasińska, 2018; Woźniak, 2016, 2018, 2019). Metoda Zofii Engiel jest traktowana przez niektórych klinicystów jako kompleksowy program terapii jąkania (Chęciek, 1993, 2007, 2010; Tarkowski, 1999).

□ **Metoda naturalnego rytmu mowy (NRM)** – autorstwa Tomasza Woźniaka (Woźniak, 2018) zaliczana jest do grupy metod rytmizowania wypowiedzi, ale wykorzystuje także techniki oddechowe i modyfikacyjne oraz elementy oddziaływań



psychoterapeutycznych. Podstawą do jej opracowania były metody: Dave'a McGuire'a i Charlesa Van Ripera (1971) oraz metoda Zofii Engiel (Engiel, 1976, 1977).

W metodzie NRM podstawą ćwiczeń jest zewnętrznie wprowadzany naturalny rytm mowy, przy czym sposób mówienia nie powinien być jednak sztucznie rytmizowany (sylabizowany) czy spowolniony. Według autora metody: „Stymulacja rytmiczna powinna wpływać na dominującą dla mowy półkulę mózgu i wykorzystywać autokontrolę czuciową przy wykorzystaniu ruchów rąk (głównie ręki prawej), ale także autokontrolę obejmującą proprioceptywną kontrolę ruchów narządów oddechowych i artykulacyjnych” (Woźniak, 2018, 585). Stosowane w metodzie ćwiczenia obejmują sposoby radzenia sobie z nie płynnością na starcie frazy i w jej toku. Wykorzystuje się również podparcie oddechowe, większy nacisk kładzie się jednak na koordynację oddechu, fonacji i artykulacji (oddech przeponowy stosuje się jedynie w przypadku znacznej spastyczności i nieprawidłowego toru oddechowego). Trening mówienia powinien być prowadzony w naturalnych interakcjach, a uzyskana poprawa płynności podtrzymywana przez konsekwentny trening oraz zmianę stylu komunikacji i życia (Woźniak, 2016, 2018).

□ **Technika naturalnego rytmu mowy (TNRM)** – odnajdujemy ją w metodzie Z. Engiel (1976, 1977) oraz metodzie NRM T. Woźniaka (2018). Celem i wzorcem techniki jest mowa o prawidłowym, naturalnym przebiegu, która jest najbardziej akceptowalna dla osób jękających się. TNRM jest zbieżna w swoich założeniach z technikami oddechowymi, lecz w większym stopniu eksponuje rolę wspomagania koordynacji oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnej rytmicznymi ruchami rąk, które powinny być spójne z naturalnym rytmem mowy. Wypracowana przez pacjenta rytmiczność wypowiedzi jest zgodna nie tylko z fizjologiczną organizacją procesów motorycznych związanych z mową, ale również z procesami organizacji informacji w mózgu (Woźniak, 2019).

□ **Logorytmika** – metoda stosowana w terapii osób jękających się, oparta na rytmie muzycznym z zastosowaniem słowa i ruchu (Rozentalowa, 1971, 1976), dzięki której można ćwiczyć zarówno tempo i rytmizację ruchów, jak też tempo i rytmizację mowy (Kamińska, 2010; Kilińska-Ewertowska, 1987, 1993; Tarkowski, 1992, 1999a; Walencik-Topiłko, 1998, 2010, 2016; Walencik-Topiłko, Brych, 2020; Woźniak, 2018). Istotą ćwiczeń logorytmicznych jest uwrażliwienie i zwrócenie uwagi na zjawiska wspólne dla muzyki i wypowiedzi – rytm, tempo, wysokość i głośność dźwięku, akcentację, frazowanie i artykulację (Kilińska-Ewertowska, 1987, 1993). Logorytmika obejmuje cztery podstawowe grupy ćwiczeń: ruchowe, słuchowe, inhibicyjno-incytacyjne i słowno-ruchowe (Walencik-Topiłko, Brych, 2020).

□ **Gesty ułatwiające mówienie** – rytmiczne gesty (np. ruchy ręką lub palcem), które zsynchronizowane z wypowiedzią ułatwiają płynne mówienie. Wykorzystywane są często przez autorów programów terapii jękania w różnorodny sposób i pod różnymi

nazwami. Należy jednak podkreślić, iż gesty ułatwiające mówienie stosuje się jedynie w początkowej fazie ćwiczeń, aby nie stały się one nawykiem (Borel-Maisonny, za: Styczek, 1980).

- *Gesty ułatwiające mówienie* – polegają na kreśleniu sinusoidy (o łagodnym zarysie) w trakcie wypowiedzania każdej frazy w sposób niewidoczny (np. palcem) (Styczek, 1980; Sidor, 2011).
  - *Rytmiczna, naturalna gestykulacja* – to jedna z metod kompleksowego i zróżnicowanego postępowania stosowana w pracy z osobami jąkającymi się. Pomaga ona w przezwyciężeniu trudności w wypowiedzaniu się. Ruch gestykulacyjny (dynamiczny i obszerny) powinien być zsynchronizowany z wypowiedzianym słowem (w rzeczywistości powinien wyprzedzać o ułamek sekundy ruch artykulacyjny) (Bochniarz, 2009).
  - *Gest upłynniający-rytmizujący („gesty płynności”)* – paraboliczny ruch dłonią wiodącej ręki (gdzie jeden ruch przypada na 2–3 sylaby). Przez pierwsze dwa lub trzy tygodnie ruch wykonywany jest ręką, a następnie zredukowany do ruchu palcem wskazującym, przy czym początek mówienia powinien zbiegać się w czasie z początkiem wydechu i początkiem wykonywania ruchu (Chęciek, 2007).
  - *Zsynchronizowanie mowy z ruchami palców ręki wiodącej*, dyktującymi rytmiczno-intonacyjny schemat frazy – ręka odgrywa rolę pamięci nowego stereotypu mówienia, a z upływem czasu staje się automatycznym kontrolerem mowy i nowego, wewnętrznego stanu psychicznego pacjenta, do momentu, gdy nawyk płynnej, swobodnej mowy przechodzi na poziom podświadomości i nie ma już potrzeby wykorzystania ręki. Istotna jest również przy tym intonacja oraz uwzględnienie związku pomiędzy mową a określonymi ruchami ciała (mimiką, gestem, itp.) (Ariuntian, 1997; Kostecka, 2004).
  - *Wystukiwanie sylab* – technika (opisana powyżej) polegająca na mówieniu sylabami wspomaganym ruchem ręki wiodącej, co zapewnia płynność w łączeniu sylab w wyrazy (Kowalczyk, 2018; Szamburski, 2009, 2017).
  - *Rytmogesty* – to obszerne, płynne ruchy rąk towarzyszące wymowie samogłosek. Z uwagi na to, iż płynność ruchu działa stymulująco na mowę, pełnią one funkcję wspomagającą czynność mówienia i wpływają pozytywnie na poprawienie jej ogólnej wyrazistości (m.in. poprzez ograniczanie skandowania, uwydatniając przy tym rolę samogłosek) (Młynarska, Smereka, 2000; Kamińska, 2010)
  - *Gesty naturalne ułatwiające mówienie* – stanowią połączenie ruchu, oddechu i mowy (Engiel, 1976, 1977; Woźniak, 2018, 2019).
- *Technika przepływu powietrza* (Chęciek, 1993, 2007; Kostecka, 2004), zwana również *techniką swobodnego przepływu powietrza* (Błachnio, Przepiórka, 2013; Tarkowski, 1999a) lub *techniką pasywnego przepływu powietrza* (Schwartz, 1974, za: Mrozowska, 2016) – została opracowana i opisana przez amerykańskiego patologa



mowy Martina F. Schwartz, który podkreślał znaczenie nadmiernego napięcia krtani podczas jąkania. Technika opiera się na odkrytym przez autora zjawisku zaciskania fałdów głosowych pod wpływem stresu na ułamek sekundy przed rozpoczęciem mówienia (Mrozowska, 2016). Dwa główne składniki tej techniki to: pasywny/swobodny przepływ powietrza oraz wydłużenie pierwszej wymawianej głoski. Osoba jąkająca się uczy się przydechu / bezgłosnego „westchnienia” (częściowo chuchającego nastawienia głosu), który ma poprzedzać wypowiedziane dźwięki (Chęćek, 2007). Następnie, rozpoczynając od przydechu, delikatnie wymawia sylabę, dbając o przedłużenie pierwszej głoski, później w ten sam sposób realizuje wyraz, frazę i zdanie. W końcowej fazie ćwiczeń westchnienie jest redukowane, a w jego miejsce pojawia mowa (Błachnio, Przepiórka, 2013). Stosowanie tej techniki umożliwia płynne rozpoczynanie wypowiedzi bez zwarć krtaniowych. Uzyskanie płynności przez jąkającego się pacjenta przy jej wykorzystaniu jest stosunkowo łatwe, utrzymanie względnie trwałej płynności wymaga jednak systematycznej pracy (Kostecka, 2004).

□ **Techniki oddechowe (TO)** – grupa różnych sposobów kontroli oddechu w celu poprawy płynności mowy (Woźniak, 2019).

*Technika kontrolowanego oddychania* ma na celu relaksację mięśni zaangażowanych w mowę w obrębie układu oddechowego, krtani i nasady w wyniku swobodnego i głębokiego oddychania, z regularnymi pauzami (Woźniak, 2019). Według Tarkowskiego (1999a, 1999b) *kontrolowane oddychanie* jest jednym z najbardziej kontrowersyjnych sposobów zmniejszania nie płynności mówienia, który wdrażany w niewłaściwy sposób może skutkować patologizacją oddychania (nieświadomego automatyzmu). Zaleca się stosować ją bardzo ostrożnie, jedynie u osób jąkających się, które mają poważne zaburzenia oddechu w czasie mówienia. W technice dąży się do wypracowania oddechu brzuszno-przeponowego oraz umiejętności świadomego zwolnienia fazy oddechowej za pomocą kontroli napięcia mięśni oddechowych, co wydłuża i reguluje fazę oddechową (*appoggio*) (Chęćek, 1997; Mitrinowicz, 1952; Tarkowski, 1999a, 1999b; Woźniak, 2019). Umiejętne zastosowanie *techniki appoggio* daje możliwość świadomego, prawidłowego oddychania. Nauka techniki powinna odbywać się pod okiem doświadczonego terapeuty i łączyć się z samodzielnie wykonywanymi ćwiczeniami. Proces terapeutyczny rozpoczyna się od gruntownej oceny dotychczasowego sposobu oddychania i podjęcia decyzji, czy pacjent wymaga nauki prawidłowego sposobu oddychania i eliminacji nieprawidłowych nawyków, czy jedynie doskonalenia prezentowanego już sposobu oddychania. Następnie zależnie od podjętej decyzji wprowadza się szereg ćwiczeń, których celem jest wypracowanie u jąkającego się oddechu brzuszno-przeponowego oraz umiejętności kontrolowania napięcia mięśni aparatu oddechowego i świadomego wydłużania fazy wydechowej (Majzner, Tomiczek, 2015).

□ **Mówienie chóralne** (Adamczyk, 1993; Adamczyk, Kusznik-Jóźkowiak, Sadowska, 1976; Adamczyk, Smółka, Kusznik, 1977; Chęciek, Bażański, 2020; Chęciek, Bijak, Kamińska, 2014; Tarkowski, 1993; Walencik-Topiłko, online, Woźniak, 2016) – polega na jednoczesnym, zsynchronizowanym w czasie mówieniu tego samego tekstu przez co najmniej dwie osoby. Dostarczanie wzorca wypowiedzi z zewnątrz (drogą słuchową) prowadzi w efekcie do naturalnego spowolnienia mówienia nadającego płynność wypowiedzi (przy czym płynność mówienia wzrasta wraz z liczebnością chóru). Technika ta jest stosowana w procesie terapii najczęściej w połączeniu z echokorekcją (tzw. mówienie chóralne z tzw. „echem zapamiętanym”) i techniką przedłużonego mówienia (TPM).

□ **Metoda cienia** – powstała na bazie badań nad opóźnionym sprzężeniem zwrotnym (efekt Lee), podobnie jak metoda „Echo”. Wykorzystywano ją jako dystrakcję, czyli przekierowanie uwagi z jednego bodźca na inny (Niczyporuk, 2017), tj. odwracanie uwagi od własnej wypowiedzi i kierowanie jej na innego mówcę (Kondáš, 1983). Opanowanie metody zajmuje pacjentowi przeciętnie 3–4 sesje terapeutyczne, w czasie których terapeuta mówi lub czyta tekst (100–300 wyrazów), osoba jąkająca się powtarza go natomiast z opóźnieniem jednego, maksymalnie dwóch wyrazów (Kondáš, 1983). Pacjent podąża za terapeutą „jak cień” (Tarkowski, 1999a). O. Kondáš zastosował metodę cienia w pracy z małymi dziećmi, wykorzystując w tym celu teatrzyk kukiełkowy. W czasie odgrywania scenek aktor – dziecko mówiło synchronicznie z suflerem – terapeutą. Zabawa w teatr z udziałem matki w roli suflera powtarzana była w domu codziennie (15–30 minut) (Tarkowski, 1992). Metoda doczekała się wielu przekształceń i ulepszeń. Modyfikowano ją, np. łącząc maskowanie białym szumem (rodzaj szumu akustycznego o całkowicie płaskim widmie) z techniką cienia pod postacią mówienia towarzyszącego lub wspólnego czytania (Tarkowski, 1999a).

□ **Pauzowanie** – polega na stosowaniu krótkich pauz pomiędzy wypowiedziami (np. pomiędzy frazami) w celu „zebrania” myśli, przygotowania aparatu mowy do dalszej wypowiedzi i pobrania powietrza potrzebnego do dalszego mówienia (Chęciek, 2007; Chęciek, Bijak, Kamińska, 2014; Engiel, 1976, 1977; Kostecka, 2004; Węsierska, Zipper-Malina, 2009; Woźniak, 2018, 2019). Odpowiednie stosowanie pauz poprawia płynność mówienia osoby jąkającej się i pomaga w przezwyciężaniu lęku przed ciszą lub zbliżającym się blokiem (Kostecka, 2004).

□ **Trening negatywny** (Błachnio, Przepiórka, 2013; Tarkowski, 1999b), *technika negatywnej praktyki* (Chęciek, 2007; Chęciek, Bijak, Kamińska, 2014), *celowe jąkanie się* (Emerick 2015; Chęciek, 2007) – pomaga przede wszystkim zredukować uczucie lęku przed mówieniem. Jeżeli osoba jąkająca się jest gotowa jąkać się celowo, nie musi się obawiać i ukrywać swojego jąkania (Emerick, 2015). Tarkowski, powołując się na badania prowadzone pod koniec XX wieku nad wykorzystaniem treningu



negatywnego w celu usuwania jąkania, pisze o zjawisku „przetrenowania”, zgodnie z którym czynność powtarzana przesadnie długo i z dużą koncentracją pogarsza wynik (Tarkowski, 1999a, 1999b, 2001). Pacjent powtarza każde nie płynnie wypowiedziane słowo, frazę lub zdanie, dokładnie odtwarzając wszystkie objawy jąkania tak długo, aż wypowie je płynnie (Błachnio, Przepiórka, 2013). Jest to często uciążliwe zarówno dla pacjenta, jak i samego logopedy i może powodować zniechęcenie (Tarkowski, 1999b).

Odzwierciedleniem treningu negatywnego w powyższej formie jest **metoda Bryngelсона**, która polega na świadomej kontroli nie płynności. Jąkający się symuluje w niej jąkanie wraz ze wszystkim objawami, co ma na celu minimalizowanie objawów lęku przed jąkaniem (Błachnio, Przepiórka, 2013).

Chęć (2007) próby celowego jąkania, czyli tzw. technikę negatywnej praktyki, wykorzystuje do uświadomienia jąkającemu się pełnego obrazu zaburzenia. Podkreśla, że zrozumienie mechanizmu występujących objawów jąkania prowadzi do poprawy płynności mówienia (por. z analizą objawów jąkania opisaną powyżej). Zaleca, by próby celowego jąkania się każdorazowo zakończyć celowym płynnym mówieniem (Chęć, 2007, 2010; Chęć, Bijak, Kamińska, 2014)

□ **Analiza objawów jąkania** – opiera się na drobiazgowym wyodrębnieniu i analizie wszystkich objawów jąkania (częstotliwości i charakteru blokowania, współruchów, reakcji vegetatywnych oraz reakcji unikania) przez osobę jąkającą się oraz terapeutę. Celem obserwacji i analizy jest uświadomienie pacjentowi obrazu jego zaburzenia, które ma służyć nauce autokontroli. W metodzie tej wykorzystuje się nagrania audio i wideo diagnozy, sesji terapeutycznych oraz naturalnych sytuacji. Warto nadmienić, iż wielu pacjentów z powodu negatywnych emocji towarzyszących jąkaniu nie jest gotowych, aby dokonać takiej analizy i skonfrontować się ze wszystkimi fizjologicznymi objawami swojego jąkania (Tarkowski, 1999a).

□ **Kontakt wzrokowy** – utrzymywanie kontaktu wzrokowego z rozmówcą stanowi podstawę prawidłowego bezstresowego porozumiewania się, bez logofobii (lęku przed mówieniem) (Chęć, 2007; Chęć, Bijak, Kamińska, 2014).

□ **Metoda Gutzmana** – została stworzona przez niemieckiego lekarza foniatrę (zajmującego się badaniem zaburzeń mowy z punktu widzenia medycznego) (Prużewicz, 1992). Celem opracowanej przez Gutzmana metody jest poprawa płynności mówienia poprzez zharmonizowanie pracy aparatu oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnego. Zaproponowane przez autora ćwiczenia przebiegają zgodnie z uwzględnieniem zasad stopniowania trudności. Osoba jąkająca się rozpoczyna pracę nad poprawą płynności mowy od ćwiczeń oddechowych, podczas których bezszelестnie wdycha powietrze (przez otwarte usta), następnie długo i równomiernie wydycha je, jednocześnie kontrolując ruch klatki piersiowej za pomocą ułożonych na niej dłoni. Kolejnym etapem są ćwiczenia głosowe, podczas których pa-

cient przechodzi od chuchania do szeptu oraz od szeptu do pełnego głosu. W celu uniknięcia zwarć krtaniowych przejścia powinny być delikatne, łagodne. Następnie wprowadza się ćwiczenia artykulacyjne kolejno: w izolacji, sylabach i wyrazach, rozpoczynając od głosek szczelinowych, poprzez zwarto-szczelinowe, a kończąc na głosekach zwartych (Przepiórka, Błachnio, 2013; Tarkowski 1999a, 1999b).

□ **Metoda Froeschelsa** – inaczej nazywana *metodą żucia*, bazuje na założeniu autora (austriackiego laryngologa i specjalisty terapii mowy), że typowe dla jąkania skurcze można zlikwidować poprzez ruchy żucia podczas mówienia. Wykorzystanie tej metody wymaga od pacjenta pokonania oporu przed nienaturalnym sposobem mówienia. Terapeuta wyjaśnia pacjentowi podobieństwa i różnice między żuciem i mówieniem. Zaleca żucie podczas mówienia (w zwolnionym tempie) i ciągłe myślenie o żuciu. Pracę rozpoczyna się od ćwiczeń w czytaniu zautomatyzowanych ciągów słownych, następnie przechodzi do mówienia fraz, zdań i dłuższych wypowiedzi, cały czas koncentrując się na „przeżuwanie” kolejnych sylab. Dodatkowo jąkającemu się pacjentowi udziela się wsparcia psychologicznego (Przepiórka, Błachnio, 2013; Tarkowski, 1999a).

□ **Metoda Fernau-Horn** – autorką metody jest niemiecka logopeda i filolog Helene Fernau-Horn, która definiowała jąkanie jako „nerwicę mowy”. W 1956 roku opublikowała koncepcję metody *rzutu oddechem*, opartą na funkcji oddechu i artykulacji. Metodę stanowi zbiór ćwiczeń oddechowych oraz trening przebiegów słownych. Pacjentowi, w sposób zależny od jego wieku, przedstawia się sposób oddychania przeponowego. Młodszym prezentuje się sposób oddychania na miechu, który szybko unosi się, a następnie powoli wraca do pierwotnej pozycji. Starszą młodzież i dorosłych zachęca się natomiast do łączenia oddychania z wizualizowaniem ruchu fali morskiej, które ma służyć do uspokojenia mówienia i rytmizacji (Tarkowski, 1999a).

□ **Metoda Liebmann**a – to kolejna z grupy metod odwracających uwagę od aktu mówienia, która została opracowana przez niemieckiego lekarza zajmującego się zaburzeniami mówienia. Opiera się na założeniu, że oddychanie i artykulacja odbywają się automatycznie. W związku z tym nie ma potrzeby prowadzenia jakichkolwiek ćwiczeń oddechowych, fonacyjnych czy też artykulacyjnych, gdyż prowadzenie ich stanowi nienaturalne, a nawet szkodliwe działanie dla mowy (Tarkowski, 1999a). Autor proponuje pracę terapeutyczną prowadzoną w etapach. Etap I poświęcony jest odwróceniu uwagi jąkającego się pacjenta od sposobu mówienia poprzez równoczesne, chóralskie czytanie lub wypowiedzianie krótkich zdań. W etapie II kontynuowane są ćwiczenia równoczesnego mówienia, przy czym napięcie głosu terapeuty obniża się aż do całkowitego wyciszenia przy zachowaniu ruchów artykulacyjnych. W etapie III pacjent powtarza krótkie opowiadanie (początkowo po jednym zdaniu, następnie w całości, we własnej wersji). Ostatni, IV etap stanowią



ćwiczenia służące opanowaniu i swobodnej, naturalnej rozmowie. Kluczowe jest, aby pacjent cały czas był skoncentrowany na treści konwersacji, czy opowiadania, a nie na sposobie mówienia (Błachnio, Przepiórka, 2013).

□ **Maskowanie** (Byrne, 1989; Kurkowski, 2013; Tarkowski, 1999a; Woźniak, 2016) – polega na celowym zagłuszeniu mowy pacjenta poprzez podanie do uszu dźwięku o odmiennym natężeniu, wysokości lub charakterze (hałasu lub szumu), co prowadzi do obniżenia kontroli słuchowej wypowiedzi i poprawy płynności mówienia (Byrne 1989). W swoich założeniach wykorzystuje efekt Lombarda (refleks Lombarda) – mowę lombardzką. Efekt ten występuje w sytuacji, kiedy osoba mówiąca w hałasie w nieuświadomiony sposób zmienia pewne cechy akustyczne własnej mowy (zmiany obejmują m.in. zwiększenie poziomu natężenia dźwięku, podniesienie częstotliwości podstawowej formantów, zwiększenie długości trwania samogłosek) (Kąkol, Kostek, 2018). Zdaniem Kurkowskiego (2013) wpływ sygnału maskującego (*maskingu*) na poprawę płynności mówienia wynika ze zniesienia nieprawidłowej kontroli słuchowej i głośnego mówienia.

□ **Aparat edynburski** – urządzenie skonstruowane w Edynburgu w drugiej połowie XX wieku w celu poprawiania płynności mówienia z wykorzystaniem efektu maskowania. Aparat składa się z dousznych wkładek (podobnych do tych stosowanych w aparatach słuchowych), minimikrofonu umieszczonego w okolicach krtani oraz małego, elektronicznego aparatu. Aparat uruchamia się jedynie w momencie mówienia i emituje głośny szum, przesyłając go do uszu mówiącego. Kiedy ustaje mówienie, szum zanika. Urządzenie stosuje się u dorosłych jękających się pacjentów, u których zawiodły konwencjonalne metody. Należy jednak pamiętać, iż częste korzystanie z aparatu edynburskiego może powodować uzależnienie od urządzenia elektronicznego, które z czasem może stać się swoistą protezą. Dlatego po uzyskaniu wielu doświadczeń w płynnym mówieniu powinno się rezygnować ze stosowania aparatu (Byrne, 1989; Kostecka, 2004).

Powyższy przegląd warto wzbogacić o krótkie charakterystyki wybranych metod i technik prezentowanych najczęściej w literaturze anglojęzycznej.

□ **Easy start** (łatwy start), **Easy beginning**, **Easy onset** (łatwe rozpoczęcie, początek), **Gentle starts** (GS) (delikatne starty) – ma na celu zminimalizowanie napięć fizycznych prowadzących do nasilonego jękania się. Technika polega na łatwiejszym rozpoczęciu słowa, frazy lub zdania przy zmniejszonym napięciu psychicznym (Cooper, Cooper, 2003; Ramig, Bennett, 1997a, za: Reardon-Reeves, Yaruss, 2013), zarówno rozpoczynających się samogłoskami, jak i spółgłoskami (Langevin, Kully, Ross-Harold, 2007). Niektórzy klinicyści zachęcają do rozpoczynania wypowiedzi w wolniejszym tempie, aby zwiększyć płynność, ułatwiając efekt delikatnego, łatwego startu (Campbell, 2003, za: Reardon-Reeves, Yaruss, 2013). Możliwe jest również wprowadzenie lekkiego przedłużenia początkowego dźwięku (Murphy,



1989, za: Reardon-Reeves, Yaruss, 2013), jak też rozpoczynanie wypowiedzi z delikatnym przydechem i stopniowym wzrostem głośności (pełna głośność osiągnięta jest już w obrębie pierwszej sylaby) (Langevin, Kully, Ross-Harold, 2007; zob. Guitar, 2014) (por. z opisem TDSM).

□ **Prolongation** (przedłużenie, wydłużenie, rozciąganie), **prolonged speech** (mowa przedłużona) (Ingham, 1984; Onslow, Costa, Andrew, Harisson, Packman, 1996; Webster, 1980) – technika polegająca na redukowaniu szybkości mówienia (od 40 do 60 sylab na minutę) w celu uzyskania poprawy płynności wypowiedzi u osób jękających się, a następnie na stopniowym zwiększaniu szybkości mówienia, aż do momentu, gdy zacznie on używać mniej więcej normalnego tempa mowy, zachowując jednocześnie płynność wypowiedzi. Istotne jest przy tym, iż przedłużane są jedynie samogłoski, spółgłosek natomiast nie przedłuża się, spowolnione są wyłącznie przejścia między nimi. Pomimo wydłużenia czasu trwania sylab prozodia wypowiedzi powinna być zbliżona do naturalnej. Wprowadzając technikę u dzieci, stosuje się metaforę „rozciągania” mowy jak gumki, co pomaga w uzyskaniu płynności w mówieniu (por. z opisem TPM).

□ **Smooth speech** (TSS) (mowa łagodna, gładka) – stanowi wariant techniki **prolongation** (przedłużenie, wydłużenie). Składa się z trzech elementów: ćwiczeń regulacji fonacyjnej, ćwiczeń korekcji toru głosowego i płynnego przejścia między słowami. Ćwiczenia fonacyjne odnoszą się do stopniowego rozpoczynania fonacji (wprowadzenia przydechu przy realizacji samogłosek). Ćwiczenia toru głosowego polegają na wytwarzaniu spółgłosek zwartych w sposób nieutrudniający przepływu powietrza (zmniejszania siły zwarcia). Łagodne (gładkie) przejście to natomiast stopniowy, ciągły ruch od sylaby do sylaby bez zatrzymywania strumienia powietrza, czyli utrzymanie ciągłej wokalizacji. W TSS stosunkowo szybko przechodzi się od mowy spowolnionej do naturalnej (Cooper, Cooper, 1985, za: Bennett, 2006; Craig, 2010; Woźniak, 2019) (por. z opisem TPM, TDSM i mówienia śpiewnego).

□ **Smooth Blending** (SB) („*Hooking*”, „*Linking*”) – gładkie, płynne łączenie (zwane również „hakowaniem” lub „połączeniem”) – istotą tej techniki jest ciągły, jednostajny przepływ powietrza oraz płynnie poruszające się narządy artykulacyjne pomiędzy frazami realizowanymi na jednym wydechu. Właściwości brzmieniowe poszczególnych głosek pozostają niezmienione. Powoduje to zmniejszenie napięcia w obrębie aparatu mowy oraz zwolnienie tempa mówienia (Langevin, Kully, Ross-Harold, 2007) (por. z opisem TPM i technik oddechowych).

□ **Light Touches** (LT) – lekkie dotknięcia (Langevin, Kully, Ross-Harold, 2007, **Light contact** – delikatny kontakt (Cooper, Cooper, 2003; za: Reardon-Reeves, Yaruss, 2013; Guitar, 2014; Reardon-Reeves, Yaruss, 2013) – podobnie jak techniki **easy start** (łatwy start) i **gentle onsets** (łagodne początki) technika pozwala na obniżanie napięcia w obrębie narządów artykulacyjnych, co zapobiega blokowaniu się na spół-



głoskach i zmniejsza prawdopodobieństwo jąkania się. Mimo, iż kontakty artykulatorów są delikatne, głoski pozostają wyraźne (zachowany jest sposób artykulacji głosek) (por. z opisem TDSM).

□ *Easy breathing (EB)* (łatwe oddychanie) (Langevin, Kully, Ross-Harold, 2007) – technika wykorzystująca mówienie w rytm oddechu, polegająca na umiejętnym gospodarowaniu powietrzem, kształtującym właściwy dla fonacji cykl oddechowy. Charakteryzuje się swobodnym ruchem mięśni brzucha i ściany klatki piersiowej. Wdech jest pełny (ale nie przekracza normalnej objętości płuc). Przejście do wydechu jest łagodne i dostosowane do frazowania (por. z opisem TNRM, metody NRM i metody Z. Engiel).

□ *Pausing* (pauzowanie) (Guitar, 2014), *pausing and phrasing* (pauzowanie i frazowanie) (Reardon-Reeves, Yarus, 2013) – technika polegająca na zastosowaniu krótkich pauz pomiędzy frazami, co pozwala na zmniejszenie napięcia mięśni i na zebranie myśli. Używając pauz i elastycznego tempa, osoba jękająca się (przewidując możliwość pojawienia się bloku) przygotowuje się do powiedzenia trudnego dla niej słowa w nieco wolniejszym tempie (Guitar, 2014; Campbell, 2003, Conture, 2001) (por. z opisem pauzowania).

□ *Rhythmic Speech* (mowa rytmiczna, mówienie rytmiczne) – technika opierająca się na obserwacji, że rytmiczne wymawianie sylab lub słów (do regularnego rytmu) powoduje poprawę płynności mowy. Jednym z programów rytmicznej terapii mowy (realizowanym bez użycia metronomu) jest program *Syllable-Timed Speech – STS* (Andrews, O'Brian, Harrison, Onslow, Packman, Menzies, 2012; Law, Packman, Onslow, 2018; Yairi, Seery, 2011) (por. z opisem rytmizacji mówienia).

Przedstawione powyżej metody i techniki stanowią przegląd dostępnych w literaturze propozycji oddziaływań terapeutycznych kształtujących płynność mówienia, zarówno polskich, jak i zagranicznych autorów. Należy jednak nadmienić, iż nie wszystkie z nich są jednakowo często stosowane przez współczesnych klinicystów. Zaproponowana analiza wskazuje ponadto na pewne cechy wspólne pomiędzy nimi. Pomimo tych podobieństw uwagę zwracają również istotne różnice, które czasem uniemożliwiają jednoznaczne przyporządkowanie ich do polskich „odpowiedników”. Wachlarz dostępnych metod i technik kształtujących płynność mówienia daje logopedom możliwość wyboru odpowiednich strategii terapeutycznych w celu zaplanowania optymalnej terapii. Warto przy tym pamiętać, iż ich wybór jest determinowany przez rodzaj i głębokość zaburzenia, jak też cele założone przez pacjenta oraz jego potrzeby i możliwości, stąd zasadne jest łączenie metod i technik w ramach wybranych podejść terapeutycznych.

---

## Wykorzystanie metod i technik kształtujących płynne mówienie w polskich programach terapii jąkania (M. Chęćek, W. Kostecka, K. Szamburski, Z. Tarkowski)

Program terapii to ogół oddziaływań ukierunkowanych na skorygowanie jąkania lub wyuczenie płynnego mówienia (Szamburski, 2009), stanowiących połączenie różnych metod, technik i form terapii (Kostecka, 2004). Wśród dostępnych obecnie procedur terapeutycznych nie ma jednej, powszechnie przyjętej strategii oddziaływań, która byłaby skuteczna w przypadku wszystkich osób jękających się, a terapia prowadzona jest często metodą prób i błędów.

W ramach zmiany paradygmatu terapii jąkania obecnie preferowane są programy terapeutyczne zawierające: poszczególne techniki i ich kombinacje uporządkowane w określonym strukturalizowanym systemie (Lechta, 2011), co potwierdza również Z. Tarkowski, pisząc, iż postępowanie terapeutyczne jest programem, a nie zbiorem przypadkowo dobranych ćwiczeń, jeżeli ma: określone założenia teoretyczne, uporządkowany zbiór ćwiczeń, program realizacji oraz wskaźniki efektywności terapii (Kostrzewski 1980, za: Tarkowski, 1999a).

Wśród polskich programów terapii jąkania wykorzystujących wybrane metody i techniki kształtujące płynność mówienia często opisywane w literaturze logopedycznej i stosowane przez logopedów są zaprezentowane poniżej w formie tabelarycznej programy autorstwa: M. Chęćka, W. Kosteckiej, K. Szamburskiego i Z. Tarkowskiego<sup>1</sup>.

Tabela 3. *Zmodyfikowany program psychofizjologicznej terapii jękających się* autorstwa Mieczysława Chęćka

<b>Zmodyfikowany program psychofizjologicznej terapii jękających się</b>	
<b>Autor</b>	Mieczysław Chęćek
<b>Cele/ założenia programu</b>	<p><b>Cele:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• usprawnienie płynności mówienia,</li> <li>• eliminowanie stanów logofobii,</li> <li>• likwidowanie reakcji neuromięśniowych i wegetatywnych towarzyszących niepłynnościom.</li> </ul> <p><b>Założenia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• jąkanie jest wynikiem dyskoordynacji ruchowej aparatów: oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego,</li> <li>• terapia jest dostosowana do możliwości oraz potrzeb pacjenta (określanych na podstawie wstępnej diagnozy logopedycznej),</li> </ul>

<sup>1</sup> Autorzy zostali wymienieni w kolejności alfabetycznej.



cd. tabela 3.

<b>Zmodyfikowany program psychofizjologicznej terapii jękających się</b>	
<b>Cele/ założenia programu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zakres oddziaływań terapeutycznych odnosi się zarówno do samego pacjenta, jak i jego najbliższych, którzy wraz z nim aktywnie uczestniczą w procesie terapii,</li> <li>• terapia odbywa się w formie pracy grupowej.</li> </ul>
<b>Adresaci/wiek</b>	Dzieci, młodzież i dorośli.
<b>Etapy terapii</b>	<p><b>Etapy terapii:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>I. Identyfikacja problemu i wprowadzanie zasad dobrej komunikacji (1.-2. miesiąc).</li> <li>II. Ćwiczenia płynnie porozumiewającego się mówcy (2.-3. miesiąc).</li> <li>III. Oswajanie lęków – zmniejszanie stanu logofobii (4.-5. miesiąc).</li> <li>IV. Automatyzacja płynnej mowy (5.-6. miesiąc).</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacjenci uczestniczący w programie już na początkowym etapie terapii zostają wyposażeni w umiejętność stosowania <i>zasad płynnego mówienia</i> (ZPM), które zobowiązani są stosować początkowo w terapeutycznych sytuacjach gabinetowych, a następnie również w codziennych sytuacjach komunikacyjnych.</li> </ul> <p><b>Zasady płynnego mówienia (ZPM):</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Mówienie zwolnione, przedłużone</b> – mówienie z przeciąganiem samogłosek ustnych: <i>a, o, e, u, i, y</i> – w jednakowym iloczynie, a także z nieznacznym wydłużeniem: <i>q, ę</i>, których <i>de facto</i> nie przedłużamy (zgodnie z <i>techniką przedłużonego mówienia</i> – TPM).</li> <li>2. <b>Mówienie płynne</b> – łączenie wymawianych wyrazów bez zwarć krtańowych tzw. <i>legato</i> (w możliwych fonetycznych sytuacjach), wypowiedziane na jednym wydechu fraz, krótkich zdań (bez zbędnych wdechów).</li> <li>3. <b>Mówienie śpiewne</b> – melodyjne (ze zmienną intonacją), niemonotonne i nieskandowane.</li> <li>4. <b>Mówienie pełnymi zdaniami</b> – w trakcie odpowiadania na pytania, opowiadania itp., mówienie terapeutyczne (w formie zdań rozwiniętych) szczególnie w początkowej fazie terapii.</li> <li>5. <b>Mówienie z szerokim otwieraniem jamy ustnej na samogłoskach</b> – utrwalanie zastosowania prawidłowej emisji głosu i dykcji, korygowanie wymowy z tzw. <i>szczękościskiem</i>.</li> <li>6. <b>Mówienie z delikatnym startem</b> – zgodnie z <i>techniką delikatnego startu mówienia</i> – TDSM (delikatny kontakt i zmniejszanie do minimum napięcia mięśni narządów artykulacyjnych oraz ciśnienia powietrza wewnątrz jamy ustnej przy starcie mówienia).</li> <li>7. <b>Wdech przed rozpoczęciem mówienia</b> – jednocześnie przez usta i nos; oddychanie torem brzuszno-przeponowym / środkowym; „ekonomiczne gospodarowanie” powietrzem w fazie wydechowej (emisyjnej).</li> </ol>

cd. tabela 3.

**Zmodyfikowany program  
psychofizjologicznej terapii jękających się**

- Etapy terapii**
8. **Pauszowanie** – stosowanie krótkich pauz (ok. 2–3 sekundy) przed początkiem wypowiedzi, pomiędzy frazami i zdaniami w celu „zebrania myśli” i przygotowania aparatu artykulacyjnego do delikatnego, miękkiego startu mowy.
  9. **Wspomaganie wypowiedzi gestami upłynniająco-rytmizującymi**, czyli parabolicznymi ruchami dłonią (przez pierwsze 2 lub 2 tygodnie terapii), a następnie palcem wskazującym wiodącej ręki; 1 ruch przypada na 2 lub 3 sylaby.
  10. **Zharmonizowanie na starcie mowy: początku wydechu z początkiem mówienia i początkiem wykonywania gestu upłynniająco-rytmizującego.**
  11. **Utrzymywanie kontaktu wzrokowego z rozmówcą**, który stanowi podstawę prawidłowego, bezstresowego porozumiewania się (bez stanów logofobii – lęku przed mówieniem).
  12. **Mówić... mówić... mówić** – poza momentami naturalnego wyciszenia się (np. z zastosowaniem relaksacji lub muzykoterapii) nie unikać sytuacji komunikacyjnych! Starać się mówić z zastosowaniem powyższych *zasad płynnego mówienia* – ZPM.

**Organizacja/  
formy terapii**

- I. **Terapia prowadzona stacjonarnie:**
  - po kilku sesjach diagnostycznych i terapeutycznych praca grupowa przez 6 do 9 miesięcy,
  - pacjent równocześnie utrwała w domu zdobyte w czasie spotkań z terapeutą umiejętności oraz wykonuje zalecane ćwiczenia,
  - po zakończeniu terapii zasadniczej przeprowadzane jest skrócone badanie stanu płynności mówienia oraz stanu logofobii.
- II. **Terapia typu turnusowego:**
  - po diagnozie oraz kilku sesjach terapeutycznych (indywidualnych i grupowych) udział w 12-dniowym intensywnym programie terapeutycznym (tzw. turnusie),
  - udział w turnusie kończy się diagnozą kontrolną – skróconym badaniem stanu płynności mówienia oraz stanu logofobii.
- III. **Terapia podtrzymująca (zarówno po terapii prowadzonej stacjonarnie, jak i turnusowo):**
  - w formie tzw. telefonów terapeutycznych lub/i doraźnych spotkań z terapeutą (przez kolejnych 6 miesięcy),
  - wizyta kontrolna – ocena płynności mówienia i stanu logofobii (po 6 miesiącach),
  - w sytuacji regresu zaleca się powtórzenie programu terapii (lub jego fragmentów).



cd. tabela 3.

<b>Zmodyfikowany program psychofizjologicznej terapii jękających się</b>	
<b>Metody i techniki</b>	<p><b>Metody i techniki kształtujące płynność mówienia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TPM – <i>technika przedłużonego mówienia</i>,</li> <li>• ćwiczenia oddechowo-emisyjno-dykcyjne (m.in. kontrolowane oddychanie),</li> <li>• mówienie śpiewne,</li> <li>• mówienie chóralne,</li> <li>• pauzowanie,</li> <li>• metoda „Echo”,</li> <li>• TDSM – <i>technika delikatnego startu mowy</i>,</li> <li>• trening negatywny,</li> <li>• warunkowanie instrumentalne,</li> <li>• gest upłynniająco-rytmizujący,</li> <li>• technika swobodnego przepływu powietrza,</li> <li>• analiza objawów jękania.</li> </ul> <p><b>Inne metody i techniki:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• relaksacja (w tym wizualizacja, afirmacje, masaże relaksacyjny),</li> <li>• muzykoterapia,</li> <li>• bajkoterapia,</li> <li>• trening dobrego mówcy,</li> <li>• trening umiejętności psychospołecznych,</li> <li>• psychodrama,</li> <li>• elementy socjoterapii,</li> <li>• metody aktywizujące.</li> </ul>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Chęćek, 2007; Chęćek, Bijak, Kamińska, 2014.

**Zmodyfikowany program psychofizjologicznej terapii jękających się** stanowi propozycję zintegrowanych oddziaływań terapeutycznych w stosunku do osób jękających się mających na celu poprawę płynności mówienia i zmniejszenie poziomu logofobii i redukcję objawów wegetatywnych jękania. Ten kompleksowy program wykorzystuje m.in. metody i techniki kształtujące płynność mówienia. Terapia odbywa się zarówno stacjonarnie, jak i turnusowo, w formie pracy grupowej, przy konsekwentnym udziale rodziny, która wraz z pacjentem aktywnie uczestniczy w procesie terapeutycznym.

Tabela 4. Zintegrowany program terapii osób jękających się autorstwa Wandy Kosteckiej

<b>Zintegrowany program terapii osób jękających się</b>	
<b>Autor</b>	<b>Wanda Kostecka</b>
<b>Cele/ założenia programu</b>	<p><b>Cele:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>osiągnięcie zadowalającej płynności mówienia poprzez zastosowanie jednego z trzech podejść:</li> </ul> <p><b>Terapia modyfikacyjna:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>redukcja lęku przed mówieniem (unikania trudnych słów, trudnych emocjonalnie sytuacji),</li> <li>osiągnięcie spontanicznej lub kontrolowanej płynności albo przyjęcie określonego stanu jękania,</li> <li>uzyskanie płynności poprzez stosowanie różnych technik modyfikujących jękanie,</li> <li>utrzymanie płynności mówienia przez redukcję lęku i unikania, walki, napiętego oczekiwania na jękanie, stosowanie różnych technik modyfikacji jękania.</li> </ul> <p><b>Terapia kształcenia płynności mówienia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>problemy lęku i unikania nie są ściśle brane pod uwagę;</li> <li>osiągnięcie spontanicznej lub kontrolowanej płynności;</li> <li>pozbywanie się jękania w warunkach klinicznych oraz środowisku pacjenta,</li> <li>utrzymanie poziomu płynności przez zmianę sposobu mówienia (jeżeli nie ma poprawy płynności, powrót do początku programu leczenia).</li> </ul> <p><b>Terapia połączona:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>zmiana sposobu mówienia,</li> <li>obniżenie lęku przed mówieniem,</li> <li>wzmocnienie pozytywnego stosunku do własnego jękania.</li> </ul> <p><b>Założenia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Program zakłada elastyczność w zakresie diagnozy i postępowania logopedycznego. Terapeuta może wprowadzić inne sposoby diagnozy i oddziaływania dostępne dla niego (na podstawie objawów i potrzeb terapii konkretnych osób jękających się) i uwzględnić je w odpowiednim podejściu (w terapii modyfikacyjnej, kształceniu płynności mówienia lub w terapii połączonej).</li> <li>Nie wszystkie elementy programu muszą być realizowane w odniesieniu do danego pacjenta.</li> <li>Program terapii wynika z dwóch postaw terapeutycznych w postępowaniu z osobami jękającymi się: <ul style="list-style-type: none"> <li>postawy akceptującej jękanie,</li> <li>postawy pracy nad płynnym mówieniem.</li> </ul> </li> </ol>



cd. tabela 4.

<i>Zintegrowany program terapii osób jękających się</i>	
<b>Cele/ założenia programu</b>	<p>4. Program zakłada zastosowanie trzech sposobów oddziaływań terapeutycznych:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>terapię modyfikacyjną</b> – czyli zmianę postawy walczącej w stosunku do zaburzenia na postawę akceptującą, która prowadzi w konsekwencji do obniżenia napięcia mięśni aparatu oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego oraz zwolnienia tempa mówienia,</li> <li>• <b>kształcenie płynności mówienia</b> – oparte na ścisłym programowaniu procesu terapeutycznego (na wstępie ustaleniu poziomu płynności mówienia, następnie opracowaniu programu kształcenia tej płynności w warunkach klinicznych i kolejno w codziennych sytuacjach komunikacyjnych; uzyskanie dobrej płynności bądź pozbycie się jękania będzie uzależnione od systematyczności i wytrwałości osoby ćwiczącej).</li> <li>• <b>terapię łączącą oba powyższe rodzaje postępowania.</b></li> </ul>
<b>Adresaci/wiek</b>	Dzieci, młodzież i dorośli.
<b>Etapy terapii</b>	<p>1. <b>Terapia modyfikacyjna</b> (odbywa się według metody Charlesa Van Ripera):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>I. <b>Faza identyfikacji</b> (omówienie zachowania pacjenta w czasie jękania oraz analiza jego odczuć towarzyszących temu zaburzeniu).</li> <li>II. <b>Faza uodporniania się</b> (redukcja negatywnych reakcji na własne jękanie).</li> <li>III. <b>Faza modyfikacji</b> (wzmacnianie wpływu na sposób realizacji objawów jękania).</li> <li>IV. <b>Faza stabilizacji</b> (utrwalania).</li> </ol> <p>2. <b>Terapia kształcenia płynności mówienia</b> (oparta na ścisłym programowaniu postępowania terapeutycznego):</p> <p><b>I etap: cel – ustalenie poziomu płynności mówienia w warunkach klinicznych:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• metoda wolnej, przedłużonej mowy (<b>cel:</b> uzyskanie jak najlepszej płynności mówienia oraz właściwej kontroli nad swoją mową),</li> <li>• stosowanie miękkiego kontaktu narządów artykulacyjnych w czasie wypowiedzania trudnej głoski,</li> <li>• technika stosowania przydechu do rozpoczęcia fonacji.</li> </ul> <p><b>II etap: cel – przeniesienie osiągniętej płynności mówienia w warunkach klinicznych do codziennego życia.</b></p> <p><b>III etap: cel – utrzymanie poziomu płynności mówienia wypracowanego w poprzednich etapach.</b></p> <p>(na każdym etapie terapii osoba jękająca się jest stymulowana przez logopedę i osoby uczestniczące w sesjach; podczas sesji logopeda ma do dyspozycji: kamerę, magnetofon, stoper lub zegarek z sekundnikiem, obrazki do opowiadania, teksty do czytania).</p>



cd. tabela 4.

<b>Zintegrowany program terapii osób jękających się</b>	
<b>Etapy terapii</b>	<p><b>3. Terapia połączona – etapy:</b></p> <p><b>I etap:</b> Budowanie płynności mówienia w warunkach klinicznych. (wymagany jest stan zupełnej płynności; jeśli u pacjenta występują zająknięcia, powtarza ćwiczenia; jeśli mówi płynnie przez 5 minut, przechodzi do ćwiczeń o wyższym poziomie trudności.</p> <p><b>II etap:</b> Utrwalenie uzyskanej płynności mówienia w otoczeniu klinicznym i poza kliniką.</p> <p><b>III etap:</b> Utrzymanie uzyskanej płynności mówienia przez terapię modyfikacyjną. (program terapii połączonej może być realizowany w <b>kursie intensywnym</b> lub <b>kursie zwolnionym</b>)</p>
<b>Organizacja/ formy terapii</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia odbywa się w formie indywidualnej i grupowej.</li> <li>• W przypadku terapii połączonej program może być realizowany w <b>kursie intensywnym</b> – 2 dni po 8 godzin dziennie lub w <b>kursie zwolnionym</b> – 2 sesje tygodniowo.</li> </ul>
<b>Metody i techniki</b>	<p><b>Terapia modyfikacyjna</b> – odbywa się według metody Charlesa Van Ripera*.</p> <p>I. <b>Kształtowanie płynności mówienia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• metoda wolnej, przedłużonej mowy (dla osób &gt;12 roku życia),</li> <li>• pauzowanie,</li> <li>• stosowanie miękkiego kontaktu narządów artykulacyjnych w czasie wypowiedzania trudnej głoski,</li> <li>• miękkie nastawienie aparatu głosowego,</li> <li>• technika stosowania przydechu do rozpoczęcia fonacji.</li> </ul> <p>II. <b>Terapia połączona:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• metody i techniki kształtowania płynności mówienia,</li> <li>• metody i techniki modyfikacji jękania.</li> </ul> <p style="font-size: small; margin-top: 10px;">* Z uwagi na temat i cel niniejszego opracowania w tabeli uwzględniono jedynie metody i techniki stosowane w podejściu kształtowania płynności mówienia. Szczegółowy opis programu W. Kosteckiej znajduje się w książce pt. <i>Zintegrowany program terapii osób jękających się</i> (2004).</p>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Kostecka, 2004.

**Zintegrowany program terapii osób jękających się** zakłada elastyczność w zakresie diagnozy i postępowania logopedycznego (adekwatnie do potrzeb i preferencji pacjenta), co oznacza, że nie wszystkie elementy programu muszą być realizowane w odniesieniu do danego pacjenta. Uwzględnia on oba podejścia do terapii jękania: modyfikację jękania (związaną ze zmianą postawy walczącej w stosunku do za-



burzenia na postawę akceptującą) oraz kształtowanie płynności mówienia, a także połączenie tych dwóch podejść. Program terapii bazuje na dwóch postawach terapeutycznych w postępowaniu z osobami jękającymi się: akceptującej jękanie oraz postawie pracy nad płynnym mówieniem.

Tabela 5. Program terapeutyczny jękania autorstwa Krzysztofa Szamburskiego

<i>Program terapeutyczny jękania</i>	
<b>Autor</b>	<b>Krzysztof Szamburski</b>
<b>Cele/założenia programu</b>	<p><b>Cele:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• niwelowanie bądź osłabianie występujących objawów niepłynności,</li> <li>• umiejętność radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych,</li> <li>• zrozumienia przez podmiot różnych mechanizmów determinujących jego aktualne funkcjonowanie, a także wcześniejsze uwarunkowania tego, co dzieje się w teraźniejszości,</li> <li>• satysfakcjonujące funkcjonowanie społeczne.</li> </ul> <p><b>Cele terapii (w zależności od długości trwania jękania):</b></p> <p><b>I. Terapia dla dzieci (wiek 2.–7. r.ż.):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rozwiązanie sytuacji konfliktowej, w której znalazło się dziecko, poprzez oddziaływanie na jego opiekunów lub inne ważne dla dziecka osoby;</li> <li>• uczenie dziecka relaksacji.</li> </ul> <p><b>II. Terapia jękania częściowo utrwalonego (wiek 7.–15./18. r.ż.):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rozwiązanie sytuacji konfliktowej, często z udziałem jękającego się pacjenta;</li> <li>• nauka płynnego mówienia;</li> <li>• relaksacja i desensytyzacja;</li> <li>• uczenie radzenia sobie w grupie rówieśniczej (w szkole i w środowisku).</li> </ul> <p><b>III. Terapia w jękaniu rozwiniętym (po 18. r.ż.):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nauka płynnego mówienia;</li> <li>• relaksacja i desensytyzacja;</li> <li>• praca nad lękiem wtórnym poprzez naukę umiejętności społecznych i asertywności;</li> <li>• praca nad lękiem pierwotnym, czyli próba rozwiązania sytuacji konfliktowej, która trwa lub ma charakter „historyczny”;</li> <li>• ewentualna praca z rodziną pierwotną lub partnerem życiowym.</li> </ul> <p><b>Założenia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jękanie jest zaburzeniem automatyzacji procesów nadawania mowy spowodowanym przeżywaniem przez osobę jękającą się bardzo silnych emocji, głównie lęku. Prawdopodobnie jest wynikiem silnej stymulacji zwojów podstawy mózgu przez ciało migdałowe.</li> <li>• Jękanie ma charakter wyuczony, ponieważ pierwotnie chroni przed lękiem, którego redukcja utrwała objawy.</li> </ul>

cd. tabela 5.

<i>Program terapeutyczny jąkania</i>	
<b>Cele/ założenia programu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia składa się z kilku technik, które stanowią zintegrowaną całość.</li> <li>• Oddziaływania logopedyczne skierowane są na upłynnianie mowy i raczej nie leczą jąkania.</li> <li>• Oddziaływania psychologiczne zmagają się z zrozumieniem przez podmiot różnych mechanizmów determinujących jego obecne funkcjonowanie, a także wcześniejsze uwarunkowania tego, co dzieje się w terażniejszości.</li> <li>• W pewnych przypadkach niezbędne są również oddziaływania medyczne.</li> <li>• Miarą osiągniętego w terapii sukcesu jest pomyślne funkcjonowanie społeczne.</li> </ul>
<b>Adresaci/wiek</b>	Dzieci, młodzież i dorośli.
<b>Etapy terapii</b>	<p><b>A. Oddziaływania logopedyczne:</b></p> <p><b>Wystukiwanie sylab:</b></p> <p><b>Etap 1.</b> Nauczenie pacjentów płynnego powtarzania (<i>legato</i>) na jednym wydechu samogłosek w kolejności: o, a, e, i, u, y (wymawianiu towarzyszy wystukiwanie sylab na udzie dominującą ręką).</p> <p><b>Etap 2.</b> Ma na celu nauczanie pacjenta podziału wyrazów na sylaby (gdy pacjent ma opanowaną tę umiejętność, pomija się ten etap).</p> <p><b>Etap 3.</b> Nauczenie wystukiwania sylab (mowa ma zachowane cechy prozodyczne wypowiedzi oprócz tempa, które jest wolniejsze).</p> <p><b>Etap 4.</b> Wprowadzenie różnego rodzaju wyliczanek z zaznaczeniem momentu wdechu.</p> <p><b>Etap 5.</b> Powtarzanie przez pacjenta wierszy czytanych przez terapeutę (z zaznaczeniem momentu wdechu).</p> <p><b>Etap 6.</b> Powtarzanie za terapeutą fragmentów prozy (na jednym wydechu).</p> <p><b>Etap 7.</b> Odpowiadanie na pytania zamknięte i otwarte (całym zdaniem).</p> <p><b>Etap 8.</b> Opowiadanie.</p> <p><b>Etap 9.</b> Opowiadanie przygotowanego tekstu.</p> <p><b>Etap 10.</b> Przygotowywanie referatu na dowolny temat (np. tematy związane ze studiami, pracą). Rozmowa na dowolny temat, bez przygotowania.</p> <p><b>Etap 11.</b> Mówienie spontaniczne.</p> <p><b>Etap 12.</b> Wykonywanie zadań pozagabinetowych (weryfikowanie umiejętności pacjenta).</p> <p>Wystukiwanie powinno być miniaturyzowane, aby było komfortowe dla pacjenta.</p>



cd. tabela 5.

### Program terapeutyczny jąkania

#### Etapy terapii **Uczenie odroczenia:**

Odroczenie to przerwa pomiędzy sygnałem do mówienia a rozpoczęciem mówienia. Jest ono formą zaniechania czy powstrzymania się, a nabranie powietrza jest aktywnością. Kształtuje się więc dwa przeciwstawne nawyki:

1. powstrzymanie się od mówienia,
2. jednoczesne zaczerpnięcie powietrza.

#### **Uczenie hamowania:**

Przerywanie mówienia w chwili spodziewanego lub narastającego jąkania w celu ponownego wznowienia wypowiedzi po właściwym przygotowaniu się.

#### **B. Oddziaływania psychologiczne:**

1. Rozwiązanie sytuacji konfliktowej.
2. Praca na lękiem wtórnym.
3. Nauka rozluźniania.
4. Desensytyzacja logofobii.

#### **Organizacja/ formy terapii**

- Terapia indywidualna, grupowa oraz rodzinna.

#### **Metody i techniki**

#### **Metody i techniki kształtujące płynność mówienia:**

- wystukiwania sylab,
- spowolnienie tempa mówienia,
- przygotowanie treści wypowiedzi w trakcie nabierania powietrza (wdechu),
- wyrobienie nawyku nabierania powietrza przed wypowiedzią i w trakcie wypowiedzi,
- techniki oddechowe,
- techniki behawioralne: uczenie odroczenia oraz hamowania (przerywania) wypowiedzi.

#### **Inne metody i techniki:**

- techniki poznawcze: wywiad, obserwacja, tworzenie hierarchii sytuacji lękowych, identyfikacja emocji, techniki relaksacyjne, trening umiejętności społecznych,
- psychoterapia,
- relaksacja,
- wizualizacja.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Szamburski, 1996, 2009, 2017.

Kluczem do terapii w ramach *Programu terapeutycznego jąkania* są oddziaływania logopedyczne oraz szeroko pojęta psychoterapia, uzupełnione w niektórych przy-

padkach o oddziaływania medyczne. Miarą osiągniętego w terapii sukcesu jest pomyslnie funkcjonowanie społeczne pacjenta. Wiodącą metodą w programie jest metoda wystukiwania sylab, która została opisana we wcześniejszej części niniejszego opracowania.

Tabela 6. Systemowa terapia jąkania (STJ) autorstwa Zbigniewa Tarkowskiego

<i>Systemowa terapia jąkania (STJ)</i>	
<b>Autor</b>	<b>Zbigniew Tarkowski</b>
<b>Cele/założenia programu</b>	<p><b>Cele:</b></p> <p><b>Podstawowym</b> celem STJ jest rozwiązanie problemu zgłoszonego przez pacjenta oraz:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• osiągnięcie płynności mówienia kontrolowanej lub spontanicznej,</li> <li>• zmniejszenie nadmiernego napięcia mięśniowego,</li> <li>• obniżenie poziomu logofobii i tremy,</li> <li>• zwiększenie gotowości do komunikowania się.</li> </ul> <p>(cele są ściśle powiązane ze sobą i nie można zrealizować jednego celu bez osiągnięcia pozostałych)</p> <p><b>Ostatecznym</b> celem STJ jest usunięcie bariery komunikacyjnej w formie jąkania oraz poprawa komunikacji interpersonalnej stanowiącej podstawowy wskaźnik jakości życia.</p> <p><b>Założenia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jąkanie jest ujmowane jako system, a nie tylko jego element.</li> <li>• Fenomen jąkania polega na jego zmienności.</li> <li>• Jąkanie jest zaburzeniem psychosomatycznym, a jego forma chroniczna posiada cechy choroby psychosomatycznej.</li> <li>• Zależności między czynnikami jąkania (lingwistycznymi, biologicznymi, psychologicznymi i społecznymi) nie są jedynie przyczynowo-skutkowe, lecz także cyrkularne (kołowe). Nie można zmienić jednego czynnika jąkania bez modyfikacji pozostałych.</li> <li>• Etiologia jąkania jest wypadkową czynników predysponujących, wyzwalających i utrwalających, które są indywidualnie zróżnicowane.</li> <li>• Osoba jąkająca się jest potencjalnie płynna.</li> <li>• Podstawą STJ jest eksperyment naturalny.</li> <li>• Nie ma jednej metody na jąkanie. Metoda jest dostosowywana do pacjenta (do jego wieku oraz problemu), a nie pacjent do metody. Podstawą terapii jest motywacja do niej.</li> <li>• STJ jest dostosowana.</li> <li>• STJ jest przeciwna akceptacji patologicznej niepłynności mówienia. Wykazuje jednak tolerancję dla osoby jąkającej się.</li> <li>• Preferowane są techniki naturalnego mówienia.</li> </ul>



cd. tabela 6.

<b>Systemowa terapia jąkania (STJ)</b>	
<b>Cele/założenia programu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• W STJ udział biorą członkowie rodzin lub osoby wspierające.</li> <li>• Podstawę stanowi intensywna terapia krótkoterminowa z wydłużonym okresem kontrolnym.</li> <li>• Terapeuta stosujący STJ myśli i działa systemowo, a nie jedynie ćwiczy mowę.</li> <li>• STJ stanowi kontrpropozycję do ruchu samopomocy jąkających się.</li> </ul>
<b>Adresaci/wiek</b>	Dzieci, młodzież i dorośli.
<b>Etapy terapii</b>	<p><b>I. STJ w wieku przedszkolnym:</b></p> <p><b>Profilaktyka jąkania:</b></p> <p>→ jest zalecana w sytuacji, gdy istnieje ryzyko przekształcenia się rozwojowej niepełności mówienia (RNP) w jąkanie wczesnodziecięcej (JW);</p> <p>→ oddziaływania profilaktyczne polegają na:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wizytach konsultacyjnych (przynajmniej raz w miesiącu);</li> <li>• obserwacji rozwoju niepełności mówienia;</li> <li>• rozwijaniu sprawności językowej lub motorycznej dziecka;</li> <li>• zachęcaniu dziecka do wyrażania emocji;</li> <li>• nauce radzenia sobie ze stresem;</li> <li>• współpracy z rodzicami i nauczycielami w celu zmiany ich reakcji na niepełność mówienia.</li> </ul> <p><b>Terapia jąkania wczesnodziecięcego (JW)</b> – dostosowana jest do dynamiki rozwoju zaburzenia:</p> <p>→ <b>postać nagła (spustowa):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dokładna diagnoza w celu ustalenia patomechanizmu zaburzenia;</li> <li>• odizolowanie jąkającego się dziecka (np. nieposyłanie dziecka do przedszkola itp.);</li> <li>• wprowadzenie okresu milczenia lub ograniczenie komunikacji słownej do minimum;</li> <li>• interwencja w przypadku pojawienia się bloku (przerwanie bloku);</li> <li>• połączenie efektu placebo z ziołolecznictwem i akupresurą;</li> <li>• trening relaksacyjny H. Wintreberta;</li> <li>• praca z rodzicami.</li> </ul> <p>(chodzi przede wszystkim o to, aby nie utrwałać nawyku niepełnego mówienia, zmniejszać napięcie mięśniowe, nie uświadomić jąkania oraz uspokoić rodziców; zakłada się, że jąkanie minie w ciągu 2 tygodni)</p> <p>→ <b>jąkanie rozwijające się stopniowo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• diagnoza w celu ustalenia patomechanizmu zaburzenia;</li> <li>• prowadzenie intensywnej terapii (codziennie), a następnie terapia rozłożona w czasie;</li> </ul>

cd. tabela 6.

### Systemowa terapia jąkania (STJ)

- Etapy terapii**
- dostosowanie terapii do profilu i patomechanizmu jąkania;
  - stosowanie technik pośrednich lub bezpośrednich dobranych do problemu;
  - prowadzenie równoległej pracy z dzieckiem i jego rodzicami.

#### II. STJ w wieku szkolnym\*:

Krok 1. Ustalenie typu jąkania.

Krok 2. Ocena sytuacji stresowej.

Krok 3. Stopniowanie stresu komunikacyjnego.

Krok 4. Relaksacja.

Krok 5. Desensybilizacja.

Krok 6. Psychodrama.

Krok 7. Trening płynnego mówienia – niwelowanie objawów niepełnego mówienia w efekcie zastosowania strategii:

- mówienia naturalnego;
- mówienia nienaturalnego (metody płynnego mówienia).

Krok 8. Socjoterapia (jest prowadzona w naturalnych sytuacjach komunikacyjnych. Stanowi podsumowanie całego procesu terapeutycznego i jest sprawdzianem jego skuteczności. Może odbywać się z udziałem terapeuty lub bez jego udziału).

**III. STJ w wieku dorosłym** – polega na połączeniu treningu mowy oraz psychoterapii. Stosowane działania:

- rozmowa terapeutyczna;
- oddychanie;
- fonacja;
- redukcja napięcia mięśniowego;
- gestykulacja;
- wyzwianie emocji;
- poprawa samooceny;
- efekt placebo.

\* por. Tarkowski, Okraśńska, 2020

- Organizacja/  
formy terapii**
- Preferowane jest, by terapię prowadził logopeda – balbutolog.
  - Terapia jest dostosowana do wieku osoby jąkającej się oraz jej problemu.
  - Podstawą jest intensywna terapia krótkoterminowa z wydłużonym okresem kontrolnym.
  - W pracy terapeutycznej z dziećmi w wieku przedszkolnym oddziaływania terapeutyczne należy dostosować do dynamiki rozwoju zaburzenia.
- **w przypadku jąkania, które wystąpiło w postaci nagłej:**
- nieutrwalanie nawyku niepełnego mówienia;
  - zmniejszanie napięcia mięśniowego;
  - nieświadomianie jąkania;



cd. tabela 6.

### Systemowa terapia jąkania (STJ)

<b>Organizacja/ formy terapii</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• uspokojenie rodziców;</li> <li>• (zakłada się, że jąkanie minie w ciągu 2 tygodni);</li> </ul> <p>→ w przypadku jąkania u dzieci, które nasila się stopniowo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• prowadzenie terapii: intensywnej (codziennie), a następnie terapia rozłożona w czasie;</li> <li>• stosowanie technik pośrednich lub bezpośrednich dobranych do problemu;</li> <li>• prowadzenie równoległej pracy z dzieckiem i jego rodzicami.</li> </ul>
<b>Metody i techniki</b>	<p><b>Trening płynnego mówienia:</b></p> <p>□ <b>metody naturalnego mówienia:</b></p> <p>→ metoda opracowana przez Zofię Engiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• poprawa koordynacji oddechowo-artykulacyjne;</li> <li>• ćwiczenia płynnego rozpoczynania wypowiedzi i płynne jej kontynuowanie;</li> <li>• skoordynowanie fazy wydechania i mówienia;</li> <li>• frazowanie obrazowane ruchem parabolicznym ręki;</li> <li>• zmniejszenie napięcia narządów mowy poprzez kierowanie go do obszaru dłoni za pomocą ściskania „gruszki” medycznej.</li> </ul> <p>□ <b>metody nienaturalnego mówienia:</b></p> <p>→ mówienie przeciągane i wolne;</p> <p>→ echokorekcja;</p> <p>→ śpiewoterapia;</p> <p>→ cieniowanie;</p> <p>→ rytmizacja;</p> <p>→ metoda rytmicznej gestykulacji;</p> <p>→ maskowanie;</p> <p>→ trening negatywny.</p> <p><b>Inne metody i techniki:</b></p> <p>→ psychoterapia;</p> <p>→ desensybilizacja;</p> <p>→ relaksacja (w tym trening relaksacyjny H. Wintreberta);</p> <p>→ praca z oddechem (adekwatnie do potrzeb pacjenta);</p> <p>→ metoda wokalizacji;</p> <p>→ psychodrama;</p> <p>→ socjoterapia;</p> <p>→ milczenie;</p> <p>→ efekt placebo w połączeniu z ziołolecznictwem i akupresurą.</p>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Tarkowski, 1987, 1999a, 2005, 2020; Tarkowski, Okraśńska, 2018.



Terapia według programu STJ jest prowadzona systemowo i nie ogranicza się tylko do ćwiczeń mowy. W STJ zmierza się do usunięcia jąkania i z założenia nie zaleca się akceptacji jąkania (stanowiąc kontrpropozycję do ruchu samopomocy jękających się), wykazuje się jednak tolerancję dla osoby z jąkaniem. Zdaniem autora nie ma jednej skutecznej metody stosowanej w terapii, metoda powinna być dostosowywana do pacjenta, a nie pacjent do metody. Podstawą terapii jest natomiast motywacja do niej.

Zaprezentowane powyżej programy stanowią propozycję spójnych systemów oddziaływań terapeutycznych. Pomimo różnorodności założonych celów oraz podejść są one ukierunkowane m.in. na poprawę płynności mówienia pacjenta poprzez zastosowanie różnorodnych metod i technik terapeutycznych, w tym kształtujących płynność mówienia.

### **Praktyczne zastosowanie metod upłynniających mowę – analiza przypadku (Karol K., l. 33)**

#### **Kliniczne studium przypadku**

Karol K., ur. w 1986 roku, wykształcenie wyższe z zakresu ekonomii i zarządzania, pracuje w międzynarodowej korporacji, biegle posługuje się dwoma językami obcymi (angielskim i niemieckim).

Do ośrodka terapeutycznego zgłosił się w lutym 2019 roku (wiek 33 lata). Z przeprowadzonego wywiadu wstępnego, w którym uczestniczyli również jego rodzice, wynika, że ma młodszego o 5 lat brata, który nie ma zaburzeń płynności mówienia. W wywiadzie rodzinnym są jednak obciążenia: brat ojca i jego syn jękają się.

Urodzony w terminie, w wyniku naturalnego porodu, bez powikłań. W okresie dzieciństwa nie stwierdzono problemów zdrowotnych ani innych zaburzeń rozwoju. Pierwsze objawy jąkania zaobserwowano pomiędzy 3. a 4. rokiem życia, które według rodziców charakteryzowały się powtarzaniem dźwięków i sylab oraz przedłużeniami dźwięków (głównie samogłosek). Symptomy jąkania pojawiały się i zanikały w różnych odstępach czasu.

Zaniepokojeni rodzice zgłosili się na konsultację logopedyczną, tuż przed piątymi urodzinami Karola. Podczas spotkania usłyszeli, że „nie powinni się martwić, ponieważ jest to RNM, charakterystyczna dla chłopców, która jest tylko etapem przejściowym w rozwoju mowy”. Rodzinie nie zaproponowano terapii ani innej formy wsparcia. Z czasem okresy płynnej mowy zaczęły się skracać, a objawy jąkania zmieniły się. Pojawiły się również (oprócz powtórzeń dźwięków i sylab oraz prolongacji samogłosek) bloki na starcie wypowiedzi. W pierwszej klasie szkoły podsta-



wowej wychowawca zalecił rodzicom wizytę w PPP w celu diagnozy i ewentualnej terapii w związku z jękaniami. W wyniku tej konsultacji Karol został objęty terapią, która (zgodnie ze wspomnieniami pacjenta) polegała na ćwiczeniach oddechowych, przedłużaniu samogłosek i czytaniu wierszyków. Rodzice nie uczestniczyli w terapii, nie byli również informowani o jej celach, programie i przebiegu. Po roku ze względu na brak efektów rodzice zrezygnowali z dalszej terapii.

Kolejna próba terapii została podjęta, gdy Karol miał 14 lat i uczęszczał do gimnazjum. Uczestniczył wówczas (wraz z matką) w intensywnym programie terapeutycznym oraz zajęciach podtrzymujących efekty terapii. Program obejmował szereg oddziaływań, m.in. trening oddechowo-emisyjno-dykcyjny, relaksację, naukę technik kształtowania płynności mówienia, w tym trening zwolnionego mówienia metodą „Echo”, socjoterapię i trening umiejętności psychospołecznych oraz grupową terapię zmniejszania stanów logofobii. W efekcie podjętych działań nastąpiło zdecydowane zmniejszenie fizjologicznych objawów jękania pod postacią klonicznych powtórzeń nagłosowych głosek i sylab oraz tonicznych bloków na starcie wypowiedzi, jak również obniżenie patologicznego lęku przed mówieniem, tzw. logofobii, poprawa kontaktów interpersonalnych, także wzrost samooceny. Uzyskane efekty utrzymały się przez około 5 lat (z krótkimi epizodami nawrotów jękania).

Jękanie pojawiło się ponownie w okresie studiów, ale według pacjenta nie było już tak uciążliwe jak w okresie gimnazjalnym. Nasilenie objawów występowało głównie w sytuacjach formalnych (m.in. podczas egzaminów ustnych, w czasie rozmów o pracę, załatwiania spraw urzędowych itp.). W czasie wywiadu Karol wspominał: „Ja już wiedziałem, że jestem tak samo dobry jak inni”, „nauczyłem się ignorować dziwne spojrzenia”, „moi znajomi nie zwracali uwagi na moje jękanie albo świetnie udawali, że go nie widzą”. Mimo takich deklaracji można było zaobserwować w jego reakcjach wachlarz negatywnych emocji, które towarzyszyły tym wypowiedziom.

Obecnie musi prowadzić w swojej pracy wiele rozmów (również w formie wideokonferencji), podczas których chciałby być postrzegany jako osoba kompetentna, wiarygodna i w każdym zakresie profesjonalna. Doszedł do wniosku, że jękanie przeszkadza mu w budowaniu pozycji zawodowej. Przyznał, że czuje się zażenowany i sfrustrowany, kiedy nie może precyzyjnie i swobodnie przekazywać swoich myśli, starając się zamieniać słowa lub próbując maskować bloki. Postanowił jeszcze raz poddać się terapii.

Karol obecnie mieszka sam (ponad 300 km od domu rodzinnego). Z rodzicami i bratem widuje się stosunkowo rzadko, kontaktuje się z nimi głównie za pomocą wiadomości tekstowych. Ma niewielkie grono stałych przyjaciół, głównie z okresu studiów, z którymi spotyka się regularnie, chociaż niezbyt często. Rozmawia z nimi swobodnie, kiedy jednak czuje nadchodzący blok, stosuje swoje „sprawdzone sposoby” (robi długie pauzy, unika lub zamienia słowa, czasem zastępuje odpowiedź

---

gestem lub wyrazistą mimiką). W rozmowach nie podejmują tematu jąkania. Mimo deklarowanego poczucia własnej wartości i pewności siebie unika poznawania nowych znajomych, a komunikując się z nieznanymi osobami, ukrywa jąkanie.

Opisując swoje jąkanie, Karol zwraca uwagę na trudność w wypowiedzianiu słów rozpoczynających się spółgłoskami [k], [g] rzadziej [p], [t] oraz zwrotów grzecznościowych (*dzień dobry, do widzenia, przepraszam, dziękuję*). Podkreśla, że „łatwiej mówi mu się” w towarzystwie dobrze znanych osób oraz na tematy zawodowe, w których czuje się pewnie. Problemem natomiast są rozmowy z nieznanymi. Uznał, iż potrzebna mu pomoc, gdyż sam nie potrafi wrócić do stosowania technik, które wcześniej z powodzeniem wykorzystywał.

### Diagnoza

Diagnoza została przeprowadzona w oparciu o *Kwestionariusz Cooperów do oceny jąkania KCOJ* (Chęćek, 2000) oraz *Skali motywacji do terapii jąkania SMTJ* (Góral-Półtola, Tarkowski, 2012).

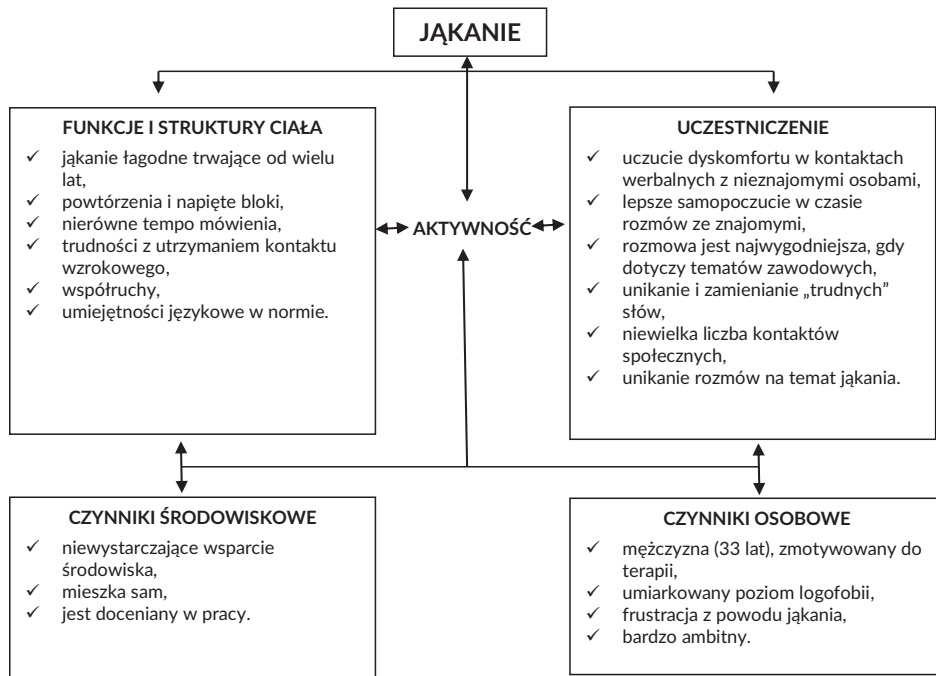
W kolejnych próbach KCOJ oceniono: częstotliwość jąkania, czas trwania momentów nie płynności, ocenę reakcji unikania, nienaturalne reakcje, cechy określające istotę jąkania oraz percepcję stopnia jąkania przez pacjenta i terapeutę. Częstotliwość jąkania w kolejnych podpróbach testu oceniania była zgodnie ze skalą sylabową (*severity of stuttering* – Kelman, Nicholas, 2008; Yairi, Ambrose, 2005): recytacja 1,2%, powtarzanie 1,4 %, czytanie 5,7 %; mowa spontaniczna (analizie poddano nagrane fragmenty rozmowy wstępnej i wywiadu): dialog 7,3 %, i monolog 6,9 % i wykazała średnią częstotliwość jąkania na poziomie 4,5%, czyli łagodnego jąkania, natomiast średni czas trwania nie płynności wynosił 2 sekundy. Wynik badania według Karola i jego rodziców (obecnych w czasie badania) nie był w pełni reprezentatywny. Pacjent skomentował go słowami: „mówiło mi się znacznie lepiej niż zwykle”. W mowie pacjenta pojawiały się powtórzenia nagłosowych głosek lub sylab oraz napiętych (tonicznych) bloków na starcie wypowiedzi, głównie na głosekach zwarto-wybuchowych. Kolejna próba, ocena reakcji unikania (*logofobii*), wykazała, że pacjent unika lub chciałby uniknąć mówienia w 24 z 50 przytoczonych sytuacji komunikacyjnych co oznacza stopień umiarkowany. Jąkaniu towarzyszyły nienaturalne reakcje pod postacią: wypowiedziania zbytecznych słów (*prawda*) i głosek (*yyyy, mmmm*), nierównego tempa mówienia (tempo normalne, szybkie lub bardzo szybkie), opuszczanie lub zastępowanie słów (innymi słowami lub gestem), trudności z utrzymaniem kontaktu wzrokowego, mrużenie oczu, ruchy tułowia (pochylanie się). Znaczący był również wynik w próbie cech określających istotę jąkania, w której Karol zgodził się z 12 z przytoczonych stwierdzeń, co świadczy o wysokiej randze problemu. Próba percepcji jąkania przez pacjenta



wskazywała na potrzebę modyfikacji postaw i uczuć, ale również wysoką motywację do podjęcia terapii.

Wyniki uzyskane w kolejnych podskalach SMTJ: nieakceptacji jąkania – 8 stenów wskazały na nieakceptowanie jąkania przez pacjenta, kosztów terapii (materialnych, czasowych, psychologicznych) – 7 stenów sugerowały, że kalkuluje on i nie jest gotowy do poniesienia wszystkich kosztów terapii, przebiegu terapii – 6 stenów świadczyły o umiarkowanym zadowoleniu z dotychczasowych terapii, natomiast wiary i wsparcia – 8 stenów, że z optymizmem podejmuje terapię. Wyniki całej skali pozwoliły wnioskować o wysokiej motywacji Karola do podjęcia terapii jąkania.

Schemat 2. Diagnoza w oparciu o model ICF (Karol K., l. 33)



### Programowanie terapii

Wiedza kliniczna oraz analiza wszystkich danych wskazywały na potrzebę zmiany postawy pacjenta wobec jąkania, desensytyzacji oraz dostarczenia rzetelnej wiedzy na temat zaburzenia. Karol bardzo zdecydowanie formułował swój cel terapii, którym było uzyskanie płynności mówienia. W sferze zawodowej chciał móc płynnie przedstawiać swoje racje (bez jąkania), a w sferze prywatnej – swobodnie i płyn-

nie komunikować się z nieznanymi i znajomymi. Oczekiwał wdrożenia procedur kształtowania płynności mówienia, które znał z wcześniejszej terapii.

Wyniki diagnozy, obserwacji i rozmów z pacjentem, jak też wiedza i doświadczenie zawodowe terapeutów umożliwiły wyznaczenie celów terapeutycznych oraz wybór optymalnego dla pacjenta (w tym czasie) programu terapii łączącej podejścia kształtowania płynności mówienia oraz modyfikacji jąkania.

Założone cele terapii obejmowały, m.in.: dostarczenie wiedzy na temat jąkania, desensytyzację, wdrożenie technik kształtujących płynność mówienia, zredukowanie częstotliwości jąkania, zwiększenie otwartości w sytuacjach, którym towarzyszy jąkanie, obniżenie negatywnych emocji i stresu oraz wzrost samooceny.

Proces terapeutyczny zaplanowano na 6 miesięcy. Początkowo zajęcia odbywały się w formie cotygodniowych, 1-godzinnych sesji prowadzonych przez pierwszy miesiąc wyłącznie w formie indywidualnej, a następnie (przez kolejne 5 miesięcy) w formie grupowej. Po tym etapie Karol uczestniczył jeszcze w spotkaniach organizowanych w ramach grupy wsparcia.

Pierwszy miesiąc indywidualnych spotkań poświęcono na stworzenie „inwentarza jąkania”, który posłużył do poznania i zrozumienia zaburzenia, jakim jest jąkanie. Wprowadzano również poznane wcześniej techniki kształtujące płynność mówienia (m.in. technikę przedłużonego mówienia wspomaganą metodą „Echo” i śpiewnym mówieniem) oraz ćwiczenia emisyjno-oddechowe, które były utrwalane przez pacjenta samodzielnie w domu. Karol dosyć szybko uzyskał płynność mówienia w gabinecie. Starał się również korzystać z technik poza nim, np. podczas rozmów ze znajomymi, a także współpracownikami w swojej pracy.

Po pierwszym miesiącu udziału w terapii jedno spotkanie miesięcznie odbywało się już w formie grupowej (wspólnie z 3 dorosłymi pacjentami). W czasie spotkań indywidualnych nadal realizowany był trening płynnego mówienia z wykorzystaniem TPM. Wprowadzono również technikę delikatnego startu mowy – TDSM (z nagłosowymi głoskami zwarto-wybuchowymi). Prowadzono ponadto analizę objawów jąkania (na podstawie nagrań wypowiedzi) oraz próby celowego jąkania się. Rozmawiano także na temat sytuacji komunikacyjnych, które były uważane przez pacjenta za budzące lęk przed mówieniem, oraz o negatywnych konsekwencjach unikania mówienia. Zaproponowano też wybrane formy relaksacji. Dzięki spotkaniom grupowym Karol miał możliwość obserwacji zachowań i postępów terapeutycznych innych osób jąkających się. Wdrażano wówczas oddziaływania zmierzające głównie do zmniejszenia logofobii poprzez zastosowanie treningu umiejętności psychospołecznych, odgrywanie scenek psychodramowych, korzystanie z technik płynnego mówienia w konwersacji z innymi pacjentami oraz odczulanie na jąkanie własne i innych. Polecano również lekturę wybranych artykułów na temat zaburzeń płynności mówienia. Początkowo wszystkie zajęcia odbywały się w warunkach ga-



binetowych. Pod koniec 4. miesiąca terapii część zadań realizowano poza gabine-tem, w warunkach naturalnej komunikacji (np. podczas wspólnych wyjść do galerii handlowej lub do kępielni). W trakcie tych zajęć Karol miał możliwość konfrontowania się z własnymi lękami, co wpłynęło pozytywnie na postrzeganie swojej osoby.

W czasie terapii pacjent systematycznie uczestniczył w spotkaniach i był zmotywowany do pracy. Cieszył się z uzyskanej poprawy płynności mówienia. Starał się nie unikać komunikacji nawet w „trudnych” dla niego sytuacjach. W gronie znajomych otwarcie rozmawiał o jękananiu. Poinformował również bliskie mu osoby oraz współpracowników o udziale w terapii. Był mile zaskoczony reakcją przyjaciół, którzy wspierali go i motywowali do dalszej pracy. W kontaktach z rodziną zrezygnował z wysyłania wiadomości tekstowych na rzecz rozmów telefonicznych i wiadomości głosowych.

#### *Uzyskane efekty terapii:*

1. Uzyskanie wiedzy na temat jękanania.
2. Poprawa płynności mówienia.
3. Znaczne odczulenie na jękanie.
4. Zmniejszenie stanów logofobii.
5. Poznanie alternatywnych metod zarządzania jękananiem.
6. Wzrost samooceny i pewności siebie.
7. Otwartość na mówienie o jękananiu.
8. Gotowość do komunikowania się z nieznanymi osobami.
9. Swobodniejsze kontakty społeczne.

Po zakończonym cyklu terapeutycznym (od listopada 2019) Karol nadal aktywnie uczestniczy w spotkaniach grupy wsparcia dla osób z zaburzeniami płynności mówienia. Część z nich odbyła się w formie on-line. Karol chętnie dyskutuje, dzieli się swoimi doświadczeniami, porównując je ze spostrzeżeniami innych uczestników. Podczas tych spotkań (po około roku od wstępnej konsultacji logopedycznej) zaczął zgłaszać wątpliwości dotyczące potrzeby ciągłego stosowania technik płynnego mówienia w codziennych sytuacjach oraz wiążącej się z tym konieczności autokontroli podczas mówienia. Sygnalizował, że pomimo osiągniętego sukcesu (zdecydowanej poprawy płynności mówienia i gotowości do komunikowania się) „czuję się nieco zmęczony i ograniczany przez techniki”, „to nie jestem do końca ja”, „chciałbym mówić bardziej na luzie”. Aktualnie rozważa zmianę podejścia terapeutycznego i wdrożenie technik modyfikacji jękanania, przy czym nie chce rezygnować z możliwości stosowania metod i technik upłynniających mówienie w wybranych sytuacjach komunikacyjnych.

---

## Dyskusja

W literaturze przedmiotu opisanych jest wiele metod i technik oraz programów bazujących na podejściach: mówienie bardziej płynne i jąkanie bardziej płynne oraz łączących te dwa podejścia. Trudno jest jednak jednoznacznie stwierdzić, które z nich są skuteczniejsze, gdyż dotychczasowe doświadczenia klinicystów w tym zakresie pokazują, iż skuteczną terapię jąkania można przeprowadzić z wykorzystaniem każdego z nich.

Dobór strategii terapeutycznej odpowiedniej dla konkretnego pacjenta może ułatwić poniższa analiza możliwości i ograniczeń stosowania opisywanego w pracy podejścia kształtowania płynności mówienia.

Tabela 7. Możliwości i ograniczenia metod i technik kształtujących płynność mówienia

Kształtowanie płynności mówienia	
Możliwości	Ograniczenia
<ul style="list-style-type: none"> <li>• jasna, przejrzysta struktura procesu terapii,</li> <li>• poznanie technik mowy, w tym technik kształtowania płynności mówienia,</li> <li>• stosunkowo szybkie osiągnięcie celu terapii,</li> <li>• szybki i łatwy efekt w postaci płynnej mowy,</li> <li>• efekty pracy terapeutycznej widoczne również dla innych osób,</li> <li>• możliwość wykorzystania metod i technik płynnego mówienia w programach zintegrowanych,</li> <li>• zastosowanie technik i metod w konkretnych sytuacjach, ważnych dla pacjenta, pomaga mu być płynnym,</li> <li>• nie wymaga zbyt dużej konfrontacji z własnymi lękami co jest bardziej akceptowalne dla pacjenta,</li> <li>• korzystanie z urządzeń i aparatów wspierających płynne mówienie umożliwia przyspieszenie uzyskania efektu w postaci płynnej mowy,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wymaga zaangażowania i systematycznej, długotrwałej pracy od pacjenta oraz wsparcia jego rodziny,</li> <li>• czasowe mówienie w sposób nienaturalny może być niekomfortowe i odrzucane emocjonalnie przez niektórych pacjentów,</li> <li>• nienaturalny sposób mówienia bywa trudny w odbiorze przez inne osoby,</li> <li>• „pułapka” szybkiego efektu i sukcesu,</li> <li>• konieczność stałego kontrolowania sposobu mówienia (autokontroli),</li> <li>• trudność w korzystaniu z technik i metod płynnego mówienia podczas sytuacji nacechowanych emocjonalnie,</li> <li>• koncentracja jedynie na pracy nad płynnością mowy jest niewystarczająca, wymaga dodatkowo uzupełnienia jej o inne oddziaływania, w tym psychoterapię,</li> <li>• zbyt długie korzystanie z urządzeń i aparatów wspierających płynne mówienie może prowadzić do uzależnienia pacjenta od ich stosowania (traktowanie ich jak „protezę”),</li> </ul>



cd. tabela 7.

Kształtowanie płynności mówienia	
Możliwości	Ograniczenia
<ul style="list-style-type: none"> <li>• zastosowanie urządzeń wspomagających płynność mowy może wpływać pozytywnie na zwiększenie motywacji do pracy w początkowym etapie terapii,</li> <li>• gotowość do komunikacji,</li> <li>• wpływ na wzrost samooceny oraz poprawę kontaktów interpersonalnych.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• brak efektu stosowanych technik i metod może prowadzić do frustracji u pacjenta, a czasem też obwiniania się za być może niewystarczające zaangażowanie w proces terapii,</li> <li>• generalizowanie efektów terapii wymaga zastosowania intensywnych działań.</li> </ul>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie analizy literatury przedmiotu oraz doświadczeń własnych autorek.

Procedury kształtowania płynności mogą być korzystne dla każdego pacjenta, gdyż uczą korzystania z technik, które pozwalają na zarządzanie płynnością. Musimy jednak pamiętać, że praca nad płynnością mówienia nie przyniesie efektów, jeśli nie zmniejszą się również współwystępujące objawy, np. lęk przed mówieniem. Zmniejszenie jąkania i płynna mowa nie mogą być zatem jedynym celem terapii, jak też wskaźnikiem jej efektywności. Jak zatem sprawić, by terapia stała się jednakowo skuteczna dla wszystkich pacjentów?

Idealny program terapii dla osób z utrwalonym jąkaniami powinien obejmować wszystkie aspekty jąkania oraz indywidualne preferencje pacjentów. Dla niektórych pacjentów niezbędne będzie to łączenie wybranych elementów dwóch podejść i dzięki temu umożliwienie osiągnięcia założonych celów terapeutycznych.

## Konkluzje

Jąkanie wywiera wpływ na wiele aspektów życia i niesie ze sobą szereg negatywnych konsekwencji. Osoby jękające się często sygnalizują, że doświadczają nieprzyjemnych reakcji na jąkanie, trudności z komunikowaniem się w kluczowych sytuacjach, a także zmniejszonej satysfakcji z życia i zdolności do osiągania życiowych celów (Yaruss, 2010). Podjęcie terapii stanowi dla nich szansą na zmianę tej sytuacji.

Terapia osób jękających się w nurcie *mówienie bardziej płynne* stanowi najczęściej połączenie wielu oddziaływań terapeutycznych. Obok technik kształtowania płynności mowy wprowadza się inne formy terapii logopedycznej oraz społecznej, psychologicznej czy też behawioralno-poznawczej (zob. Adamczyk, 1993; Chęć, 2007; Woźniak, 2018, 2019).

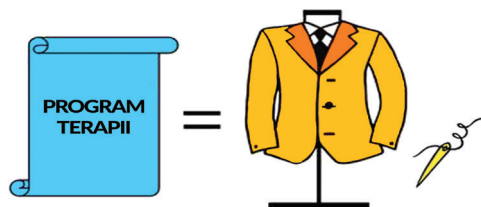


Zastosowanie w terapii metod i technik KPM odnosi się przede wszystkim do aspektu jąkania związanego z poprawą płynności mówienia. Osiągnięcie tego celu może być stosunkowo łatwe i szybkie, co przekłada się na zwiększoną gotowość do komunikowania i poprawę kontaktów interpersonalnych, zmniejszenie lęku komunikacyjnego, obniżenie poziomu napięcia i w konsekwencji poprawę jakości życia osób jękających się. Nie wszyscy pacjenci są jednak w stanie zaakceptować te zmiany w zakresie sposobu mówienia oraz konieczności stałej autokontroli (Guitar, Peters, 2014). Stąd współcześnie obserwuje się tendencję do unikania presji na pacjencie związanej ze skupianiem się wyłącznie na dążeniu do płynnej mowy. Wyposaża się go natomiast w narzędzia umożliwiające zarządzanie jękaniem (w tym ułatwiające płynne mówienie), pozostawiając mu wybór własnej ścieżki terapeutycznej.

Programowanie procesu terapii (wybór konkretnych strategii i metod terapeutycznych) powinien zatem uwzględniać indywidualne cele oraz potrzeby osoby jękającej się, aby umożliwić jej poprawę jakości swojego życia, w tym jakości procesu komunikowania się, jak też rozwój i realizację marzeń oraz życiowych wyzwań, niezależnie od wybranej drogi terapeutycznej. Powinien być ponadto akceptowalny i przyjazny dla samego pacjenta oraz umożliwiać mu wprowadzenie nowego sposobu mówienia w naturalne interakcje (Woźniak, 2018).

Pomimo dostępnych różnorodnych programów oraz metod i technik terapeutycznych dotychczas nie ma jednej uznanej za najskuteczniejszą procedury terapeutycznej, uniwersalnej dla wszystkich osób jękających się (Lechta, 2011). Ta sama metoda lub technika, która przynosi pozytywne efekty w przypadku jednej osoby jękającej się, może okazać się nieefektywna u innej. Konieczne jest zatem monitorowanie i dostosowywanie na bieżąco procesu terapii do potrzeb i oczekiwań pacjenta. Biorąc pod uwagę, iż terapeuta ma do wyboru wiele „dróg” terapeutycznych, w przypadku, gdy zastosowana strategia działań nie przynosi zakładanych rezultatów, należy zastosować inną, bardziej odpowiednią i efektywniejszą dla konkretnego pacjenta (Tarkowski, 1999a), tak aby terapia była „uszyta na miarę” jego potrzeb i możliwości (zob. Rysunek 1).

Rysunek 1. Terapia „szyta na miarę”

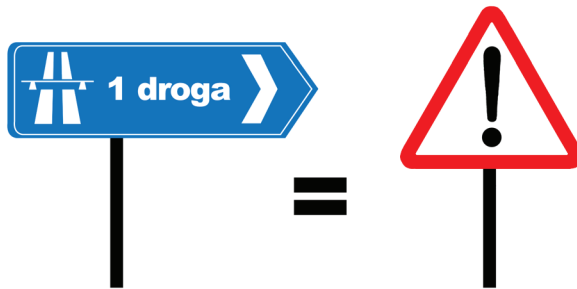


Źródło: Opracowanie własne.



W związku z powyższym w trakcie procesu terapii logopeda powinien być uważny, otwarty na zmiany i elastyczny, a podejmowane przez niego działania diagnostyczno-terapeutyczne powinny być poddawane wnikliwej, empirycznej i systematycznej weryfikacji, gdyż wybór jednej drogi terapeutycznej (programu, metody, techniki) może być zagrożeniem zarówno dla samego pacjenta, jak i dla terapeuty (zob. Rysunek 2).

Rysunek 2. Uwaga! Zagrożenie w terapii



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Bennett, 2006.

Obecnie upowszechniana i promowana na świecie oraz w Polsce praktyka oparta na dowodach (ang. *evidence-based-practice*, **EBP**), bazująca na najnowszym stanie wiedzy na temat przyczyn i patomechanizmów jąkania, pozwala na weryfikację metod, technik i programów stosowanych w procesie terapeutycznym, jak też eliminowanie wątpliwych, czy też niedozwolonych praktyk. Przykładem takich oddziaływań jest np. *milczenie*<sup>2</sup>, którego stosowanie w procesie terapii jąkania jest wątpliwe etycznie z punktu widzenia psychologicznego (m.in. ze względu na duże koszty emocjonalne ponoszone przez pacjenta), a skuteczność nieuzasadniona w badaniach naukowych. Warto również podkreślić, iż nieetyczne i niedozwolone jest zalecanie oraz podawanie przez logopedów pacjentom jakichkolwiek substancji farmakologicznych bądź ziołowych. Dotyczy to również oferowania osobom z jąkaniem 100% skuteczności prowadzonych działań („wyleczenia” z jąkania), jak też przenoszenia na nich odpowiedzialności za efekty prowadzonej terapii (obarczenia

<sup>2</sup> Dobrowolne i świadome powstrzymanie się od mówienia przez pewien czas przez osobę jąkającą się, którego celem jest nieutralowanie jąkania. Okres milczenia (który w zależności od programu terapii może trwać od 3 do 14 dni) ma służyć wyciszeniu i eliminowaniu błędnego, zakodowanego w mózgu systemu mowy. W tym czasie pacjenci porozumiewają się ze sobą np. pisząc na kartkach wszystkie niezbędne informacje i pytania. Ten oparty na ciszy etap terapii przeznaczony jest również na naukę różnego rodzaju technik relaksacyjnych (Arutiunian, 1997; Buchta, 2015; Tarkowski, Okraśńska, 2018; Wilczewski, 1967; Basista, za: Wilczewski 1967).

ich „winą” za brak zakładanych efektów). Zgodnie z założeniami praktyki opartej na dowodach logopeda powinien wykazać się profesjonalizmem zawodowym, dostarczając pacjentom rzetelnej i holistycznej wiedzy na temat jąkania, stosować poparte dowodami naukowymi strategie terapeutyczne oraz przedstawiać pacjentom realne możliwości i ograniczenia związane z procesem terapii.

Reasumując powyższe konkluzje, należy podkreślić, że zadaniem logopedy jest organizowanie skutecznej terapii opartej na koncepcjach i podejściach terapeutycznych zgodnych z założeniami EBP, uwzględniającej aspekt budowania atmosfery wsparcia, zaufania i pozytywnych relacji oraz zorientowanej na indywidualność każdego pacjenta.

### Pytania kontrolne

1. Wymień dwa kluczowe podejścia w terapii jąkania.
2. Scharakteryzuj, na czym polega podejście *mówienie bardziej płynne* w terapii osób jąkających się.
3. Opisz dowolną technikę lub metodę z grupy kształtujących płynność mówienia.
4. Wymień programy bazujące na podejściu *mówienie bardziej płynne*.
5. Omów możliwości i ograniczenia metod i technik kształtowania płynności mówienia.

### Rekomendowana literatura

- Chęciek, M. (2007). *Jąkanie. Diagnoza – terapia – program*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Chęciek, M., Bijak, E., Kamińska, D. (2014). *Jąkanie – skuteczne techniki terapii jąkania*. Harmonia.
- Guitar, B., Peters, T.J. (2014). *Dobór metod w terapii jąkania. Przewodnik dla logopedów*. Centrum Logopedyczne.
- Kostecka, W. (2004). *Zintegrowany program terapii osób jąkających się*. AWH Antoni Dudek.
- Tarkowski, Z. (1999a). *Jąkanie*. PWN.
- Szamburski, K. (2017). *Terapia jąkania osób dorosłych*. W: L. Jankowska-Szafarska, B. Suligowska, R. Kara, K. Kupiec, red., *Życie z zacięciem. Integralny przewodnik po jąkaniu* (s. 45–54). Wydawnictwo Edukacyjne.
- Woźniak T. (2015), *Diagnoza i terapia osób z zaawansowanym jąkaniem*. W: Grabias S., Panasiuk J., Woźniak T., *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego* (s. 797–838). Wydawnictwo UMCS.



## Bibliografia

- Adamczyk, B. (1977). Trening i psychoterapia w metodzie „Echo”. *Logopedia*, 10, 46–55.
- Adamczyk, B. (1993). Terapia jąkania metodą „Echo”. W: T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zaleski, red., *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy* (s. 141–155). Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Adamczyk B. (1999). Terapia jąkania dla ubogich, ale chętnych. *Logopedia*, 26, 15–18.
- Adamczyk B. (2009). Wykorzystanie echa, video-echa i pogłosu na obozach terapeutycznych dla jąkających się. W: A. Balejko, *Jak pokonać lub zaakceptować jąkanie się* (s. 137–143). Wydawnictwo Logopedyczne Antoni Balejko.
- Adamczyk, B., Kuszniak-Józkowiak, W., Sadowska, E. (1976). Correction effect in chorus speaking by stuttering people. W: E. Leobell, red., *XVIth International Congress of Logopedics and Phoniatrix, Interlaken 1974* (s. 25–26). Karger Publishers..
- Adamczyk, B., Kuniszyk, W., Smołka, E. (1976). Czynniki chóralnego mówienia w niektórych metodach terapii jąkania. *Studia Logopaedica*. Materiały Ogólnopolskiego Sympozjum 5–7 IX 1974 i 27–28 V (s. 5–13). UMCS w Lublinie.
- Adamczyk, B., Kuniszyk-Józkowiak, W., Smołka, E. (1980). Oddziaływanie bodźców akustycznych na proces jąkania. W: J. Kacprowski, red., *Akustyka mowy i diagnostyka akustyczna* (s. 75–101). IPPT PAN.
- Adamczyk, B., Kuniszyk-Józkowiak, W., Smołka, E. (1983). Eksperymentalne zastosowanie korektora pogłosowego w terapii jąkania. *Logopedia*, 14/15, 39–49.
- Adamczyk, B., Kuniszyk-Józkowiak, W., Szydło, T. (1990). Ocena przez ośrodki logopedyczne terapii jąkania przy użyciu echokorektora mowy. *Logopedia* 17, 9–17.
- Andrews, G., Guitar, B., Howie, P., (1980). Meta-analysis of stuttering treatment. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 45, 287–307.
- Andrews, Ch., O'Brian, S., Harrison, E., Onslow, M., Packman, A., Menzies, R., (2012). Syllable-timed speech treatment for school-age children who stutter: A Phase I trial. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 43, 359–369.
- Arutiunian, L.Z. (1997). Problemy patologicznego podłoża jąkania. *Logopedia*, 24, 31–37.
- Basista, W. (2018). Estetyka i zaburzenia płynności mowy powołaniem Stanisława Wilczewskiego. W: K. Węsierska, red., współpr. K. Gawęł, *Zaburzenia płynności mowy* (s. 280–293). Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- Beilby J. (2014). Psychosocial impact of living with a stuttering disorder: Knowing is not enough. *Seminars in Speech & Language*, 35/2, 132–143.
- Bennett, E.M. (2006). *Working with people who stutter. A Lifespan Approach*. Upper Saddle River.
- Bloodstein, O., Bernstein, R.N. (2008). *A Handbook on Stuttering*. Sixth Edition, Clifton Park.
- Blomgren, M. (2013). Behavioral treatments for children and adults who stutter: a review. *Psychology Research and Behavior Management*, 6, 9–19.
-

- Błachnio, A., Przepiórka, A. (2012). Jąkanie jako zaburzenie z perspektywy psychologicznej: przegląd badań. *Psychologia Jakości Życia*, 11, 211–222.
- Błachnio, A., Przepiórka, A. (2013). Podejście psychologiczne w terapii jąkania. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 13, 121–125.
- Bochniarz, A. (2009). Gestykulacja w terapii osób jękających się. W: A. Balejko, *Jak pokonać lub zaakceptować jękanie się* (s. 144–150). Wydawnictwo Logopedyczne Antoni Balejko.
- Boroń, A. (2018). Terapia jąkania u dzieci z wykorzystaniem metod Lidcombe Program i Mini-KIDS – studia przypadków. *Forum Logopedy*, 26, 36–42.
- Buchta, R. (2015). Ks. Stanisław Wilczewski – prekursor śląskiej logopedii. W: K. Węsierska, red., *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka* (t. 1, s. 15–21). Komlogo – Uniwersytet Śląski.
- Brutten E.J., Shoemaker D.J. (1967). *The Modification of Stuttering*. Prentice-Hall.
- Byrne, R. (1989). *Pomówmy o zacinaniu*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Campbell, J.H. (2003). Therapy for elementary school-age children who stutter. W: H.H. Gregory, red., *Stuttering therapy. Rationale and procedure* (s. 217–262). Allyn & Bacon.
- Chęćek, M. (1993). Jąkanie. W: T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zalewski, red., *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy* (s. 125–140). Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Chęćek, M. (1997). Etapy w zmodyfikowanym programie psychofizjologicznej terapii jękających się. *Logopedia*, 24, 41–60.
- Chęćek, M. (2001). *Kwestionariusz Cooperów do oceny jąkania. Zarys terapii. Podręcznik*. Wydawnictwo Fundacji „Orator”.
- Chęćek, M. (2004). Techniki przedłużonego mówienia i delikatnego startu mowy wciąż aktualne. *Śląskie Wiadomości Logopedyczne*, 7, 41–45.
- Chęćek, M. (2007). *Jąkanie. Diagnoza – terapia – program*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Chęćek, M. (2000). *Kwestionariusz Cooperów do oceny jąkania. Zarys terapii. Zmodyfikowany program psychofizjologicznej terapii jękających się*. Wydawnictwo Fundacji „Orator”.
- Chęćek, M., Bazański, E. (2020). Objawy niepłynności mówienia u osób dorosłych oraz propozycje terapeutyczne z użyciem strategii „mówienia bardziej płynnego – studia przypadków”. W: K. Węsierska, M. Witkowski, red., *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka* (t. 2, s. 189–204). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Chęćek, M., Bijak, E., Kamińska, D. (2014). *Jąkanie. Skuteczne techniki płynnego mówienia. TPM i TDSM w Zmodyfikowanym programie psychofizjologicznej terapii jękających się* (cz. 1 i 2). Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- Chęćek, M., Kamińska, D. (2019). Mówienie bardziej płynne jako metoda kształtowania płynności mowy. *Forum Logopedy*, 31, 17–23.
- Couture, E.G. (2001). *Stuttering. Its nature, diagnosis and treatment*. Allyn & Bacon.
- Cooper, E.B., Cooper, C.S. (1985). *Cooper Personalized fluency control therapy – revised*. DLM.
- Cooper, E.G., Cooper, C.S. (2003). *Cooper Personalized Fluency Control Therapy for Children* (3<sup>rd</sup> Edition). Pro-Ed Publishers.



- Craig, A., (2010). Smooth Speech and Conitive Behaviour Therapy for the Treatment of Older Children and Adolescents Who Stutter. W: B. Guitar, R. McCauley, *Treatment of Stuttering, Established and Emerging Interventions* (s. 188–214). Lippincott Williams & Wilkins.
- Emerick, L.L. (2015). Pospiesz się z tym wystawianiem. Guzdrzesz się, jakbyś jechał towarem! W: S.B. Hood, red., *Jąkanie – eksperci radzą. Z doświadczeń własnych i zawodowych 28 specjalistów* (s. 15–20). Centrum Logopedyczne.
- Engiel, Z. (1976). Próba opracowania systemu ćwiczeń logopedycznych w rehabilitacji jąkania (cz. 1). *Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne*, 6, 60–63.
- Engiel, Z. (1977). Próba opracowania systemu ćwiczeń logopedycznych w rehabilitacji jąkania (cz. 2, 3, 4). *Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne*, 1, 79–80; 2, 81–84; 3, 70–71.
- Fairbanks G., Guttman N. (1958). Effects of delayed auditory feedback upon articulation. *Journal of Speech and Hear Research*, 1, 12–22.
- Góral-Półtola, J., Tarkowski, Z. (2012). *Skala motywacji do terapii jąkania*. Wydawnictwo Fundacji „Orator”.
- Grabias, S., Panasiuk, J. Woźniak, T. (2015). *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Gregory, H.H (1994). Jąkanie: Gdzie jesteśmy? Dokąd zmierzamy? *Logopedia*, 21, 25–29.
- Gregory, H.H. (2003). *Stuttering therapy: rationale and procedures*. Allyn & Bacon.
- Guitar, B. (2014). *Stuttering. An integrated approach to its nature and treatment*. Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins.
- Guitar, B., Peters, T.J. (2013). *Stuttering: An integration of contemporary therapies*. 5<sup>th</sup> ed. The Stuttering Foundation of America.
- Guitar, B., Peters, T.J. (2014). *Dobór metod w terapii jąkania. Przewodnik dla logopedów*. Centrum Logopedyczne.
- Howie, P., Andrews, G. (1984). Treatment of adult stutterers: Managing fluency. W: R. Curlee, W. Perkins, (red.), *Nature and treatment of stuttering* (s. 424–445). Pro-Ed Publishers.
- Ingham, R.J. (1984). *Stuttering and behavior therapy: Current status and empirical foundations*. College-Hill.
- Ingham, J.C. (1993). Current status of stuttering and behavior modification-I: Recent trends in the application of behavior modification in children and adults. *Journal of Fluency Disorders*, 18, 27–55.
- Ingham, R.J., Martin, R.R., Kuhl, P.K. (1974). Modification and Control of Rate of Speaking by Stutterers. *Journal of Speech and Hearing Research*, 17, 489–496.
- Jastrzębowska G., Pelc-Pękała O. (1999). *Metodyka ogólna diagnozy i terapii logopedycznej*. W: T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, red., *Logopedia* (s. 633–669). Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Kamińska D. (2010). *Wspomaganie płynności mowy dziecka*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”.

- Kąkol, K., Kostek, B. (2018). Poprawa obiektywnych wskaźników jakości mowy w warunkach hałasu. *Zeszyty Naukowe Wydziału Elektrotechniki i Automatyki Politechniki Gdańskiej*, 60, 45–50.
- Kelman, E., Nicholas, A. (2008). *Practical Intervention for Early Childhood Stammering Palin PCI Approach*. Speechmark Publishing Ltd.
- Kilińska-Ewertowska, E. (1987). *Logorytmika*. Zakład Logopedii UMCS.
- Kilińska-Ewertowska, E. (1993). *Ćwiczenia logorytmiczne*. Uniwersytet Gdański.
- Kondáš, O. (1983). *Zajakavosť. Psychologický rozbor a terapia*. SPN.
- Kostecka, W. (2004). *Zintegrowany program terapii osób jękających się*. Wydawnictwo AWH.
- Kostecka, W. (2006a). Rozwój umiejętności komunikacyjnych u osób jękających się w terapii grupowej. *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, 26, 159–165.
- Kostecka, W. (2006b). Zaburzenia płynności mowy i kierunki terapii logopedycznej. *Roczniki Nauk Społecznych*, 34, 157–167
- Kostrzewski, J. (1980). System Marianny Frosting postępowania korekcyjno-wyrównawczego w zaburzeniach percepcji i koordynacji wzrokowo-słuchowej u dzieci. *Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne*, 2, 12–19.
- Kowalczyk, Ł. (2018). Technika „wystukiwania sylab” Krzysztofa Szamburskiego – założenia i skuteczność. W: S. Śniatkowski, D. Emiluta-Roza, K.I. Bieńkowska, red., *Norma i zaburzenia w komunikacji językowej w kontekście edukacyjnym* (s. 179–186). Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Kozłowska, S., Chęciek, M. (2019). O technikach poznawczo-behawioralnych w zmniejszaniu stanów logofobii – studium przypadku. *Biuletyn Logopedyczny*, 33, 129–144.
- Kuniszczyk-Jóźkowiak, W., Smółka, E., Suszyński, W. (2002). Charakterystyki akustyczne mowy osób jękających się w trakcie i po terapii. *Logopedia*, 30, 131–142.
- Kurkowski, M. (2013). *Audiogenne uwarunkowania zaburzeń komunikacji językowej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Langvin, M., Kully, D.A., Ross-Harold, B. (2007). The Comprehensive Stuttering Program for School-Age Children with Strategies for Managing Teasing and Bullying. W: E.C. Conture, R.F. Curlee, *Stuttering and Related Disorders of Fluency* (s. 115–128). Thieme Medical Publisher, Inc.
- Law, T., Packman, A., Onslow, M. (2018). Rhythmic speech and stuttering reduction in a syllable-timed language. *Journal: Clinical Linguistics & Phonetics*, 32, 932–949.
- Leary, M., Kowalski, R.M. (2001). *Łęk społeczny*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Lechta, V. (2011). Jąkanie. W: G. Gunia, V. Lechta, *Wprowadzenie do logopedii* (s. 151–170). Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Lee, B.C. (1950). Some effects of side-tone delay. *Journal Acoustical Society of America*, 22, 639–640.



- Manning, W. H., DiLollo, A. (2007). *Conounseling Children Who Stutter and Their Parents*. W: E.C. Conture, R.F. Curlee, *Stuttering and Related Disorders of Fluency* (s. 115–128). Thieme Medical Publisher, Inc.
- Majzner, R., Tomiczek, D. (2015). Zastosowanie techniki appoggio w pracy terapeutycznej z osobami jękającymi się. W: K. Węsierska, red., *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka. Tom 1* (s. 177–187). Komlogo – Uniwersytet Śląski.
- Manning, W.H. (2010). *Clinical decision making in fluency disorders*, 3<sup>rd</sup> ed. Delmar, Cengage Learning.
- Manning, W.H., DiLollo, A. (2007). Traditional Approaches to Treatment of Stuttering in Adolescents and Adults. W: E.G. Conture, R. F. Curlee, *Stuttering and Related Disorders of Fluency* (s. 233–255). Third Edition Thieme Medical Publishers, Inc.
- Mitrinowicz, A. (1952). *Jękanie. Przyczyny i leczenie*. PZWL.
- Młynarska, M., Smereka, T. (2000). *Psychostymulacyjna metoda kształcenia i rozwoju mowy oraz myślenia*. WSiP.
- Mrozowska, M. (2016): Terapia osób jękających się dr. M.F.Schwartzta oparta na technice pasywnego przepływu powietrza – The Passive Airflow Technique. *Studia Pragmalingwistyczne, VIII*, 83–102.
- Murphy, W.P. (1989). *The school-age child who stutters: Dealing effectively with shame and guilt*. Videotape No. 86. Stuttering Foundation of America.
- Niczyporuk, A. (2017). Dystrakcja i obciążenie poznawcze a skuteczność tłumienia myśli. *Rocznik Kognitywistyczny*, 10, 27–38.
- O'Connor, F. (2008). *Frequently Asked Questions about stuttering*. Rosen Publishing Group.
- Onslow, M., Costa, L., Andrew, Ch., Harisson, E., Packman, A. (1996). Speech outcomes of a prolonged-speech treatment for Stuttering. *Journal of Speech and Hearing Research*, 39, 734–749.
- Prins, D., Ingham, R.J. (2009). Evidence-Based Treatment and Stuttering – Historical Perspective. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 52, 254–263.
- Pruszewicz, A. (1992). Krótki rys historyczny rozwoju foniatryi ze szczególnym uwzględnieniem jej początków w Polsce. W: A. Pruszewicz, red., *Foniatria kliniczna*. PZWL.
- Ramig, P.R., Bennett, E. (1995). Working with 7–12 year old children who stutter: ideas for intervention in the public school. *Language Speech and Hearing Services in School*, 26, 138–150.
- Ramig, P.R., Bennett, E.M. (1997). Clinical management of children: Direct management strategies. W: R.F. Curlee, G.M. Siegel, *Nature and treatment of stuttering: new directions*, 2<sup>nd</sup> ed. (s. 292–294). Allyn & Bacon.
- Ratyńska, J., Szkiełkowska, A., Markowska, R., Mularzuk, M., Kurkowski Z. (2004). Typ jękania a podatność na działanie cyfrowego korektora mowy. *Audiofonologia*, 26, 67–68.
- Rustin, L. (1987). *Assessment and therapy programme for dysfluent children*. NFER Nelson.
- Reardon-Reeves, N., Yaruss, J.S. (2013). *School-age stuttering therapy: A practical guide*. Stuttering Therapy Resources, Inc.
-



- Reichel, I.K., Cook, S. (2018). Wykorzystanie doświadczeń dyscyplin pokrewnych w kształtowaniu postaw studentów logopedii wobec jąkania. W: K. Węsierska, red., współpr. K. Gaweł, *Zaburzenia płynności mowy* (s. 66–80). Wydawnictwo Harmonia Universalis
- Rozentalowa, A. (1971). O logorytmice. *Logopedia*, 10, 116–126.
- Rozentalowa, A., (1976), Słowno-muzyczna rehabilitacja jąkania. *Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne*, 1.
- Ryan, B.P. (1974). *Programmed therapy for stuttering children and adults*. Charles C. Thomas.
- Saad-Merouwe, S. (2020). Terapia dopasowana do potrzeb osoby jękającej się – studium przypadku. W: K. Węsierska, M. Witkowski, red., *Zaburzenia płynności mowy. Teoria i praktyka*. (t. 2, s. 205–222). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Schwartz, M.F. (1974). The core of the stuttering block. *Journal of Speech & Hearing Disorders*, 39, 169–177.
- Sidor, M. (2011). *Niepłynność mowy w jękaniu*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Siwińska, A., Szamburski, K. (2020). Zastosowanie technik behawioralno-poznawczych w terapii jąkania metodą wystukiwania sylab. *Forum Logopedy*, 36, 49–53.
- Shapiro, D.A. (1999). *Stuttering intervention. A collaborative journey to fluency freedom*. Pro-Ed Publishers.
- Styczek, I. (1980). *Logopedia*. PWN.
- Szamburski, K., (1996). Nerwica jąkania – inny sposób spojrzenia na problem niepłynności mówienia. *Logopedia*, 23, 191–213.
- Szamburski, K. (2009). Technika wystukiwania sylab – propozycja uzyskiwania płynności mówienia. W: A. Balejko, *Jak pokonać lub zaakceptować jękanie się* (s. 65–71). Wydawnictwo Logopedyczne Antoni Balejko.
- Szamburski, K. (2014). Pomoce techniczne stosowane w terapii jąkania – zalety i niebezpieczeństwa. *Forum Logopedy*, 1, 49–50.
- Szamburski, K. (2017). Terapia jąkania osób dorosłych. W: L. Jankowska-Szafarska, B. Suligowska, R. Kara, K. Kupiec, red., *Życie z zacięciem. Integralny przewodnik po jękaniu* (s. 45–54). Wydawnictwo Edukacyjne.
- Szewczyk, L. (2013). Księżda Stanisława Wilczewskiego troska o jakość słowa (kaznodziejskiego). *Logopedia Silesiana*, 2, 101–109.
- Tarkowski, Z. (1987). *Jękanie. Zagadnienia etiologii, diagnozy, terapii i prognozy*. ZSL.
- Tarkowski, Z. (1992). *Jękanie wczesnodziecięce*. WSiP.
- Tarkowski, Z. (1993). Giełkot. W: T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zalewski, red., *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy* (s. 157–170). Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Tarkowski, Z. (1999a). *Jękanie*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Tarkowski, Z. (1999b). Terapia jękających się. W: T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, red., *Logopedia. Pytania i odpowiedzi* (s. 754–762). Uniwersytet Opolski.



- Tarkowski, Z. (2005). Jąkanie. W: T. Gałkowski, E. Szelaż, G. Jastrzębowska, red., *Podstawy neurologopedii* (s. 693–735). Uniwersytet Opolski.
- Tarkowski, Z. (2007). *Psychosomatyka jąkania*. Wydawnictwo Fundacji „Orator”.
- Tarkowski, Z. (2008). *Zmiana postaw wobec jąkania*. Wydawnictwo Fundacji „Orator”.
- Tarkowski, Z. (2020). Terapia jąkania metodą Tarkowskiego. W: J.J. Błęszyński, red., *Balbutologopedia: terapia, wspomaganie, wsparcie* (s. 11–21). Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu.
- Tarkowski, Z., Okraśńska A. (2018). Terapia jąkania w ujęciu systemowym. W: A. Domagała, U. Mirecka, red., *Metody terapii logopedycznej* (s. 597–626). Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej.
- Van Riper, Ch. (1971). *The nature of stuttering*. Prentice-Hall.
- Van Riper, Ch. (1973). *The treatment of stuttering*. Practice-Hall.
- Van Zaalen, Y., Reichel, I.K. (2015). Nowoczesne podejścia do terapii gielkotu. W: K. Węsierska, red., *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka* (t. 1, s. 276–288). Komlogo – Uniwersytet Śląski.
- Walencik-Topiłko, A. (1998). Rytm muzyczny i logorytmika w terapii logopedycznej dotyczącej dyslalii. W: I. Nowakowska-Kempna, red., *Logopedia jako nauka interdyscyplinarna – teoretyczna i stosowana*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
- Walencik-Topiłko, A. (2010). Elementy logorytmiki w terapii neurologopedycznej. W: I. Nowakowska-Kempna, D. Pluta-Wojciechowska, red., *Studia z neurologopedii*. Wyższa Szkoła Filozoficzno-Pedagogiczna „Ignatianum”: Wydawnictwo WAM.
- Walencik-Topiłko, A. (2016). Ćwiczenia słuchowe i ruchowe w terapii małego dziecka z zaburzeniami rozwoju mowy. W: K. Kaczorowska-Bray, S. Milewski, red., *Wczesna interwencja logopedyczna* (s. 571–581). Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- Walencik-Topiłko, A., Brych, A. (2020). Rytm i tempo – istotne elementy terapii jąkania. W: J.J. Błęszyński, red., *Balbutologopedia: terapia, wspomaganie, wsparcie. Studia Logopeadica Thoruniensia*, 1, 37–48, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Webster, R. (1980). *The precision fluency shaping program: Speech reconstruction for stutterers (Clinician's program guide)*. Communications Development.
- Węsierska, K. (2006). Niepłynność mowy wśród dzieci w wieku przedszkolnym – profilaktyka i wczesna interwencja w dysfluencji. *Śląskie Wiadomości Logopedyczne*, 11, 45–54.
- Węsierska, K. (2009). *Efektywność działań profilaktyczno-terapeutycznych logopedów w środowisku życia dzieci w wieku przedszkolnym*. Nieopublikowana rozprawa doktorska. Uniwersytet Śląski, Katowice.
- Węsierska, K., Zipper-Malina, B. (2009). Zaburzenia płynności mowy u dzieci z zespołem Downa. *Forum Logopedyczne*, 16, 23–28.
- Wilczewski, S. (1967). Teoretyczne założeni i metoda usuwania jąkania. *Logopedia*, 1967, 105–111.
- Williams, D.E. (1971). Stuttering therapy for children. W: L.E. Travis, red., *Handbook of speech pathology*. Appleton-Century-Crofts.
-

- Woźniak, T. (2016). Przegląd metod kształtowania płynności mowy u osób jękających się. *Nowa Audiofonologia*, 5, 18–23.
- Woźniak, T. (2018). Metoda naturalnego rytmu mowy w terapii osób jękających się. W: A. Domagała, U. Mirecka, red., *Metody terapii logopedycznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Woźniak, T. (2019). Techniki kształtowania płynności mówienia jako podstawa kompleksowej terapii jękających się starszych dzieci i młodzieży. *Logopedia*, 48, 203–214.
- Woźniak, T. (2020). Zaburzenia płynności mowy – stan badań i praktyki logopedycznej na początku XXI wieku. W: K. Węsierska, M. Witkowski, red., *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka* (t. 2, s. 35–49). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Yairi, E., Ambrose, N. (2005). *Early childhood stuttering*. Pro-Ed Publishers.
- Yairi, E., Seery, C.H. (2011). *Stuttering. Foundations and clinical applications*. Pearson Education, Inc.
- Yaruss J.S. (2010). Assessing quality of life in stuttering treatment outcomes research. *Journal of Fluency Disorders*, 35, 190–202.
- Yaruss, J.S. (1998). Describing the consequences of disorders: Stuttering and the International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. *Journal of Speech Language and Hearing Research*, 41, 249–257.

## Neotografia

- Mc Guire, D., online: <https://www.mcguireprogramme.com/en/our-history> [dostęp: 15.11.2020].
- Walencik-Topińko, A., online: Echokorektor mowy. *Encyklopedia Logopedii*: <https://www.komlogo.pl/index.php/encyklopedia/117-e/632-echokorektor-mowy> [dostęp: 15.11.2020].
- Walencik-Topińko, A., online: Logorytmika. *Encyklopedia Logopedii*: <https://www.komlogo.pl/index.php/encyklopedia/125-l/903-logorytmika> [dostęp: 15.11.2020].
- Węsierska, K., online: Mówienie bardziej płynne. *Encyklopedia Logopedii*: <https://www.komlogo.pl/index.php/encyklopedia/127-a/982-mowienie-bardziej-plynnne> [dostęp: 15.11.2020].
- Węsierska, K., online: Jąkanie się bardziej płynne. *Encyklopedia Logopedii*: <https://www.komlogo.pl/index.php/encyklopedia/123-a/804-jakanie-sie-bardziej-plynnne> [dostęp: 15.11.2020].

