

Rozdział 9

Aleksandra Boroń, Lucyna Jankowska-Szafarska

Modyfikacja jąkania jako adaptacyjny sposób radzenia sobie z niepełnością mowy

Przez lata próbowałem powstrzymać się od jąkania i tylko pogorszyłem sprawę. Dopiero gdy odkryłem, że można jąkać się z łatwością i bez walki, osiągnąłem swobodę wypowiedzania się.

Van Riper (2015, 154–155)¹

Wstęp

W tym rozdziale autorki starają się przedstawić podejście modyfikacji jąkania, znane także jako jąkanie się bardziej płynne. Realizując tak sformułowane cele poznawcze, przyjmują one szeroką perspektywę oglądu: rozpoczynają od wskazania początków/powstania metody, opisują jej rozwój na świecie i w Polsce oraz przybliżają łączące się z nią założenia teoretyczne. Następnie przechodzą do wyszczególnienia kolejnych etapów terapii z uwzględnieniem aspektu praktycznego (opisy przypadków), a w podsumowaniu tworzą zestawienie możliwości i ograniczeń tej metody.

Wśród najbardziej dotkliwych odczuć towarzyszących jąkaniu, jakie zgłaszają terapeutom osoby zmagające się z tą trudnością, mieszczą się utrata kontroli nad przebiegiem procesu mówienia oraz splot innych nieprzyjemnych emocji z tym powiązanych. Jeżeli przeżywane jest to jako coś nieprzewidywalnego, nad czym nie da się zapanować, może stanowić punkt wyjścia do utraty poczucia sprawstwa (Węsierska, Jeziorczak, 2016). Zrozumiałą reakcją na te trudności jest zatem unikanie ich w przyszłości – od unikania pojedynczych słów, przez zastępowanie wypowiedzi gestem i mimiką, aż do unikania sytuacji, w których prawdopodobieństwo konieczności wypowiedzania się jest duże. Jeśli jednak takie nastawienie do mówienia trwa dłużej (kilka, kilkanaście lat), może przekładać się na poważniejsze trudności w skutecz-

¹ Tłumaczenie: Aleksandra Boroń.



nym komunikowaniu się – swobodnym, realizowanym w dowolnej sytuacji, względnie niezależnie od tego, kim jest rozmówca. Same techniki płynnego mówienia, które można wyćwiczyć w zaciszu własnego domu, mogą okazać się niewystarczające, szczególnie w konfrontacji z wymagającą sytuacją komunikacyjną, np. wystąpieniem publicznym, zakładającym nie tylko potrzebę opanowania procesu mówienia, ale także emocji, a ponadto właściwą organizację myśli w stresie, przełamanie lęku przed ekspozycją itp. Dlatego też cenne wydaje się takie podejście do terapii jąkania, które uwzględnia postawy i emocje osób z jąkaniem, zakłada proces ich odczulania (desensytyzacji), pozwala sobie z nimi radzić i odnajdywać sposób na lżejsze jąkanie, w efekcie zaś uzyskać możliwość swobodnego wypowiedzania się pomimo utrzymującej się skłonności do zająknięć. Przykładem metody terapeutycznej oferującej te możliwości jest *modyfikacja jąkania* lub – innymi słowy: *jąkanie się bardziej płynne*. Wspomniana metoda pozwala na eksperymentowanie z różnymi sposobami przechodzenia przez niepłynności mowy i dostrzeganie możliwości wyboru. W konsekwencji można odkryć, że niektóre z nich pozwalają wychodzić ze stanu bezsilności wobec jąkania, radzić sobie z nim. Jako kluczowe doświadczenie w procesie terapii uznaje się przerwanie dotychczasowego połączenia (ang. *break the link*) pomiędzy zająknięciem a poczuciem utraty kontroli nad swoją mową (Manning, 2001).

Powtórzmy zatem: zamierzeniem autorek tego rozdziału jest przybliżenie założeń metody modyfikacji jąkania oraz ukazanie jej jako adaptacyjnego sposobu radzenia sobie z trudnościami charakterystycznymi dla tego zaburzenia płynności mowy.

Modyfikacja jąkania – rys historyczny

Za twórcę metody *modyfikacji jąkania*, znanej także pod nazwą *jąkanie się bardziej płynne*, uważa się Charlesa Van Ripera. Metoda ta powstała w Stanach Zjednoczonych w latach 30. XX w. Grupa naukowców Uniwersytetu Iowa (wspomniany już Ch. Van Riper, W. Johnson, B. Bryngelson oraz kierujący zespołem L. Travis) poszukiwała metod terapii jąkania, które skutecznie pomagałyby opanować to zaburzenie. Warto podkreślić, że w dominującym wówczas nurcie terapeutycznym celem terapii było całkowite pozbycie się objawów jąkania za wszelką cenę. Wzmiankowany już zespół badawczy wypracował natomiast odmienne podejście, w którym osobie z jąkaniem „pozwalano się jąkać”, ale uczono ją również, jak zrobić to jak najbardziej naturalnie, bez trudnych, nieprzyjemnych emocji towarzyszących niepłynności, bez wzmożonego napięcia, reakcji walki czy też rezygnowania z wypowiedzi². Długo-

² Na podstawie: K. Węsierska, *Jąkanie się bardziej płynne*. <https://www.komlogo.pl/index.php/encyklopedia/123-j/804-jakanie-sie-bardziej-plynnie>.

trwały efekt terapeutyczny uzależniano od zmiany negatywnego nastawienia i trudnych, nieprzyjemnych uczuć związanych z jåkaniem. Ten czynnik, wraz ze wskazaniem wagi terapii „motorycznej” (*servo therapy*) opartej na kontroli kinestetycznej i proprioceptywnej, był wówczas nowością (Zückner, 2014). Dalsze badania, które prowadził Charles Van Riper na Uniwersytecie Western Michigan, doprowadziły do zmiany podejścia do jåkania. Zaczęto brać pod uwagę psychologiczny wymiar tego zaburzenia płynności mowy.

Opanowanie jåkania poprzez uczynienie objawów lżejszymi, a także uczucie ulgi z powodu uwolnienia się od nadmiernego lęku przed wypowiedaniem się, powodującego z kolei reakcje unikania mówienia, to niewątpliwe korzyści, jakie może czerpać osoba z jåkaniem biorąca udział w procesie terapeutycznym. Głównymi celami terapii metodą modyfikacji jåkania są więc: zredukowanie objawów niepłynności, zmniejszenie poziomu lęku oraz częstości występowania reakcji unikania, a w rezultacie spokojne reagowanie osoby jåkającej się na pojedyncze zająknięcia. Modyfikacja jåkania nie polega zatem na zmianie sposobu mówienia, lecz na uświadomieniu sobie przez osobę zmagającą się z niepłynnością, co dzieje się w momencie zająknięcia, na dokładnym poznaniu mechanizmu tych trudności oraz takiej zmiany objawów (ich modyfikacji), by były lżejsze, krótkotrwałe, pojawiały się rzadziej i nie powodowały trudnych emocji, napięcia oraz wysiłku podczas wypowiedania się. Panowanie nad jåkaniem jest w tym podejściu ważniejsze niż uzyskanie całkowitej płynności mowy³.

Istnieją jeszcze inne podejścia wzmacniające u klienta postawę nieunikania jåkania (ang. *non avoidance*), np. J. i V. Sheehan: *Avoidance-reduction therapy*, V. Sisskin *Avoidance Reduction Therapy for Stuttering* i in. Terapeuci pracujący w tym nurcie również eksplorują zająknięcia i oswajają z tym zaburzeniem płynności mowy osoby, które często przechodziły w swym życiu przez etap tzw. ukrytego jåkania, kiedy to starały się za wszelką cenę nie ujawnić, że się jåkają. J. Sheehan napisał: „Kiedy uświadomisz sobie, że nie musisz niczego ukrywać przed słuchaczem, cała reszta stanie się o wiele łatwiejsza. Będziesz mógł »wyjakać się z tego problemu«” (2015: 49). We współczesnych odmianach metody modyfikacji jåkania także wykorzystuje się założenia podejścia nieunikania jåkania, jak również włącza pewne elementy metod z zakresu psychologii i psychoterapii (np. metody *Intensiv-Modifikation Stottern* autorstwa Hartmuta Zücknera czy KIDS autorstwa Patricii Sandrieser i Petera Schneidera w Niemczech; por. też podejście stosowane w ośrodku City Lit w Wielkiej Brytanii – Everard, Cheasman, 2019). Rachel Everard podsumowuje taki sposób doboru oddziaływań terapeutycznych słowami: „Wierzmy, że praca nad akcepta-

³ Na podstawie: Węsierska K., *Jåkanie się bardziej płynne*. <https://www.komlogo.pl/index.php/encyklopedia/123-j/804-jakanie-sie-bardziej-plynnne>.



cją i modyfikacją mowy jest w pełni możliwa, jeśli pracuje się w sposób przyzwalający, bez wywierania presji, a jednocześnie całym sercem wspiera się osoby z jękaniami tak, by odnalazły swą wartość i zaakceptowały swoją tożsamość” (Everard, Cheasman, 2019, 117)⁴.

Metoda modyfikacji jękania została dostosowana do potrzeb dzieci w wieku szkolnym przez Carla W. Della w latach 70. XX w. Klasyczny podręcznik, dokładnie i praktycznie opisujący każdy etap terapii (zawiera odpowiadające im przykłady dialogów pomiędzy terapeutą i dzieckiem) został wydany w Polsce w 2008 roku w tłumaczeniu Lucyny Jankowskiej-Szafarskiej. Oddziaływania terapeutyczne Dell uzależnia od stopnia nasilenia objawów: jękanie lekkie, umiarkowane i znaczne.

Praca z dziećmi lekko jękanymi się przypomina pośrednie oddziaływania, znane z nurtu kształtowania płynności (przejmowanie przez dziecko inicjatywy w zabawie; mówienie do dziecka w sposób nieco zwolniony, prostym językiem, starając się, by brzmiał on naturalnie; parafrazowanie; równoważenie liczby pytań i komentarzy). Dell łączy je z modelowaniem lekkiego, swobodnego jękania (pojedyncze zajknięcia w jednym słowie w zdaniu, co kilka zdań – redukcja siły zajknięcia jest tu ważniejsza niż zmniejszenie liczby zajknięć) i otwartym mówieniem o jękanii, ale niezbyt daleko idącym (chodzi o modelowanie korzystnej reakcji emocjonalnej na trudności w mówieniu). Jednocześnie autor tej odmiany modyfikacji zaleca wzmacnianie płynności, która w przeważającej części charakteryzuje mowę tych dzieci. Kładzie ponadto nacisk na odczulanie na jękanie, także obecne w ich mowie.

W pracy z dziećmi jękanymi się w sposób umiarkowany celem terapii jest zapobieganie wytworzeniu się niekorzystnego sposobu reagowania dziecka na jego jękanie (walka lub unikanie), ewentualnie zmiana tego sposobu na bardziej korzystny. Dell zaleca więc oddziaływania nakierowane na zmniejszenie lęku i innych trudnych, nieprzyjemnych emocji towarzyszących jękanii, np. konfrontację z jękanii poprzez pseudojękanie terapeuty (swobodne objawy i korzystna reakcja emocjonalna) oraz otwarte mówienie o jękanii. Terapeuta pracuje wraz z dzieckiem również nad umiejętnością rozpoznania stanu napięcia i walki podczas epizodu zajknięcia oraz nad opanowaniem objawów, np. poprzez zmniejszenie liczby powtarzanych głosek/sylab i/lub czasu trwania przedłużeń. Praca nad zmianą nastawienia do jękania jest tu sprzężona z dokonywaną modyfikacją sposobu jękania, te dwa procesy przedstawiane są jako wzajemnie wzmacniające się.

Początkowe etapy pracy z dziećmi jękanymi się w stopniu znacznym są podobne do opisanych powyżej: nawiązanie dobrej relacji terapeutycznej, otwarte mówienie o jękanii, dowolne, swobodne jękanie terapeuty czy też modelowanie korzystnej reakcji na własne zajknięcia. Dell proponuje, by przedstawić dziecku mówienie na

⁴ Tłumaczenie cytatu: Aleksandra Boroń.

trzy sposoby: 1) płynnie, 2) jåkając się w sposób wyraźny oraz 3) jåkając się lekko, swobodnie, bez napięć i wespółuchów. Kolejnym krokiem jest umiejętne manipulowanie tymi sposobami, tzn. wypowiedanie tego samego słowa na trzy wzmiankowane sposoby, co pozwala na rozpoznanie stopnia natężenia bloków, a przy tym na odczucie nadmiarowych emocji związanych z siłowym zmaganiem się z niepłynnością mowy. Daje to też możliwość zdobycia pewnej elastyczności podczas wypowiedania się i dowolności w wyborze sposobu mówienia. Zauważanie spontanicznych lżejszych zająknięć i kierowanie uwagi dziecka w tę stronę pomaga budować w nim pewność siebie, wiarę we własne możliwości oraz obniżyć poziom lęku i bezsilności. Identyfikacja miejsca, w którym powstaje blok, najpierw imitowany, a później autentyczny, pozwala skonfrontować się ze stresem w bezpiecznych warunkach terapii, wreszcie rozłożyć blok na mniejsze elementy, poznać i w następnych krokach nauczyć się z niego uwalniać – najpierw stosując modyfikację po bloku, potem w jego trakcie. W pracy z tą grupą dzieci Dell również zaleca włączanie celowego lekkiego jåkania do codziennej komunikacji i wzmacnianie spontanicznej płynności. W ostatnim etapie terapii kładzie zaś nacisk na budowanie i wzmacnianie niezależności dziecka od pomocy terapeuty, jego samodzielność w radzeniu sobie z trudnościami w wypowiedaniu się (Dell, 2008).

Niektórzy terapeuci opowiadają się za integracją podejść (upłynniania mowy oraz modyfikacji jåkania) i wykorzystują w pracy z jåkaniem metody tzw. hybrydowe, łączące elementy obu nurtów (Ramig, Bennett, 1995; Thum, Mayer, 2014). Zgadzają się oni jednak co do potrzeby dokładniejszego przyglądania się wpływowi środowiska na jåkanie i akcentują konieczność zmiany przekonań, które mogą utrwalać i nasilać jåkanie, a także na potrzebę kształtowania bardziej odpowiednich reakcji, zarówno poznawczych, jak i motorycznych (Ward, 2006).

Modyfikacja jåkania w Polsce

Metoda modyfikacji jåkania pojawiła się w Polsce dzięki Aldonie Grzybowski, psychologowi i logopedzie z Uniwersytetu Jagiellońskiego, która poznała to podejście podczas pobytu na stypendium w USA w latach 80. XX w. Na przełomie lat 80. i 90. XX w. Grzybowska propagowała tę metodę, np. podczas spotkań krakowskiego Klubu J. Zorganizowała (również w Krakowie) wykład jedyne w Europie ucznia Van Ripera, Andreeasa Starkego z Niemiec, terapeuty i jednocześnie osoby jåkającej się, a także warsztaty terapeutyczne modyfikacji dla grupy osób jåkających się (Jankowska-Szafarska, 2017). Metodą tą zainteresowała się ponadto Elżbieta Haponiuk z Uniwersytetu Gdańskiego, która kontynuowała propagowanie jej założeń poprzez organizowanie wykładów i warsztatów Andreeasa Starkego w latach 90. XX w.



(Haponiuk, 2017). We wszystkich tych wykładach i warsztatach na temat nurtu modyfikacji brała udział Lucyna Jankowska-Szafarska, psycholog z doświadczeniem jåkania, która, podobnie jak Andreas Starke, po skutecznym wdrożeniu idei i praktyki terapii wobec siebie, podjęła się prowadzenia terapii osób jåkających się. W toku ponad 25-letniej praktyki w tym nurcie coraz mocniej postrzega tę metodę jako odpowiednik adaptacyjnego radzenia sobie ze stresem w innych dziedzinach życia, jako spójną z ideami współczesnej psychoterapii, w której pogoń za perfekcjonizmem uznaje się za niebezpieczne złudzenie (McWilliams, 2011).

Własną wizję modyfikacji jåkania, poznanej w ośrodkach brytyjskich, oraz możliwość połączenia jej z podejściem kształtowania płynności mowy przedstawiła Wanda Kostecka, która stworzyła *Zintegrowany program terapii osób jåkających się* (Kostecka, 2004).

Etapy terapii

W klasycznym ujęciu Van Ripera klient uczestniczył w terapii przez 3–4 miesiące z taką częstotliwością spotkań: spotkania indywidualne – raz w tygodniu, spotkania grupowe – 3 razy w tygodniu. Następnie (na etapie stabilizacji) przez 3–4 miesiące godzinne sesje indywidualne i grupowe odbywały się 1–2 razy w tygodniu. Obecnie możliwe są rozmaite rozwiązania: sesje wyłącznie indywidualne (1–2 razy w tygodniu przez 6–9 miesięcy) lub tylko grupowe (raz w tygodniu przez 6–9 miesięcy). Możliwe jest także łączenie krótkoterminowych, intensywnych programów trwających 4–9 dni z długoterminowymi, odbywającymi się raz w tygodniu (por. np. ośrodek City Lit w Londynie; Ward, 2006).

Ponieważ w klasycznym opracowaniu autorstwa Van Ripera (*The treatment of stuttering*, 1982) niewiele jest szczegółowych wskazówek na temat praktycznego zastosowania metody, terapeuci rozwinęli rozmaite jej warianty. W Niemczech czynił to wspomniany już Andreas Starke, dzięki któremu modyfikacja jåkania rozprzeczniła się w tym kraju (Zückner, 2014; Ward, 2006), a w późniejszym czasie także w Polsce.

W różnych podejściach opartych na modyfikacji jåkania (Sandrieser, Schneider, 2015) etapy terapii przedstawiają się następująco:

- etap wstępny: informacje, kontrakt, motywacja;
 - odczulanie;
 - identyfikacja;
 - modyfikacja;
 - generalizacja/stabilizacja;
 - w razie potrzeby – dodatkowe wsparcie po zakończeniu terapii.
-

W przebiegu terapii etap identyfikacji może poprzedzać etap odczulania (Zückner, 2014), niemniej jednak, niezależnie od odmiany metody modyfikacji, kolejne poziomy przenikają się wzajemnie; odczulanie towarzyszy właściwie wszystkim etapom procesu terapii, a generalizacja rozpoczyna się już podczas wcześniejszych poziomów, nie stanowi więc wyłącznie etapu zamykającego terapię.

MIDVAS

Klasyczny przebieg terapii, zgodny z wytycznymi Ch. Van Ripera, obejmuje następujące etapy: e. motywacji (ang. *motivation*), e. identyfikacji (ang. *identification*), e. odczulania (ang. *desensitisation*), e. wdrażania zmiany (ang. *variation*), e. przybliżania się (ang. *approximation*) i e. stabilizacji (ang. *stabilization*). Od pierwszych liter angielskich nazw tych etapów otrzymał on nazwę MIDVAS; jest też opisany w dostępnych źródłach (Jankowska-Szafarska, 2017, 2018, 2019).

Motywacja może być rozumiana jako nastawienie do zmiany, której pragnie klient. Zgodnie z modelem zmiany zachowania (Prochaska, DiClemente, 1983) adaptowanym na potrzeby terapii jękania (Floyd i in., 2007) jednostki przechodzą przez pięć etapów nazwanych: prekontemplacją (nieodróżnianie potrzeby zmiany), kontemplacją (chęć do zmiany przy braku gotowości do terapii), przygotowaniem (początek podejmowania działań), działaniem (zmiany na pewnym poziomie) i utrzymaniem (aktywne próby zapobiegania nawrotom). Każdy z tych etapów określa inny stopień gotowości danej osoby do zmiany oraz zakłada, w jakim czasie należy wykonać określony zestaw zadań, by przejść do kolejnego etapu. Przed rozpoczęciem procesu terapeutycznego warto sprawdzić, na jakim etapie procesu zmiany znajduje się osoba podejmująca terapię i czego potrzebuje, by wykonać następny krok. Uwzględniając to, terapeuta może mieć pewność, że jego podopieczny jest gotowy do przeprowadzenia zmian, jakie wspólnie ustalą.

Motywacja determinuje ewentualny sukces terapii, kluczowe jest więc włączenie osoby zgłaszającej się na terapię w planowanie jej przebiegu. Na tym etapie terapeuta wspiera osobę jękającą się w poszukiwaniach źródeł motywacji do podejmowania kolejnych wyzwań w procesie poznawania własnego jękania i odzyskiwania kontroli nad mówieniem. Niedocenianie motywów osoby, z którą pracuje, czy też nieodróżnianie ich to poważny błąd terapeuty; jego zadaniem jest bowiem odkryć i wspierać motywację do podjęcia terapii i aktywnego w niej udziału, a czasem pomagać w jej powstawaniu. Ważne jest również, by informować klienta o możliwych trudnościach podczas terapii, o konieczności konfrontacji z niełatwymi emocjami, pracy nad sobą oraz o obciążeniach, jakie niesie ze sobą proces zmiany. Każda osoba chciałaby znać pozytywne efekty zmiany, którą rozważa, i byłoby dobrze, gdyby ko-



rzyści przeważały nad kosztami, które zmuszona będzie ponieść. Dlatego też w procesie terapii dokonuje się ewaluacji tego aspektu. Uwzględnia się wówczas czynniki mające bezpośredni wpływ na wzrost i obniżenie motywacji. Trudności, które terapeuta może tutaj napotkać, to: problemy z ustaleniem celu terapii, niechęć do jąkania, unikanie go, chęć całkowitego wyleczenia, niski poziom zaufania do terapeuty i in. (Dodge, 2017). Na tym etapie zawierany jest również kontrakt terapeutyczny.

Praktyczny wymiar etapu motywacji

Rozpoczynając terapię metodą modyfikacji, terapeuta otwarcie mówi o jąkaniu, o celach terapii i jej organizacji, zarówno w kontakcie z osobami dorosłymi, jak i z dziećmi (Dell, 2008; Sandrieser, Schneider, 2015; Zückner, 2014). Przełamuje w ten sposób zmoję milczenia, swoiste tabu, jakim może być temat jąkania dla wielu osób. Z dzieckiem i rodzicami zawiera kontrakt – w wersji bardzo uproszczonej zapisuje cele spotkania. Kontrakt (dla młodszych dzieci może on przybierać formę rysunkową) podpisują wszystkie strony. Element ten stanowi przypomnienie, po co dziecko przychodzi do gabinetu, wyznacza ponadto ramy, w których mieści się terapia. Gdy dziecko uzna, że cel został osiągnięty, kontrakt uważa się za rozwiązany. Dziecko w młodszym wieku szkolnym może otrzymać także książeczkę, w której wypisane są pytania i zadania, jakie stoją przed nim w terapii. Znalezione odpowiedzi oraz wykonane zadania zostają odnotowane w książeczce. Tym sposobem dziecko nie tylko dowiaduje się, po co przychodzi do terapeuty, ale także śledzi przebieg terapii, zauważa, jak wiele już wie i jak dużo umie, co wspiera motywację, chęć do współdziałania oraz współodpowiedzialności za proces terapeutyczny i jego efekty (Sandrieser, Schneider, 2015).

Im młodsze są dzieci, tym więcej odpowiedzialności za terapię leży po stronie ich rodziców/opiekunów. Równoległe do terapii dziecka odbywa się więc zwykle cykl warsztatów grupowych dla rodziców. Ich celem jest m.in. oswojenie tematu jąkania, przełamanie tabu, dostarczenie najważniejszych informacji o tym zaburzeniu mowy poprzez otwarte mówienie o jąkaniu oraz dzielenie się materiałami i multimediami o tematyce zaburzeń płynności mowy. Warsztaty są okazją do wymiany doświadczeń pomiędzy rodzicami, do uwolnienia się z poczucia winy za jąkanie dziecka, do spojrzenia na nie z innej perspektywy, jak również dostrzeżenia wyjątkowości i mocnych stron dziecka. Zadbanie przez rodzica o siebie i swoje potrzeby, a także o potrzeby partnera daje dobre podstawy do tego, by bardziej skutecznie wspierać dziecko zarówno w procesie terapii, jak i na co dzień.

Bardzo ważna jest świadomość trudności w mowie i poczucie stopniowego zdobywania kontroli nad nią przez osoby z jąkaniem. Niektóre z nich wiedzą tylko tyle,

że mają trudności z wydobywaniem z siebie dźwięków mowy, rozpoznają objawy pierwotne (w mowie), ale zdarza się, że nie rejestrują objawów wtórnych (współruchy, zakłócenia oddechowe itp.). By móc skutecznie zapanować nad mową, muszą więc poznać swój indywidualny wzorzec jąkania (Zückner, 2014). Zanim jednak terapeuta rozpocznie konfrontację z jąkaniem, powinien się upewnić, czy udało mu się nawiązać dobry kontakt z osobą, która tej konfrontacji ma się poddać (Dell, 2008), tzn. czy został zaakceptowany, obdarzony zaufaniem na tyle, że dana osoba czuje się w jego towarzystwie bezpiecznie i swobodnie.

Identyfikacja

Celem tego etapu terapii jest stopniowe uzyskanie przez osobę jąkającą się wglądu w naturę jej jąkania, czyli pełnej świadomości objawów pierwotnych i wtórnych oraz postaw, myśli i emocji poprzez konfrontację z nimi, a także gotowość do otwartego o tym rozmawiania. W tym okresie relacja terapeuta–klient ma szansę się pogłębić. Logopedzi wykorzystują narzędzia diagnostyczne, np. *The Overall Assessment of Stutterers' Experiences of Speaking*, by wspomóc osobę z jąkaniem w rozpoczęciu procesu (samo)obserwacji oraz refleksji na temat jej jąkania (Yaruss, Quesal, 2010)⁵. Wyniki testów i kwestionariuszy mogą stanowić punkt wyjścia do dyskusji nad wpływem rozmaitych czynników na występowanie bądź nasilenie objawów jąkania, do analizy ilościowej i jakościowej tych objawów oraz powiązanych z nimi myśli i emocji (por. aspekty: behawioralny, kognitywny i afektywny jąkania). Wykorzystanie lustra oraz nagrań audio i wideo może natomiast ułatwić analizę objawów w mowie i towarzyszących im reakcji z poziomu ciała. Z doświadczeń Lucyny Jankowskiej-Szafarskiej wynika, że sposób użycia tych narzędzi, podobnie jak i cały proces identyfikacji, powinien być empatycznie dopasowywany do indywidualnej wrażliwości, a także do potrzeb osoby z jąkaniem, tak aby nie przekraczał jej aktualnych możliwości przystosowania, nie tworzył sytuacji presji. Identyfikacja dotyczy: objawów podstawowych (powtórzenia, przedłużenia, blokowanie mowy), unikania konkretnych głosek/słów i/lub osób, sytuacji komunikacyjnych, części ciała, w których odczuwa się napięcie, reakcji po zajknięciu (na samo zajknięcie, ale także na reakcje otoczenia na jąkanie) oraz trudnych, nieprzyjemnych emocji przed, w trakcie i po zajknięciu/wypowiedzi. Etap identyfikacji powinien przebiegać hierarchicznie – od elementów łatwiejszych, niestanowiących źródła silnego stresu, do trudniejszych

⁵ W przygotowaniu jest polska wersja językowa tego narzędzia: *Całościowa ocena doświadczenia jąkania przez mówiącego OASES*, przeznaczonego dla dzieci, młodzieży i osób dorosłych. Tłum. A. Boroń, G. Chmielewski, E. Gurok, Ł. Kowalczyk, K. Węsierska: www.stutteringtherapy-resources.com.



(Ward, 2006). Gdy terapeuta obserwuje u swojego podopiecznego problemy z emisją głosu, komunikatywnością, budowaniem narracji językowej, problemy związane z obniżoną samooceną, problemy emocjonalne i rodzinne bądź te łączące się z ogólnymi umiejętnościami nawiązywania i utrzymywania relacji społecznych, w dalszej perspektywie może wziąć pod uwagę plan dopełnienia terapii osoby z jękaniami we współpracy z innymi specjalistami, np. logopedą (jeśli terapeuta jest psychologiem), psychologiem lub psychoterapeutą (jeśli terapeuta jest logopedą).

Praktyczny wymiar identyfikacji

Klient wspierany przez terapeutę zaczyna badać swoje jękanie, zarówno w obszarze zachowania, przyjmowanych postaw, przekonań, jak i przeżywanych emocji. Biorąc pod uwagę trudności, jakie powoduje jękanie, może on stworzyć swego rodzaju hierarchię problematycznych dla siebie sytuacji; skalować je można pod względem natężenia stresu. Pierwszą próbą zmiany postawy jest samo postanowienie obserwowania siebie, swojego sposobu wypowiedzania się i jękania w miejsce dotychczasowych prób unikania takich obserwacji.

Identyfikacja trzech podstawowych objawów jękania (powtórzeń, przedłużeń, bloków) w pracy z dziećmi przebiega zgodnie z zasadą stopniowania trudności. Początkowo terapeuta skupia ich uwagę słuchową na dźwiękach niezwiązanych z mową, potem na różnych sposobach mówienia (głośno/cicho, nisko/wysoko, szybko/wolno). Stopniowo przechodzi do koncentracji na pojedynczych słowach (wyróżnianie jednego spośród wielu), a wreszcie do różnic w wypowiedzaniu słów. Odpowiednio do wieku dzieci logopeda dobiera określenia trzech objawów jękania – w przypadku dzieci w wieku wczesnoszkolnym odwołuje się do świata zwierząt, przedmiotów codziennego użytku, postaci z bajek itp.; dzieci w starszym wieku szkolnym nie potrzebują już zwykle takich odwołań. Terapeuta stara się pomóc dziecku różnicować objawy, rozpoczynając od tych, które są najłatwiejsze do rozpoznania i naśladowania – powtórzeń (młodszym dzieciom prezentuje objaw więcej niż 2–3 razy, by miały szansę go zauważyć). Dzieci rozpoznają, czy dane słowo było wypowiedziane z powtórzeniami sylaby, czy bez powtórzeń, potem różnicują słowa pod względem liczby powtórzeń. Kolejne etapy to różnicowanie objawu swobodnego (bez napięcia) oraz objawu, któremu towarzyszy napięcie. Istnieje możliwość rozpoznawania także objawów towarzyszących, jeśli jest to potrzebne. Zabawy z wykorzystaniem lekkiego, swobodnego powtarzania są dla dzieci zwykle bardzo przyjemne. Te z nich, które ukrywały wcześniej swoje jękanie, były małomówne z tego powodu, zaczynają mówić więcej, a więc także więcej objawów jękania słyszalnych jest w ich mowie. To naturalny etap terapii, o czym warto poinformować

rodziców (chodzi o to, by nie martwili się z powodu przejściowego zwiększenia liczby objawów jåkania w mowie dziecka).

Nie rozpoczyna się pracy terapeutycznej od tego objawu, który jest najsilniejszy i najbardziej dotkliwy dla dziecka (por. np. blokowanie mowy), lecz zgodnie z zasadą stopniowania trudności staramy się pokazać lżejsze jåkanie, rozpoczynając od objawu najłatwiejszego. Jest to zazwyczaj swobodne, lekkie powtarzanie sylab nagłosowych otwartych, bez zbitek spółgłoskowych, z zachowanymi pauzami pomiędzy powtarzаныmi sylabami. Może się zdarzyć i tak, że już na tym etapie terapii u dzieci doświadczających silnych bloków występują one z mniejszym napięciem lub rzadziej. Podobnie przebiega różnicowanie przedłużeń ze względu na czas ich trwania oraz obecność napięcia albo jego brak.

Rozpoznawaniu i różnicowaniu objawów w mowie towarzyszy rozpoznawanie stanów emocjonalnych, a także myśli, jakie pojawiają się przed, w trakcie i po momencie zająknięcia. Uświadomienie sobie, że jåkanie to nie tylko objawy w mowie, pomaga w zrozumieniu złożoności tego zaburzenia mowy. Można tu wykorzystać model góry lodowej, która pomoże oddzielić to, co widoczne i słyszalne dla rozmówcy, od tego, co jest ukryte przed jego wzrokiem i słuchem. Im dłużej trwa jåkanie, im dłużej dziecko musi z nim zmagać się samotnie, narażone na negatywne reakcje otoczenia, tym większe prawdopodobieństwo wypiętrzenia ogromnej góry lodowej zbudowanej np. z lęku, wstydu, frustracji, złości oraz nieprzyjemnych myśli o sobie jako mówcy z jåkaniem, o sytuacjach, w których trzeba się wypowiadać, i o samym jåkaniu. Przyglądanie się temu, w których sytuacjach osobie z jåkaniem najłatwiej i najtrudniej jest się wypowiadać, pozwala w późniejszym czasie odpowiednio dobrać poziom trudności zabaw/ćwiczeń. Oswajanie z lżejszym jåkaniem w gabinecie oraz w domu przenosi się stopniowo poza te miejsca – najpierw do poczekalni, przed budynek, potem do domu babci, cioci, do szatni szkolnej itd. Łańcuch wsparcia dziecka poszerza się o kolejne osoby, które posiadając już minimum wiedzy i umiejętności, zapewniają dziecku komfortowe warunki do wypowiadania się.

Warto zauważyć, że dodatkowe możliwości wypróbowania lżejszego wariantu jåkania w przyjaznych warunkach dają zajęcia grupowe dla dzieci z jåkaniem w szkole, poradni czy w gabinecie logopedycznym. Są okazją do poznania rówieśników/innych dzieci z jåkaniem, rozmaitych sposobów jåkania się, a także do wymiany doświadczeń, wzajemnego wsparcia i odnalezienia poczucia wspólnoty.

Odczulanie

Istotą etapu odczulania jest oswojenie z jåkaniem – z samym pojęciem „jåkanie” (przetłamywanie tabu), z jego objawami w mowie, trudnymi myślami i emocjami,



jakie się z nim wiążą, reakcjami słuchaczy na nie, upływem czasu podczas dłużej trwających zająknięć i in. Wykorzystuje się w tym celu różne sposoby pracy: otwarte mówienie o jąkanii, nieunikanie go – otwarte jąkanie (ang. *open stuttering*), modelowanie swobodnego jąkania (pseudojąkanie, ang. *pseudostuttering*, zwane też jąkaniiem celowym, ang. *voluntary stuttering*) czy „zamarzanie” (ang. *freezing*) – zatrzymanie w momencie zająknięcia i utrzymywanie przez chwilę narządów mowy w tej pozycji (Ward, 2006). W efekcie tego typu oddziaływań wzrasta poziom odporności psychicznej klienta, m.in. na czynniki, których występowanie nasilało zwykle objawy jąkania. Zmniejsza się ponadto nasilenie lęku, trudnych emocji, a zwiększa się poziom pewności siebie, samoocena jako jąkającego się mówcy oraz poczucie wpływu w sytuacjach komunikacyjnych, szczególnie tych, których ta osoba wcześniej unikała.

Praktyczny wymiar odczulania

By oswoić dziecko z lżejszym jąkaniiem, w rozmowie z nim terapeuta modeluje mowę spokojną, swobodną, starając się co 2–3 zdania wypowiadać jakieś słowo i modelując łagodnie jąkanie (np. powtarzając kilkakrotnie sylabę nagłosową) bez napięcia, współruchów, zakłóceń oddechowych, zmian w natężeniu i wysokości tonu głosu. Utrzymuje przy tym kontakt wzrokowy z dzieckiem. Jest to tzw. pseudojąkanie. Do poprawnego wykonania modelowania niezbędne jest wystarczające odwrażliwienie samego terapeuty, dlatego też wskazane jest wcześniejsze przygotowanie specjalisty w tym zakresie.

Rodzice młodszych dzieci uczą się tego sposobu mówienia i starają się przenieść go do codziennej komunikacji. Ma to również walor odczulający na jąkanie, na utratę czasu podczas mówienia czy też na reakcje słuchaczy, co jest szczególnie ważne u osób przejawiających reakcje unikania, ukrywających jąkanie, traktujących je jako porażkę poniesioną podczas mówienia. Nawiazane dobrego kontaktu z dzieckiem bądź osobą dorosłą w tym pierwszym etapie terapii ma kluczowe znaczenie, gdyż rozmowa o trudnych emocjach może się odbywać tylko w atmosferze bezpieczeństwa i z osobą, do której mamy zaufanie. Poczucie bezwarunkowej akceptacji, uznania własnej godności i wartości jako człowieka jest niezbędne do przyjęcia terapeuty jako przewodnika w procesie eksplorowania własnego jąkania oraz zmiany sposobu radzenia sobie z niepełnością mowy (Dell, 2008).

U młodzieży i osób dorosłych etap ten rozpoczyna się od osvajania ze słuchaniem łagodnej formy niepełności modelowanej przez terapeutę. Ważne jest budowanie tolerancji dla łagodnego, lekkiego, swobodnego jąkania się. Bardziej zaawansowana praca będzie polegała na stopniowym i empatycznym wdrażaniu

ustalonego w terapii zadania. Ostatni element (refleksja) to opracowywanie zaistniałych sytuacji podczas spotkania z terapeutą. Z jednej strony będzie to poszukiwanie znaczących pozytywnych aspektów, które mogą zostać niezauważone przez osobę z jåkaniem, a z drugiej pomoc w opracowywaniu niedoskonałości i ewentualnych trudności, jakie się pojawiły. Te zadania to zazwyczaj zastosowanie „pseudojåkania” w codziennej sytuacji komunikacyjnej i obserwacja własnej reakcji oraz reakcji rozmówcy. Logopeda rozpoczyna od sytuacji najłatwiejszej dla klienta i stopniowo dochodzi do tych, które przeżywane są jako najtrudniejsze, cały czas badając odzew osobisty, jak również społeczny.

Najważniejsze na opisywanym etapie doświadczenia z „pseudojåkaniem” to trudny do zrozumienia aspekt terapii, mający jednocześnie kluczowe znaczenie dla stopniowego odwracania spirali narastania problemu jåkania. Odnosząc się do konceptualizacji jåkania opracowanej przez Van Ripera (1991), należy podkreślić, że przyczyną narastania problemu jest nadmiarowa reakcja emocjonalno-behawioralno-poznawcza na jåkanie pierwotne uwarunkowane czynnikami neurobiologicznymi (polegające na prostym powtarzaniu sylab czy przedłużaniu dźwięków). Wynika ona z poczucia zagrożenia tymi mimowolnie pojawiającymi się chwilami przerwy w toku mówienia i odruchowej na nie reakcji w postaci napięcia lub unikania, które dodatkowo zwiększają problem z wypowiedzeniem danego słowa, a następnie są źródłem kolejnych komplikacji w rozwoju umiejętności komunikacyjnych, tak istotnych dla człowieka. Ta reakcja do czasu jej przepracowania w terapii w nurcie modyfikacji zazwyczaj pozostaje nieuświadomiona, a nawet podlega swego rodzaju odszczepieniu: osoby jåkające się nie czują żadnego wpływu na sposób jåkania i co najważniejsze: posiadanie wpływu wydaje im się zupełnie niemożliwe. W terapii stopniowo, aczkolwiek z najwyższą empatią, terapeuta kwestionuje to przekonanie, budując poczucie wpływu wobec tych aspektów jåkania, które mają charakter wyuczony (choć dotąd nieuświadomiony i nieodczuwany) i tym samym podlegają procesom modyfikacji (zmiany, przekształcenia, regulacji). Mając świadomość trudu tego przedsięwzięcia, logopeda rozpoczyna od dobrowolnych doświadczeń z pierwotną formą jåkania określaną jako „pseudojåkanie”, aby przekonywać klienta, że w tej łagodnej formie może być ona normalną częścią stylu mówienia, cechą mówienia, która należy bardziej do obszaru indywidualności człowieka, nie zakłócając istotnie procesu porozumiewania się. Buduje tym samym w polu funkcjonowania osoby z jåkaniem swoistą wyspę: doświadczenie nieptynności mowy wolnej od negatywnej reakcji behawioralnej i emocjonalno-poznawczej, będące punktem zaczepienia i zarazem punktem odniesienia w dalszej, trudniejszej fazie terapii jåkania (można by je nazwać też kotwicą utrzymującą kruche początkowo poczucie wpływu na jåkanie). Terapeuta eksperymentuje wraz z osobą jåkającą się w gabinecie, a potem w sytuacjach codziennych, sprawdzając, jaki realnie odzew



społeczny oraz osobisty budzi łagodna forma jąkania i czy naprawdę jest to tak jednoznacznie negatywne zjawisko, jak dotychczas sądziła. Jeżeli budzi ono w kimś zdziwienie lub początkowo zauważalny jest brak akceptacji, to warto ustalić, jakie są tego przyczyny. Czy wynika to ze zwyczajnego zdziwienia tą niewątpliwie nieoczekiwaną nie płynnością mowy, czy jest raczej wyrazem stylu funkcjonowania danego rozmówcy, np. w postaci nadmiernej niecierpliwości, na które warto budować odporność psychiczną. To trudne i wymagające czasu, ale możliwe do zrealizowania wyzwanie dla terapeuty i osoby z jąkaniem. Pomocna jest także psychologiczna praca nad ogólnym poczuciem wpływu na sposób budowania relacji, komunikowania się i nad umiejętnością asertywnego zachowania.

Od początku terapii ważny jest udział w ruchu samopomocy: obserwowanie innych osób, poczucie wspólnoty, wymiana doświadczeń i próby podejmowania własnej aktywności na rzecz innych osób. Działania te, wraz ze zmianą postaw, będą wpływać na emocjonalne przeżywanie jąkania. Terapeuta dąży do procesu wstępnej habituacji w niektórych sytuacjach, szczególnie tych z mniej utrwaloną reakcją stresu. Sytuacjami bardziej problematycznymi, utrwalonymi będzie się natomiast zajmować na dalszych etapach terapii.

Modyfikacja

Celem tego etapu terapii jest uzyskanie bardziej płynnego czy też kontrolowanego jąkania. Pełnowymiarowe zaburzenie płynności mowy – z objawami towarzyszącymi, zarówno ze sfery behawioralnej, jak i poznawczej oraz emocjonalnej – zostaje przekształcone w wersję łżejszą, generującą mniej wysiłku, a także negatywnych reakcji ze strony osoby jåkającej się, jak również słuchacza. Klient nabywa świadomość proprioceptywną w zakresie aspektu motorycznego mowy (Ward, 2006; Zückner, 2014). Ten etap terapii zapewnia zatem praktyczne strategie wspomagające bardziej płynne jåkanie się, a jednocześnie ma wpływ na zmianę negatywnego nastawienia do siebie jako mówcy z jåkaniem. Techniki, które są pomocne w opisywanej fazie terapii, to: anulowanie epizodu jåkania (ang. *cancellation*), wycofywanie się z momentu zajåknięcia (ang. *pull-out*) oraz zestaw przygotowawczy (ang. *preparatory set*). Dokonajmy ich krótkiej charakterystyki:

- Anulowanie epizodu jåkania (ang. *cancellation*) – technika nazywana także „modyfikacją po bloku”; osoba poddawana terapii zazwyczaj uczy się jej jako pierwszej, w sytuacji gabinetowej. Polega ono na wypowiedzeniu zajåkniętego słowa do końca, a po ok. trzysekundowej przerwie na przygotowanie (ruchy pantomimiczne) należy wypowiedzieć to słowo ponownie, tym razem stosując modyfikację – łagodniejszą wersję jåkania.
-

- Wycofywanie się z momentu zajknięcia (ang. *pull-out*) – technika zwana „modyfikacją w trakcie bloku”. Polega na zatrzymaniu się w momencie zajknięcia, zidentyfikowaniu miejsca, gdzie skumulowane zostało napięcie, rozluźnieniu napięcia w tym obszarze i powolnym wychodzeniu z bloku, przy równoczesnym delikatnym przedłużaniu zablokowanych dźwięków i przechodzeniu od głoski do głoski.
- Zestaw przygotowawczy (ang. *preparatory set*) – technika zwana „modyfikacją przed blokiem”. Dotyczy mięśni narządów mowy, które powinny w odpowiedni sposób przygotować się do czynności mówienia przed budzącym obawę słowem: rozluźnione narządy mowy łączą się miękko, przepływ powietrza jest łagodny, fonacja – delikatna, przedłużona, podobnie jak przechodzenie od głoski do głoski (Ward, 2006; Jankowska-Szafarska, 2017).

Praktyczny wymiar modyfikacji – dzieci w wieku szkolnym

Etap modyfikacji wnosi do zajęć nową jakość – dziecko zwykle ma na tyle już duże zaufanie do terapeuty, że pozwala mu „dotknąć” momentów własnych zajknięć. Ćwiczenia odbywają się więc teraz na rzeczywistych momentach, w których pojawia się jąkanie, a także przed nimi i po nich. Dziecko ma szansę wypróbować techniki, które mogą pomóc zapobiec wystąpieniu objawu jąkania w danym słowie (a nawet podczas wypowiedzania konkretnej głoski), pomogą uwolnić się z objawu jąkania oraz zmodyfikować brzmienie słowa, w którym objaw wystąpił. Swobodne, lekkie powtarzanie lub przedłużanie (bez napięcia i współruchów) dziecko może zastosować, spodziewając się trudności w konkretnym słowie. Wydostając się z momentu zajknięcia, może wykorzystać technikę *pull-out*, polegającą na zatrzymaniu w momencie bloku, rozluźnieniu napięcia i – po odzyskaniu kontroli nad mową – delikatnym przedłużeniu głoski, po czym mówiący stara się wypowiadać w dalszym ciągu delikatnie i w miarę możliwości bez napięć, by nie zwiększać ryzyka ponownego „utknięcia” w kolejnym słowie. Po wypowiedzeniu słowa, w którym wystąpił blok, mówiący może także zrobić pauzę i delikatnie zwierając narządy mowy oraz lekko przedłużając głoskę, wypowiedzieć dane słowo ponownie. Nie można zmuszać dziecka do wykonywania tych ćwiczeń; terapeuta modyfikuje jąkanie jako model, a dziecko – jeśli zechce – może nie być aktywne, może spróbować zastosować modyfikację lub nadal wykorzystywać lekkie, swobodne powtarzanie lub przedłużanie. Na tym etapie terapii logopeda postępuje podobnie jak w zaburzeniach artykulacji: stymuluje samokontrolę słuchową, kinestezję artykulacyjną, wykorzystując pracę przed lustrem, analizowanie nagrań wideo itp., co powoduje, że dziecko z jąkaniami lepiej czuje i słyszy to, co dzieje się w jego mowie (tzn. jak przebiega proces wypowiedzania słów i jak brzmi to słowo, które wypowiedziało w zmieniony sposób). Im starsze dzieci, tym więcej czasu tera-



peuta poświęca na analizowanie przebiegu ruchów artykulacyjnych, brzmienia głosek, a także całych słów. Zdolności metajęzykowe dzieci młodszych mogą okazać się jeszcze niewystarczające, by dostrzec i zrozumieć tak złożone procesy językowe.

Stopniowo dzieci zyskują coraz większe poczucie kontroli nad mówieniem, co powoduje, że w terapii obierają coraz trudniejsze cele i są coraz pewniejsze siebie w radzeniu sobie z jękaniami. Zrozumienie wpływu myśli na emocje pozwala zbudować odpowiednie nastawienie do sytuacji komunikacyjnych, do mówienia w ogóle i do siebie jako mówcy z jękaniami.

Terapeuta powinien poinformować nauczyciela, że dziecko znajduje się obecnie na innym etapie terapii i może chcieć zastosować w klasie techniki inne niż dotychczas. Dzięki temu nauczyciel może wesprzeć je w podejmowaniu prób także podczas lekcji. Być może dziecko będzie gotowe, by wspólnie z terapeutą przeprowadzić w klasie lekcję na temat jękania. Może się ona odbyć pod warunkiem wcześniejszego przygotowania nauczyciela i uczniów (lekcja o inności – dostrzeganie wartości w cechach odróżniających nas od innych, tolerancja), zgody dziecka na współprowadzenie takiej lekcji, jak również zgody jego rodziców. Podczas lekcji uczniowie mogą sprawdzić wiedzę na temat jękania (por. np. formę quizu), próbować jąkać się (uczeń jąkający się w roli eksperta), wchodzić w rolę osoby z jękaniami wypowiadającej się w rozmaitych sytuacjach i przy różnych sposobach reagowania otoczenia na jękanie. Pozwala to dzieciom wykazać się zrozumieniem i empatią nie tylko wobec osób z trudnościami w płynnym wypowiedzianiu się, lecz także doświadczających innego rodzaju trudności, niekoniecznie w komunikacyjnych.

Dziecko jąkające się należy przygotować do radzenia sobie z ewentualnym mobbingiem. Warto rozmawiać o rozmaitych sposobach reagowania otoczenia na jękanie i dociekać, skąd takie zachowania mogły się wziąć (zaskoczenie, ciekawość, niepewność rozmówcy i in.). W kolejnym kroku warto przygotować zestaw możliwych do wykorzystania zachowań w reakcji na rozmaite sytuacje społeczne – od zainteresowania, ciekawości po chęć dokuczenia – i wzmacniać postawę asertywnego, pewnego siebie mówcy. Odpowiedni zestaw materiałów informacyjnych na ten temat powinien otrzymać również nauczyciel dziecka, w rozmowie z nim logopeda powinien przekazać najważniejsze informacje dotyczące jękania i specyficznych trudności dziecka (Dell, 2008). W miarę możliwości powinien także zorganizować szkolenie dla nauczycieli w placówce (Scott, Guitar, red., 2012).

Stabilizacja

Etap stabilizacji ma na celu przeniesienie do codzienności wyuczonych sposobów radzenia sobie w momentach zająknięć, wzrost poziomu spontanicznej płynności

mowy oraz przygotowanie się na nawroty jąkania. W tej fazie kładzie się nacisk na to, by osoba jąkająca się poradziła sobie w stresujących sytuacjach komunikacyjnych. Terapeuta jest teraz na zdecydowanie mniej eksponowanej pozycji, stara się, by osoba z jąkaniem radziła sobie z możliwie niewielkim wsparciem lub zupełnie bez jego pomocy (Ward, 2006). Na tym etapie pojawia się długoterminowy obszar pracy terapeutycznej nad wygaszaniem utrwalonych reakcji poznawczo-emocjonalnych na bazie korektywnych doświadczeń emocjonalnych. Wynikają one z zastosowania modyfikacji jąkania, z poszerzającego się poczucia wpływu i poczucia sprawczości w sytuacjach komunikacyjnych. Podkreśla ten mechanizm Charles Van Riper w jednym z ostatnich artykułów (Van Riper, 1991, 318), podsumowując swoje życiowe wysiłki znalezienia skutecznej terapii jąkania: „Dodatkowo, kiedy [klient – A.B., L.J.S.] odkryje, że można jąkać się bez napięcia i stosowania uników, poziom frustracji i innych negatywnych emocji opadnie”⁶. Długofalowe omawianie w gabinecie terapeuty doświadczeń nabytych podczas stosowania modyfikacji w codziennych sytuacjach życiowych obejmować będzie zarówno drobne osiągnięcia i większe sukcesy, jak i okresowe porażki lub blokady w jej zastosowaniu. Będzie to służyć budowaniu bądź wzmacnianiu odporności na stres i trenowaniu umiejętności kontynuowania konstruktywnych wysiłków pomimo pewnych niepowodzeń, które są po prostu częścią życia. Do zakończenia terapii zbliżamy się wtedy, kiedy osoba w niej uczestnicząca czuje się wystarczająco stabilnie w samodzielnym radzeniu sobie z jąkaniem i toleruje niedoskonałości w mówieniu, które nadal będą obecne. Jednym z ważniejszych czynników stabilizujących efekty terapii jest dalszy udział w ruchu samopomocy, i to w roli coraz aktywniejszej (Tuchowska, 2017).

Praktyczny wymiar stabilizacji

Na początkowym etapie stabilizacji wciąż kluczowa jest rola terapeuty. Odbywa się poznawcze i emocjonalne opracowywanie dobrych doświadczeń modyfikacji, często niezauważanych lub zgoła pomijanych przez samego klienta: jeszcze długo trwać może utrwalony nawyk zwracania uwagi tylko na momenty niepowodzeń. Terapeuta z najwyższą uwagą, niemal jak detektyw, wyłuskuje dobre doświadczenia z opowieści osoby z jąkaniem, opisuje je jak najdokładniej, ukazując wysiłek, jakiego te zmiany wymagały i niemal uczy traktować je jako sukces, jakim niewątpliwie są. Z własnej praktyki autorka wynika, że jest to niezwykle satysfakcjonująca część pracy zawodowej. Trudniejsze, ale tak samo ważne, jest opracowywanie okresowych spadków formy i pojedynczych niepowodzeń, dzięki czemu buduje się stabilną tole-

⁶ Tłumaczenie: Lucyna Jankowska-Szafarska.



rancję utrwalonej tendencji do niepełności mowy. Akceptacja pozostałej po terapii części jąkania, którą można by teraz nazwać po prostu niepełnością mowy (albo też cechą / odmiennością / czymś, co jest charakterystyczne dla mówienia danej osoby), musi wynikać z pogłębionego ogólnego rozumienia siebie i samoakceptacji. Obraz samego siebie staje się coraz mniej skoncentrowany na wpływie jąkania, a praca terapeutyczna dotyczy kwestii osiągnięcia równowagi pomiędzy poczuciem sprawstwa a akceptacją ograniczeń jako zadania życiowego z obszaru rozwoju osobistego (Jankowska-Szafarska, 2020). Bardzo ważny jest także udział w grupie samopomocy w aktywnej roli, pomoc innym oraz podejmowanie innych aktywności wymagających wypowiedzi, np. w klubach dla mówców (ang. *toastmasters*).

Generalizacja efektów terapii w pracy z dziećmi odbywa się właściwie już od pierwszych spotkań, od momentu, w którym rodzice i dziecko zaczęli używać w domu mowy z lekkimi, swobodnymi powtórzeniami. Przez cały czas trwania terapii terapeuta, rodzice i dziecko starają się, by umiejętności opanowane w gabinecie pojawiały się w codziennej komunikacji. Terapeuta, rodzice i nauczyciele starają się organizować sprzyjające warunki do przenoszenia „sukcesów gabinetowych” do środowiska, aby maksymalnie ułatwić dziecku to skomplikowane zadanie.

Propozycja kolejnego etapu: Wzmacnianie integracji społecznej, pozwalającej poszerzyć i utrwalić poczucie panowania nad jąkaniem w grupie i w codziennych sytuacjach społecznych

Dzieci już od wieku przedszkolnego mogą uczestniczyć w zajęciach grupowych, zarówno odbywających się stacjonarnie, jak i online. Celem takich zajęć jest możliwość przeniesienia nabytych umiejętności do codziennej komunikacji, szczególnie z rówieśnikami, oraz stworzenie okazji do poznania innych dzieci z jąkaniem i różnych rodzajów niepełności mowy. W swojej klasie/szkole dziecko z jąkaniem może być jedyną osobą doświadczającą jąkania, może więc myśleć o sobie jako o jedynej takiej osobie na świecie (oto wypowiedź jednego z kilkuletnich uczestników zajęć grupowych dla dzieci: *Nie wiedziałem, że inne dzieci też się jąkają!*). Obserwując i słuchając wypowiedzi rówieśników, dziecko może zauważyć, że jąkać można się na różne sposoby (wypowiedź innego dziecka: *On nie umie się jąkać!*). Dzieci mają możliwość eksplorowania tajemnic mechanizmów mowy i radzenia sobie z jąkaniem, ale także otrzymują bezwarunkową akceptację ze strony terapeutów, mogą wymienić doświadczenia z innymi dziećmi, porozmawiać na trudniejsze tematy w sprzyjającej atmosferze. Poznają obszary emocji i myśli towarzyszące jąkaniu oraz sposoby radzenia sobie z trudnymi uczuciami, myślami o sobie i o jąkaniu. Podczas tych zajęć zostaje zakwestionowanych wiele stereotypów, błędnych przekonań na temat tego zaburzenia mowy oraz osób, które się z nim zmagają. Dzieci mają szansę na wzmacnianie pewności siebie, doświadczanie sukcesów i porażek podczas podej-

mowania nowych wyzwań i utwierdzanie się w przekonaniu, że są wyjątkowe i wartościowe takie, jakie są. Ich inny, niepowtarzalny dla każdego z dzieci sposób mówienia staje się jeszcze jedną cechą, a nie wadą, którą należy bezwzględnie i w stu procentach skorygować. Nie oznacza to, że pozostawia się jåkanie „niezaopiekowane”, lecz uzbraja się dzieci w sposoby pozwalające na opanowanie objawów w mowie i daje się im swobodny wybór techniki oraz tego, czy w ogóle z niej skorzystają. W ten sposób dzieci mają możliwość kontrolowania własnej mowy. Zarówno plan wypowiedzi, jak i jej wykonanie w całości pozostają w ich gestii, nie są sterowane z zewnątrz poprzez kontrolujące stan płynności mowy otoczenie. Potrzeba samostanowienia jest naturalna i dotyczy także mówienia, dlatego też swobodny wybór tego, co dziecko powie, jak to powie i kiedy to powie, powinien leżeć u podstaw każdego oddziaływania terapeutycznego, którego celem jest pomoc osobie z trudnościami w porozumiewaniu się.

W terapii modyfikacji jåkania wykorzystującej podejście nieunikania jåkania (ang. *non-avoidance therapy*) dzieci w wieku szkolnym przechodzą trening kompetencji społecznych. Zawiera on m.in.: opanowywanie podstawowych kompetencji komunikacyjnych (np. nawiązywanie kontaktu wzrokowego), uświadamianie, identyfikowanie i wyrażanie emocji powiązanych z jåkaniem, regulację emocjonalną (np. radzenie sobie z lękiem w sytuacjach komunikacyjnych), umiejętności poznawcze (zmiana myśli i postaw wobec jåkania) oraz kompetencje w zakresie rozwiązywania problemów i konfliktów, także w sytuacji mobbingu. Istotne jest również odczulanie w zakresie stosowania technik w obecności kolegów/przyjaciół czy nabywanie świadomości ciała, niezbędnej do rozpoznawania i regulowania napięcia (Kuckenberg, 2015).

W pracy z młodzieżą i osobami dorosłymi duże znaczenia ma także wychodzenie ze strefy komfortu tworzonej przez środowisko terapeutyczne lub samopomocowe dla osób z jåkaniem, np. poprzez udział w warsztatach umiejętności społecznych czy warsztatach samopoznania organizowanych dla szerokiego grona odbiorców zainteresowanych rozwojem osobistym. Klienci stosują tu modyfikację jåkania, ale jednocześnie są zaangażowani w oryginalne, inne niż radzenie sobie z jåkaniem cele tych spotkań. Jedynym dodatkowym/terapeutycznym zadaniem związanym z jåkaniem mogłoby być uważne obserwowanie stylu radzenia sobie ze stresem pozostałych członków grupy, np. w sytuacji lęku przed ekspozycją społeczną bądź innymi indywidualnymi ograniczeniami, chociaż w tej sytuacji nie będzie to jåkaniem. Celem tych działań jest to, aby w coraz mniejszym stopniu identyfikować się z jåkaniem jako głównym problemem w życiu, aby zobaczyć je w kontekście całej osobowości i ogólnych wyzwań życiowych. Należałoby aktywnie sprzyjać temu, by jåkaniem odgrywało coraz mniej znaczącą rolę w obrazie Ja, aby stawało się jedną z wielu cech stanowiących o czyjejs indywidualności, choć bardzo trudno będzie dojść do pełnej neutralności. Nie da się bowiem, według doniesień współczesnych



badania naukowych (np. tych z obszaru psychoterapii), całkowicie wygasić utrwalonych wzorców reagowania, można je tylko modyfikować. Możemy też zadać pytanie osobom nieustępliwie dążącym do perfekcji, czy warto poświęcać temu czas i energię, czy lepiej skierować ją na inne, oczekujące na uwagę sfery życia. Jak ujęła to Rachel Everard: „Sukces w terapii oznacza, że osoby z jękaniem nie używają już pojęcia »jękaniem«, definiując to, kim są, że potrafią radzić sobie z jawnymi i ukrytymi objawami niepełności i że prowadzą pełne, bogate i znaczące życie” (Blanchet i in., 2020, 21).

Tabela 1. Etapy terapii – cele i techniki

Etap terapii	Cele	Techniki
Etap wstępny – informacje, kontrakt	Przekazanie informacji na temat dostępnych metod, możliwość wypróbowania rozmaitych podejść, podjęcie decyzji o rodzaju terapii.	Kontrakt terapeutyczny, otwarte mówienie o jękaniu, demonstrowanie różnic w podejściach terapeutycznych.
Motywacja	Gotowość do podjęcia terapii, rozważenie korzyści i trudności, jakie niesie ze sobą terapia.	Poszukiwanie źródeł motywacji, uwzględnianie motywów klienta, informowanie o możliwych trudnościach podczas terapii i efektach zmiany.
Identyfikacja	Uzyskanie wglądu w naturę własnego jękania – świadomość objawów pierwotnych i wtórnych, postaw, myśli i emocji. Gotowość do otwartego mówienia o tym.	Rozpoznawanie i identyfikowanie objawów pierwotnych i wtórnych. Konfrontacja z myślami, emocjami, postawami.
Odczulanie	Oswajanie z jękaniem, reakcjami słuchaczy, upływem czasu, zmniejszenie nasilenia trudnych emocji. Wzmacnianie odporności psychicznej osoby z jękaniem. Zwiększenie poczucia wpływu w sytuacjach komunikacyjnych. Zauważanie kolejnych kroków w odzyskiwaniu wpływu na proces mówienia.	Oswajanie z jękaniem poprzez demonstrowanie łagodnych form jękania, „zamarzanie” – zgodnie z jękaniem. Otwarte jękaniem, pseudonianie. Wzmacnianie płynności. Wzmacnianie odporności psychicznej osoby jękania, „zamarzanie” – zgodnie z jękaniem. Zwiększenie poczucia wpływu w sytuacjach komunikacyjnych. Zauważanie kolejnych kroków w odzyskiwaniu wpływu na proces mówienia.

cd. tabela 1.

Etap terapii	Cele	Techniki
Modyfikacja	Przekształcenie pełnowymiarowego zaburzenia płynności mowy w wersję lżejszą, wymagającą mniejszego wysiłku oraz minimalizującą negatywne reakcje ze strony mówiącego i słuchacza. Nabycie świadomości proprioceptywnej w zakresie aspektu motorycznego mowy. Zmiana negatywnego nastawienia do siebie jako mówcy z jękaniem.	Anulowanie epizodu jękania (modyfikacja po bloku), wycofywanie się w trakcie bloku), zestaw przygotowane reakcje ze strony mówiącego (modyfikacja przed blokiem).
Stabilizacja	Przeniesienie do codzienności uczonych sposobów radzenia sobie w momentach zająknięć, wzrost poziomu spontanicznej płynności mowy oraz przygotowanie na nawroty jękania.	Omawianie doświadczeń związanych ze stosowaniem modyfikacji jękania w codziennych sytuacjach.
Wzmacnianie integracji społecznej	Trening kompetencji społecznych. Odczulanie w zakresie stosowania technik w obecności kolegów/przyjaciół. Nabywanie świadomości ciała związanych z jękaniem. Zwiększanie niezbędnej do rozpoznawania i regulowania napięcia. Okazja do poznania innych dzieci/osób z jękaniem oraz możliwość trenowania sposobów radzenia sobie z jękaniem – grupowe zajęcia terapeutyczne, spotkania klubów samopomocowych.	Trening podstawowych kompetencji komunikacyjnych. Uświadamianie, identyfikowanie i wyrażanie emocji związanych z jękaniem. Zwiększanie świadomości ciała, m.in. poprzez rozpoznanie obecności napięcia. Zmiana myśli i postaw wobec jękania. Ćwiczenia w zakresie rozwiązywania problemów i konfliktów (mobbing). Wypowiadanie się w obecności kolegów/przyjaciół z modyfikacją jękania.

Źródło: Opracowanie własne.

Możliwości i ograniczenia terapii metodą modyfikacji jękania

Metoda terapii jękania bardziej płynnego nie jest jeszcze w Polsce tak popularna, jak rozmaite podejścia w nurcie upłynniania mowy. Logopedzi, którzy chcieliby włączyć umiejętność pracy metodą modyfikacji do swojego warsztatu pracy, powinni przejść odpowiednie szkolenia i wdrażać się do pracy pod okiem bardziej doświadczonych terapeutów (Sandrieser, Schneider, 2015). Niestety, nie jest to jeszcze tak powszechna praktyka, jak w innych krajach świata. Polscy logopedzi nie zawsze dysponują wystarczającym przygotowaniem zawodowym (szkolenia podstawowe w zakresie terapii jękania, konkretnej metody oraz pracy z rodzicami, szkolenia rozwijające,



poddawanie się superwizji czy koleżeńskim interwizjom), które ułatwia uzyskanie odpowiedniego nastawienia do jąkania (pomoc w ustalaniu realistycznych celów; gotowość do współpracy z rodzicami, innymi specjalistami i przedstawicielami samopomocy; gotowość do modelowania swobodnego mówienia o jąkaniu; umiejętność nawiązania dobrego kontaktu terapeutycznego i rozmawiania na trudne tematy; gotowość do poddania się superwizji) oraz wypracowanie właściwego zachowania komunikacyjnego w rozmowie z osobą jąkającą się – niepodzielna uwaga, aktywne słuchanie, udzielanie informacji zwrotnych, mówienie naprzemiennie, nieprzerywanie itp., które są niezbędne do efektywnego udzielania pomocy terapeutycznej (Sandrieser, Schneider 2015). Polscy terapeuci korzystają jednak z dorobku swoich poprzedniczek, które doskonaliły się w terapii metodą modyfikacji jąkania podczas szkoleń zagranicznych i dzielą się swoją wiedzą i doświadczeniem (por. artykuły i publikacje m.in. W. Kosteckiej, L. Jankowskiej-Szafarskiej, E. Haponiuk). Odbłyło się w Polsce także kilka warsztatów na temat modyfikacji jąkania u małych dzieci (szkolenia z metody Mini-KIDS prowadzone przez Petera Schneidera), jak również warsztaty z modyfikacji jąkania u osób dorosłych (prowadzone przez Lucynę Jankowską-Szafarską i Jagodę Tuchowską), ale zapotrzebowanie jest znacznie większe niż dostępna oferta szkoleniowa.

Terapeuta chcący pracować metodą modyfikacji jąkania powinien być odczulony na wszystkie aspekty tego zaburzenia płynności mowy. Nie wszyscy mają łatwość demonstrowania lekkich, łagodnych objawów jąkania, co wiąże się zapewne ze społecznym tabu towarzyszącym temu zaburzeniu płynności mowy. Umiejętności modelowania swobodnego powtarzania lub przedłużania głosek w każdej sytuacji, otwartego mówienia o jąkaniu trzeba się nauczyć, aby terapeuta potrafił zrobić wszystko to, o co prosi swoich klientów, i by mógł skutecznie pomagać im w odzyskiwaniu poczucia kontroli nad mówieniem (Dell, 2008).

W metodzie jąkania się bardziej płynnego zbieranie danych dotyczących postępów w terapii nie jest tak istotne, jak w np. w podejściu upłynniania mowy, trudniej jest bowiem ocenić zmiany zachodzące w postawach osoby podejmującej terapię i zmiany jakościowe w charakterze jąkania. Zmiany zachodzące w postawach osób podejmujących terapię oraz zmiany jakościowe o charakterze jąkania można ocenić w badaniu BAB Martine Vanryckeghem. Struktura programu terapeutycznego jest swobodna, wymaga więc od logopedy elastyczności, samodzielności i umiejętności dopasowywania podejmowanych działań do zmieniających się realiów terapii, co może sprawiać kłopoty początkującym logopedom, ale pozwala przy tym na spontaniczną aktywność i przynosi wiele radości terapeutce i dzieciom. Przygotowanie studentów logopedii do pracy tą metodą nie jest łatwe, ponieważ każda osoba prowadzona jest odmiennie (np. niepowtarzalna jest zawsze interakcja pomiędzy podmiotem terapii i terapeutą), a od logopedy wymaga się

w tym podejściu także wycucia czasu i umiejętności udzielania wsparcia emocjonalnego (Guitar, Peters, 2014).

Należy dodać, że metoda modyfikacji stawia wyzwania zarówno przed terapeutą, jak i klientem, gdyż konfrontuje z możliwością wwu na sposób jękania, pomaga przełamywać nieprzyjemne emocje, przekraczać własne ograniczenia. Uchodzi więc za trudniejszą do wycuczenia niż np. metoda upłynniania mowy (Ochsenkühn i in., 2010). Z drugiej jednak strony umiejętność radzenia sobie z trudnościami w wypowiedzianiu się, towarzyszącymi tym trudnościom emocjami, postawami, myślami na temat jękania i siebie jako jękańcego się mówcy, a ponadto umiejętność reagowania na zachowania słuchaczy/rozmówców mogą być przydatne w życiu (jako wzór/schemat postępowania w trudnych sytuacjach).

Niewątpliwą zaletą tego podejścia jest to, że zostało ono przystosowane do pracy z osobami jękańcymi się bez względu na przedział wiekowy – w tym z dziećmi już od 2,5 lat – i niezależnie od tego, jak długo trwają objawy niepełności w mowie (Sandrieser, Schneider, 2015; Dell, 2008). W pracy z rodzicami dzieci jękańcych się modyfikacja może łączyć się z oporem rodziców/opiekunów przed terapią, która zaprasza ich do jękania się wraz z dziećmi, może powodować dyskomfort, a także nieść ze sobą ryzyko niewłaściwego modelowania przez nich swobodnego jękania się. Przejściowe nasilenie objawów niepełności mowy w początkowym etapie terapii także może być sygnałem niepokojącym dla rodziców, dlatego konieczne jest przygotowanie ich przez terapeutę na taką ewentualność.

Metoda modyfikacji umożliwi uwolnienie się z pojedynczego zająknięcia bez konieczności zmiany na stałe sposobu mówienia, który bywa nienaturalny w odbiorze. W szerszej perspektywie oferuje natomiast pomoc w odzyskaniu panowania nad wypowiedzianiem się. Pomimo nadal obecnego w mowie nieznacznego jękania, które osoba z jękaniami akceptuje i które jej nie przeszkadza, potrafi ona wypowiadać się swobodnie w różnych sytuacjach społecznych. Jak stwierdza Dell: „zadaniem terapeuty nie jest »wyleczenie« dziecka z jękania, ale odwrócenie kierunku zmian w jego mówieniu, to znaczy wyeliminowanie czynników powodujących pogłębianie się problemu i kształtowanie takich, które sprzyjają powrotowi do coraz łagodniejszej formy zacinań się” (Dell, 2008: 114).

Modyfikacja jękania w wersji dostosowanej do potrzeb dzieci w dużym stopniu włącza otoczenie do terapii, dzięki czemu rozpowszechnianie wiedzy o jękanii i korzystnych sposobach reagowania na nie rozprzestrzenia się w środowisku.

Skuteczność tego podejścia nie jest jak na razie wystarczająco udokumentowana, szczególnie w obszarze pracy z małymi dziećmi – niektóre badania jeszcze trwają (por. wyniki badań nad modyfikacją jękania: Blomgren i in., 2005; Euler i in., 2014; Laiho, Klippi, 2007; Natke i in., 2010; za: Neuman i in., red, 2017:113).



Tabela 2. Możliwości i ograniczenia modyfikacji jąkania

Możliwości	Ograniczenia/trudności podczas stosowania metody
<ul style="list-style-type: none"> • Odczulenie • Swobodna struktura programu • Techniki uwalniania z niepełności • Możliwość zapanowania nad mówieniem • Jąkanie akceptowalne • Metoda dla każdego przedziału wiekowego (dzieci od 2,5 lat) • Współpraca z rodzicami • Rozpowszechnianie wiedzy o jąkaniu w otoczeniu dziecka z jąkaniem • Szerokie zastosowanie metody – przygotowuje do radzenia sobie z trudnościami, co może przydać się nie tylko podczas mówienia 	<ul style="list-style-type: none"> • Niewystarczające przygotowanie zawodowe logopedów w zakresie metody • Niewystarczające odczulenie samego terapeuty • Konfrontacja z jąkaniem, trudnymi emocjami i in. • Początkowy dyskomfort podczas pseudojąkania • Ryzyko niewłaściwego wykonywania pseudojąkania • Niezbędna koncentracja podczas korzystania z technik • Przejściowe nasilenie objawów jąkania na początku terapii powodujące zniechęcenie • Brak przekonania ze strony rodziców do idei modyfikacji pomimo oddziaływań terapeutycznych oraz trudności z wygospodarowaniem czasu i przestrzeni w sobie, by prowadzić ćwiczenia z dzieckiem w domu • Niewiele badań skuteczności

Opracowanie własne na podstawie: Sandrieser, Schneider, 2015; Guitar, Peters, 2014; Ochsenkühn i in., 2010.

Zakończenie

Metoda modyfikacji jąkania otwiera szeroką perspektywę – zarówno przed terapeutą, jak i osobami podejmującymi terapię, w zakresie możliwości odzyskania kontroli nad procesem mówienia. Rozległość obszarów, których dotyczy, pozwala na uznanie jej za jedną z najbardziej kompleksowych metod terapii jąkania odnoszącą się do wszystkich trzech aspektów tego zaburzenia płynności mowy: behawioralnego, kognitywnego i afektywnego. Możliwość uniezależnienia się od terapeuty i samodzielnego sterowania/zarządzania komunikacją we wszystkich sytuacjach stanowi jej niezaprzeczalną zaletę. Nie jest ona jednak wolna od mankamentów, tak jak wszelkie inne metody wykorzystywane przez specjalistów zawodowo związanych z pomaganiem; najczęściej zgłasza się tu niewystarczające potwierdzenie jej skuteczności w badaniach naukowych. Mimo to daje terapeutom możliwość oddziaływania wobec osób z jąkaniem w każdym wieku i niezależnie od czasu jego trwa-

nia, pomaga im budować poczucie sprawczości, które obok wsparcia społecznego uznawane jest za jedno z głównych źródeł powodzenia terapii.

Załącznik 1. Studia przypadków (terapeuta Aleksandra Boroń)

Przykład 1

Mężczyzna z jękaniem w wieku 20 lat. Jękanie towarzyszy mu od dziecka. Nigdy nie był w terapii. Postrzegał siebie jako nieatrakcyjnego nie tylko z powodu niepełności mowy. W rozmowie z terapeutką udało się ustalić, jaki jest jego zdaniem wzorzec atrakcyjnego mężczyzny – poza płynnością mowy wymienił wszystkie cechy zewnętrzne i wewnętrzne, jakie swoim zdaniem posiadał. Wówczas stwierdził: *Gdyby nie jękanie, nie miałbym problemu ze znalezieniem dziewczyny*. Logopeda starała się więc wspólnie z nim „rozpracować” jego jękanie, rozłożyć je na czynniki pierwsze. Moment zająknięcia zwykle poprzedzało napięcie odczuwalne w ciele (tors, krtań, gardło). Wzmoczone emocje nasilały te odczucia, dodatkowo mężczyzna myślał o sobie jak najgorzej, przewidywał porażkę, chciał jak najszybciej uciec z sytuacji komunikacyjnej. Zdaniem terapeutki mężczyzna potrzebował wsparcia psychologicznego, ale nie zdecydował się na konsultację ze specjalistą. Praca z jękaniem obejmowała: myślenie o sobie i swoim jękaniu, emocje w związku z mówieniem, reakcjami odbiorców i doznaniem płynącymi z własnego ciała oraz sposoby uwalniania napięcia, swobodnego powtarzania i przedłużania dźwięków mowy. Logopeda wsparła się elementami podejścia *mindfulness* oraz relaksacją autogenną Schultza (mężczyzna korzystał z nagrań w domu). *Mindfulness* bardzo mu się spodobał i zaczął korzystać z jego założeń na co dzień, nie tylko w odniesieniu do trudności w mówieniu. Poznał grupę pasjonatów tego nurtu w Internecie i spotykał się nimi regularnie. Wsparcie ze strony rodziców było śladowe, mężczyzna właśnie się od nich wyprowadził, i to bardzo daleko, mieszkał sam, ale miał przyjaciół po sąsiedzku. Ogólnie był akceptowany, choć zdarzały się drobne żarty z jego niepełności, bez cech mobbingu. Początkowo mężczyzna mówił, że zaprzestał poszukiwania partnerki życiowej, ale po pewnym czasie to słowo udało się zmienić na „odłożyłem na później”, co oznaczało, że się nie poddał. W terapii stopniowo zaczął stosować swobodne powtarzanie sylab i przedłużanie głosek w momentach zająknięć, w połączeniu z poczuciem rozluźniania mięśni ciała. Terapeutka starała się też wpłynąć na sposób myślenia klienta – długo trwało poszukiwanie „dobrych myśli” w powiązaniu z mówieniem. Najpierw nazywał konkretne umiejętności, które zdobywał (stopniowo od: *potrafię swobodnie powtarzać głoski i sylaby, potrafię delikatnie przedłużać głoski, potrafię wyostać się z bloku, aż do: potrafię powiedzieć to, co chcę, jak chcę, kiedy chcę*), po-



tem przyszła kolej na zaznajomienie się z ogólnymi zasadami dobrej komunikacji (np. podczas rozmów w szkole) i na umiejętność ich stosowania oraz przyjemność z mówienia na ulubione tematy. Emocje, które towarzyszyły jękaniu w momentach silnych zająknięć (wstyd, strach przed reakcją rozmówcy, niepewność, czy sobie poradzi), początkowo się nie zmieniły, lecz nie pojawiały się, gdy mężczyzna stosował swobodne powtórzenia i przedłużenia. Był bardzo zdeterminowany do wprowadzenia zmian w swojej mowie – gdy tylko poczuł się pewniej w stosowaniu swobodnych powtórzeń i przedłużeń, używał ich w niemal każdej rozmowie, nawet mówiąc do siebie. Ta „zawziętość” początkowo niepokoiła terapeutkę, ale zaowocowała biegłością w stosowaniu technik, a także szybkim transferem, czego w tak krótkim czasie się nie spodziewała. Mężczyzna odwiedzał logopedę coraz rzadziej, w końcu uznał, że sam sobie poradzi, i zakończył terapię. Jego dalsze losy nie są terapeutce znane.

Przykład 2

Dziewczynka (7 lat), jąka się od 3 lat, jej mama też jest osobą jękającą się. Dziewczynka od początku była bardzo świadoma trudności w mówieniu. W przedszkolu była wycofana, małowówna, w szkole jest podobnie, nie ma przyjaciół (jej przedszkolna przyjaciółka chodzi do innej szkoły). W domu mówi niemal bez przerwy, choć ostatnio bardzo zmagają się z jękaniem, szczególnie z blokami. Gdy jest ich dużo, to czasem rezygnuje z dokończenia zdania. Dziewczynka otwarcie nazwała problem: czasem „buzia nie chce jej się otworzyć”, ale nie wchodziła w rozmowę o szczegółach tych trudności, powiedziała tylko: *Zrób coś!* Na pytanie, czy lubi mówić, odpowiedziała: *Przedtem tak.* Nie chciała rozmawiać o uczuciach, jakie towarzyszą jej podczas mówienia, ani też o tym, co myśli na temat jękania. Chciała, żeby logopeda jej powiedziała, co zrobić, żeby „buzia zawsze się otwierała do mówienia”. Terapia rozpoczęła się więc od etapu różnicowania napięcia i rozluźnienia oraz umiejętności delikatnego przedłużania dźwięków mowy. Umiejętność uwalniania się z bloków była bardzo potrzebna temu dziecku, by mogło wyrażać siebie, a powtórzenia i nieliczne przedłużenia ogóle mu nie przeszkadzały (początkowo dziecko nawet ich nie zauważało w swojej mowie). Mama dziewczynki miała wiele obaw o jej przyszłość, szczególnie z powodu niedobrych wspomnień z okresu szkolnego. Potrzebowała wsparcia nie tylko ze strony terapeutki, ale także od osób, które przeżywały podobne zmartwienia jako rodzice dzieci z jękaniem (stąd decyzja o dołączeniu do grupy wsparcia dla rodziców), nie odczuwała natomiast potrzeby pomocy terapeutycznej w zakresie własnego jękania.

Dziewczynka przeszła etap odwracania na upływ czasu podczas bloków, na stres podczas szkolnych sytuacji komunikacyjnych (nowe dzieci w klasie, nowa pani) i na reakcje otoczenia (przerywanie i kończenie za nią jej wypowiedzi). Nauczyciel-

ka otrzymała broszury i plakaty oraz informacje na temat terapii od logopedy. Etap generalizacji nastąpił dość szybko – dziewczynka zaczęła stosować swobodne przedłużanie w domu (z mamą i z siostrą, tata nie chciał brać udziału terapii ze względu na pracę wyjazdową oraz częstą i długotrwałą nieobecność w domu), a potem także w szkole. Jąkanie pozostało w jej mowie w postaci lekkich jedno- lub dwukrotnych powtórzeń oraz sporadycznych przedłużeń, z blokami zazwyczaj sobie radziła, choć w sytuacji silnie emocjonującej było to dla niej trudne. Sama zdecydowała, że już sobie radzi z mówieniem i nie musi więcej przyjeżdżać do gabinetu. Jej mama przywoziła ją jednak jeszcze kilka razy w coraz dłuższych odstępach czasu, gdyż sama odczuwała potrzebę wsparcia.

Przykład 3

Chłopiec (12 lat), jąka się od 6 lat. Początkowo logopedzi zapewniali rodziców, że chłopiec wyrośnie z jåkania, potem jåkanie zmniejszyło nasilenie, ale od czwartej klasy dokucza mu dość mocno, głównie jest to wielokrotne powtarzanie głosek lub sylab w nagłosie. Sprawia to, że nauczycielka i rówieśnicy muszą dość długo czekać, aż chłopiec rozpocznie wypowiedź. W klasie jest zaledwie 12 uczniów, wszyscy znają się od przedszkola, więc przywykli do sposobu wypowiadania się kolegi, rodzice coraz bardziej jednak się martwią o przyszłość syna. Jest on bardzo wysportowany, od wczesnego dzieciństwa ćwiczy pływanie, jeździ na zawody i zdobywa medale. Rodzina jest z niego bardzo dumna. On sam lubi pływać i cieszą go sukcesy, ale ma kłopot z porozumiewaniem się na basenie, gdzie trzeba mówić głośno i wyraźnie, najlepiej zwięźle i szybko. Jako zwycięzcę zawodów zaproszono go do wywiadu i przejął się tym, że nie mógł się wypowiedzieć tak, jak by chciał. Ogólnie lubi mówić, nie wstydzi się jåkania. Uważa, że potrafi dobrze opowiadać, szczególnie dowcipy, choć denerwuje go, że nie potrafi przerwać niekończących się powtórzeń. Samodzielnie wypróbował różne sposoby wypowiadania się (mowa skandowana, śpiewna, uderzanie rytmicznie nogą w takt wypowiedzi), bezskutecznie. Próbuje więc ciałem powstrzymać powtórzenia głosek lub sylab – wygina się, przekręca głowę, czasem zaciska zęby. W terapii zdecydowanie odrzucił propozycję zmiany sposobu mówienia (to już wypróbował samodzielnie), chciał poznać sposoby na zatrzymanie powtórzeń. Po zapoznaniu się z budową i funkcjonowaniem narządów mowy oraz przebiegiem procesu mówienia wspólnie z logopedą poszukiwał miejsc, w których powstawało jego jåkanie. Okazało się, że chłopiec odczuwa napięcie mięśni warg i języka oraz zaciskanie gardła – właśnie tam, gdzie powstają głoski, które najczęściej powtarza. Z pomocą logopedy różnicował więc wypowiadanie tych głosek z silnym napięciem i swobodnie, bez napięcia, a potem z wysiłkiem i z dodatkowymi ruchami ciała oraz bez wysiłku, powstrzymując ruch konkretnej części ciała. Następnie starał się zamie-



niać głoski/sylaby wypowiedziane z wysiłkiem na te same, lecz wypowiedziane lekko, swobodnie, bez napięcia i współruchów. Stopniowo chłopiec odzyskiwał poczucie kontroli nad wypowiedzianiem tych dźwięków mowy. Na co dzień nie starał się mówić inaczej niż zwykle, ale w momencie, gdy mu to było potrzebne, zmieniał sposób mówienia na lżejszy lub też (przewidując, które słowo będzie mu trudno rozpocząć bez powtórzeń) przedłużał lekko pierwszą głoskę tego słowa. Nie lubił swobodnych powtórzeń zastępujących powtórzenia napięte, uważał to za „półśrodek”, nie chciał w ogóle wypowiadać się z powtórzeniami w nagłosie. Co ciekawe, powtórzenia w śródgłosie lub w wygłosie tak bardzo mu nie przeszkadzały. Kiedy osiągnął swój cel – opanował rozpoczynanie wypowiedzi bez powtórzeń – stracił zainteresowanie sposobami radzenia sobie z innymi objawami niepełności w mowie. Pomimo że rodzice bardzo chcieli, by kontynuował terapię, widząc większą łatwość wypowiadania się syna, chłopiec stanowczo twierdził, że nie potrzebuje pomocy. Jego rodzice pragnęli także, by nauczył się jeszcze innych sposobów radzenia sobie z jękaniem. Stopniowo zaczął więc ulegać im, mówiąc do logopedy: *No dobra, skoro oni chcą, to niech mi pani pokaże te sposoby*, ale było jasne, że jeśli nawet się ich nauczy, to nie będzie z nich korzystał, bo nie widział takiej potrzeby. Terapia zakończyła się więc w momencie, gdy osoba zainteresowana stwierdziła, że otrzymała wystarczającą pomoc.

Pytania kontrolne

1. Jakie są założenia metody modyfikacji jękania?
2. Jakie są kolejne etapy terapii?
3. Jakie techniki wykorzystuje się w metodzie modyfikacji jękania?
4. Jak własnymi słowami opisałabyś/opisałbyś ideę modyfikacji jękania?
5. Czy odnalazłabyś/odnalazłbyś w niej jakieś podobieństwa do ogólnych sytuacji życiowych, np. sytuacji radzenia sobie ze stresem?

Rekomendowana literatura

- Dell, C.W. (2008). *Terapia jękania u dzieci w młodszym wieku szkolnym*. Podręcznik dla logopedów. Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Guitar, B., Peters, T.J. (2014). *Dobór metod terapii jękania*. Wydawnictwo Centrum Logopedyczne.
- Jankowska-Szafarska, L. (2017). *Idea modyfikacji jękania: mowa wystarczająco płynna*. Fazy klasycznej terapii MIDVAS według Van Ripera w odniesieniu do psychoterapii i doświadczeń własnych. W: L. Jankowska-Szafarska, B. Suligowska, R. Kara, K. Kupiec, red., *Życie*
-

- z zacięciem (s. 135–154). Wydawnictwo Edukacyjne. Jankowska-Szafarska, L. (2018). Praktyczne zastosowanie podejścia modyfikacji jękania u młodzieży i dorosłych – pokonywanie barier psychologicznych. W: K. Węsierska, red., K. Gawęł, współpr., *Zaburzenia płynności mowy* (s. 224–239). Harmonia Universalis.
- Kostecka, W. (2004). *Zintegrowany program terapii osób jękakających się*. AWH Antoni Dudek.

Bibliografia

- Blanchet, P., Boroń, A., Chmielewski, G., Everard, R., Gładysz, Z., Haase, T., Jankowska-Szafarska, L., Ravid, B., St. Louis, K., Węsierska, K. (2020). Sukces w terapii jękania – czym jest i jak go osiągnąć – opinie „podwójnych ekspertów”. W: K. Węsierska, M. Witkowski, red., *Zaburzenia płynności mowy. Teoria i praktyka*. T. 2 (s. 13–31). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Blomgren, M., Roy, N., Callister, T., Merrill, R.M. (2005). Intensive stuttering modification therapy: a multidimensional assessment of treatment outcomes. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 48, 509–523.
- Dell, C.W. (2008). Terapia jękania u dzieci w młodszym wieku szkolnym. Podręcznik dla logopedów. Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Dodge, D. (2017). *Lernleitfaden für Die Behandlung des Stotterns von Charles Van Riper*. Demostenes Verlag.
- Euler, H.A., Lange, B.P., Schroeder, S., Neumann, K. (2014). The effectiveness of stuttering treatments in Germany. *Journal of Fluency Disorders*, 39, 1–11.
- Everard, R., Cheasman, C. (2019). A tale of two therapists. W: P. Campbell, Ch. Constantino, S. Simpson, (red.), *Stammering Pride and Prejudice* (s. 107–119). J&R Press Ltd.
- Floyd, J., Zebrowski, P., Flamme, G. (2007). Stages of change and stuttering: A preliminary view. *Journal of Fluency Disorders*, 32, 95–120.
- Guitar, B., Peters, T.J. (2014). *Dobór metod terapii jękania*. Wydawnictwo Centrum Logopedyczne.
- Haponiuk, E. (2017). Program terapii według Charlesa Van Ropera (nie usuwać jękania, lecz ułatwić mowę z jękaniami). W: L. Jankowska-Szafarska, B. Suligowska, R. Kara, K. Kupiec, red., *Życie z zacięciem* (s. 155–162). Wydawnictwo Edukacyjne.
- Jankowska-Szafarska, L. (2017). Idea modyfikacji jękania: mowa wystarczająco płynna. Fazy klasycznej terapii MIDVAS według Van Ropera w odniesieniu do psychoterapii i doświadczeń własnych. W: L. Jankowska-Szafarska, B. Suligowska, R. Kara, K. Kupiec, red., *Życie z zacięciem* (s. 135–154). Wydawnictwo Edukacyjne.
- Jankowska-Szafarska, L. (2018). Praktyczne zastosowanie podejścia modyfikacji jękania u młodzieży i dorosłych – pokonywanie barier psychologicznych. W: K. Węsierska, red., K. Gawęł, współpr., *Zaburzenia płynności mowy* (s. 224–239). Wydawnictwo Harmonia Universalis.



- Jankowska-Szafarska, L. (2019). Jąkać się bardziej płynnie. Modyfikacja jąkania w praktyce. *Forum Logopedy*, 2019, 24–29.
- Jankowska-Szafarska, L. (2020). Wzmacnianie poczucia sprawstwa i samoakceptacji w terapii modyfikacji utrwalonego jąkania. W: K. Węsierska, M. Witkowski, red., *Zaburzenia płynności mowy. Teoria i praktyka*. T. 2 (s. 255–265). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Kostecka, W. (2004). *Zintegrowany program terapii osób jåkających się*. AWH Antoni Dudek.
- Kuckenberg, S. (2015). *Intensiv-Modifikation Stottern für Kinder. Soziales Kompetenztraining*. Natke Verlag.
- Laiho, A., Klippi, A. (2007). Long-and short-term results of children's and adolescents' therapy courses for stuttering. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 42, 367–382.
- Manning, W.H. (2001). *Clinical Decision Making in Fluency Disorders*. Singular Thomson Learning.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoterapia psychoanalityczna. Podręcznik praktyka*. Wydawnictwo Harmonia.
- Natke, U., Alpermann, A., Heil, W., Kuckenberg, S., Zückner, H. (2010). Langzeiteffekte der Intensiv-Modifikation Stottern (IMS). *Sprache, Stimme, Gehör*, 34, 155–164.
- Neuman, K., Euler, H.A., Bosshardt, H.-G., Cook, S., Sandrieser, P., Schneider, P., Sommer, M., Thum, G., (red.). (2017). *Stottern und Poltern: Entstehung, Diagnose, Behandlung. Die Leitlinie zu Redeflussstörungen (Sprachentwicklung: Verlauf, Störung, Diagnostik, Intervention, Band 9)*. Peter Lang.
- Ochsenkühn, C., Thiel, M.M., Ewerbeck, C. (2010). *Stottern bei Kindern und Jugendlichen. Bausteine einer mehrdimensionalen Therapie*. Springer Medizin Verlag.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390–395.
- Ramig, P., Bennett, E. (1995). Working with 7- to 12-year-old children who stutter: ideas for intervention in the public schools. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 26, 138–150.
- Sandrieser, P., Schneider, P. (2015). *Stottern im Kindesalter*. Georg Thieme Verlag.
- Scott, L., Guitar, C., red. (2012). *Jak mówić w szkole o jåkaniu. Podręcznik dla nauczycieli i logopedów*. Wydawnictwo Centrum Logopedyczne.
- Sheehan, J.G. (2015). Wiadomość dla osoby jåkającej się. W: S.B. Hood, red., *Jåkanie – eksperci radzą. Z doświadczeń własnych i zawodowych 28 specjalistów* (s. 49). Wydawnictwo Centrum Logopedyczne.
- Thum, G., Mayer, I. (2014). *Stottertherapie bei Kindern und Jugendlichen. Ein methodenkombinierter Ansatz*. Ernst Reinhardt Verlag.
-

- Tuchowska, J. (2017). Grupa Wsparcia J w podejściu Charlesa Van Riper. W: L. Jankowska-Szafarska, B. Suligowska, R. Kara, K. Kupiec, red., *Życie z zacięciem* (s. 293–296). Wydawnictwo Edukacyjne.
- Van Riper, Ch. (1982). *The treatment of stuttering*. Prentice Hall.
- Van Riper, Ch. (1991). Final thoughts about stuttering. *Journal of Fluency Disorder*, 15, 317–318.
- Van Riper Ch. (2015). Putting it together. W: S.B. Hood, red., *Advice to those who stutter* (s. 151–155). The Stuttering Foundation of America.
- Ward, D. (2006). *Stuttering and cluttering: frameworks for understanding and treatment*. Psychology Press.
- Węsierska, K., *Jåkanie się bardziej płynne*. Encyklopedia Logopedii: <https://www.komlogo.pl/index.php/encyklopedia/123-j/804-jakanie-sie-bardziej-plynnne>.
- Węsierska, K., Jeziorczak, B. (2016). *Diagnoza jåkania u dzieci w wieku przedszkolnym*. Komlogo.
- Yaruss, J.S., Quesal, R.W. (2010). *Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES)*. Pearson Assessments.
- Zückner, H. (2014). *Intensiv-Modifikation Stottern*. Natke Verlag.

Netografia

www.stutteringtherapyresources.com

