

Manon Spruit, *Gielkot, Jak zrozumieć osoby mówiące niewyraźnie. Podręcznik diagnostyki i terapii*, Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków 2017, ss. 154

Tytuł monografii jest nieco mylący, gdyż sugeruje, że istota gielkotu polega na zaburzeniach wymowy i prozodii, czyniących mowę niewyraźną. Tymczasem jego natura polega na zaburzeniach procesu myślenia językowego słownego, o czym pisali propagatorzy rozpoznania „mowy bezładnej”, czyli bez ładu i składu (Kussmaul 1877; Gutzmann 1993; Weiss 1964; Tarkowski 2002). Termin ten został wprowadzony do typologii zaburzeń mowy przez wspomnianych niemieckich foniatrów i został bardzo nieufnie przyjęty przez amerykańskich patologów mowy i języka, którzy pisali o nim tylko w kontekście jąkania. Przez wiele lat gielkot był jednostką zapomnianą, traktowaną marginalnie. Dopiero powołanie w 2007 roku Międzynarodowego Stowarzyszenia Gielkotu (*International Cluttering Association*) ożywiło nieco zainteresowanie tym zaburzeniem, ale nie rozwiązało zasadniczych wątpliwości, które pozostają takie same do dnia dzisiejszego. Wspominając o nich, Spruit wyróżnia dwa zasadnicze podejścia do istoty gielkotu:

1. zakładające, że jest to zakłócenie procesu formułowania wypowiedzi i zaburzenia procesów myślowych (Weiss 1964; Tarkowski 2002),
2. kładące nacisk na zaburzenie płynności i tempa mówienia (Myers i St. Louis 1992).

Spruit wyraźnie faworyzuje to drugie podejście i wpada w jego pułapki. Przyjmuje ona definicję zaproponowaną przez St. Louisa i Schulte, wedle których „gielkot jest zaburzeniem płynności mowy, w którym elementy wypowiedzi osoby mówiącej w jej ojczystym języku są zwykle postrzegane jako zbyt szybkie, zbyt nieregularne lub obie cechy występują jednocześnie. Segmentem szybkiego i / lub nieregularnego tempa mówienia musi towarzyszyć jeden lub więcej z poniższych czynników: a. nadmierna liczba zwykłych nie płynności, b. często występujący rozpad sylab lub ich opuszczanie i / lub nienaturalne: pauzy, akcent sylabowy i rytm wypowiedzi” (s. 22–23). Definicja ta jest zbyt wąska, gdyż zalicza gielkot do zaburzeń prozodycznych oraz jest mało precyzyjna, ponieważ utrudnia odróżnienie gielkotu od normalnej nie płynności mówienia, afazji nie płynnej, dyzartrii spastycznej oraz jąkania, gdzie również występują zaburzenia płynności wypowiedzi. W innym ujęciu (Tarkowski 2002) mowa bezładna jest traktowana jako zaburzenie globalne, gdzie zaburzenia semantyczne są pierwszoplanowe, zaburzenia gramatyczne – drugoplanowe, a zaburzenia fonologiczne – trzecioplanowe.

Spruit podkreśla, że cechą wyróżniającą gielkotu jest przyspieszone i / lub nieregularne tempo mówienia, co prowadzi do możliwości utożsamienia tego zaburzenia z tachylalią. Tymczasem wiele osób (np. sprawozdawców sportowych, maklerów giełdowych) mówi bardzo szybko, ale jednocześnie komunikatywnie. Jest to wówczas zaleta, a nie wada. Ponadto można wyróżnić gielkot tachylaliczny (motoryczny) i nietachylaliczny (językowy) i w tym drugim rodzaju tempo mowy jest przeciętne, a odbiór wypowiedzi jest utrudniony z powodu jej dezorganizacji na etapie myślenia.

Gielkot jest najczęściej rozważany w zestawieniu z jąkaniem i bardzo rzadko (poniżej 1% u dzieci) jest diagnozowany jako samodzielna jednostka, co nasuwa wątpliwości, co do jego istnienia. Spruit uważa, że w czystej postaci nie ma on objawów nie płynności typowych dla jąkania, czyli spastycznego powtarzania głosek, sylab i wyrazów, przedłużania oraz blokowania. Na s. 50 swojej monografii podaje zestawienie odsetka objawów normalnej nie płynności, które stanowią 100% w gielkocie, 49, 75% – 66,3% w jąkaniu oraz 28,5% do 64,1% w jąkaniu z gielkotem. Jeśli ta statystyka jest prawdziwa, to dlaczego nie uznać go za rodzaj zwykłej nie płynności mówienia z pogranicza normy i patologii albo samego gielkotu nie włączyć do jąkania jako jego subkategorię?

Spruit uważa, że osoby z gielkotem mówią szybciej niż jednostki jąkające się, ale nie podaje żadnych wyników badań. Tymczasem w tej drugiej grupie występują także osoby szybko mówiące, a zwalnianie tempa mowy stanowi podstawową technikę terapeutyczną.

Próba odróżnienia gielkotu od jąkania jedynie na podstawie natężenia nie płynności mówienia oraz tempa mówienia jest skazana na niepowodzenie. Można jedynie uznać, że w jąkaniu występuje nie płynność napięta (spatyczna), a w gielkocie – nienapięta (niespastyczna). Spruit uważa, że osoby z jąkaniem bardziej są skoncentrowane na wypowiedzi niż osoby z gielkotem, ale nie przedstawia wyników badań. Tymczasem wykazano powiązania między ADHD, a zarówno jąkaniem, jak i gielkotem. Rozróżnienie tych zaburzeń wymaga zastosowania dodatkowych kryteriów psychologicznych i lingwistycznych (szerzej: Tarkowski 2002). Jeśli powrócimy do klasycznego podejścia do gielkotu jako mowy bezładnej, to bardziej zasadne wydaje się odniesienie jej do schizofazji niż do jąkania.

Luchsinger (za: Tarkowski 2002) zauważył złośliwie, że mowę bezładną można stwierdzić w wypowiedziach ludzi inteligentnych oraz wykształconych żyjących ze słowa, a więc dziennikarzy, polityków, menadżerów, księży, nauczycieli, w tym akademickich. Dlatego rozpoznawanie gielkotu u osób z głębszym niedorozwojem umysłowym (w tym z zespołem Downa) jest nieporozumieniem. Te jednostki nie wykazują dezorganizacji procesów myślowych, lecz ich ubogość.

Rozpoznanie i terapia gielkotu nawiązuje do pojmowania jego istoty. Skoro Spruit uznała, jest to zaburzenie przede wszystkim płynności i tempa mówienia, to konsekwentnie na tych aspektach skoncentrowana jest jej propozycja, zarówno diagnozy, jak i leczenia. Przy takim podejściu proces diagnostyczno-terapeutyczny jest czasochłonny, pracochłonny i nudny. Nie dysponujemy bowiem polskim oprogramowaniem komputerowym pozwalającym nagrać i przeanalizować próbki mowy, a następnie podać liczbowe wskaźniki objawów nie płynności mówienia oraz jego tempa po to, aby porównać je z normami. Nie mając takiego oprogramowania, skazujemy się na trudną analizę mowy żywej, nie będąc nigdy pewnym jej wyniku. Wątpliwości związanych z rozpoznaniem gielkotu nie rozwieją podane przez Spruit metody diagnostyczne, których wiarygodność metodologiczna – jak sama przyznaje – nie została jeszcze potwierdzona. Generalnie są one ukierunkowane na pomiar gielkotu motorycznego, a nie językowego. Ten drugi jest o wiele bardziej interesujący i „perspektywiczny”, ale wymagający przyjęcia odmiennej metodologii, ukierunkowanej na analizę mowy „bez ładu i składu”.

Osoby z gielkotem bardzo rzadko same zgłaszają się na terapię, gdyż są na ogół nieświadome swojego zaburzenia, a ich mowa nie jest stresem dla nich, lecz dla odbiorców wypowiedzi. Jest więc zrozumiałe, że jednym z celów terapii jest uświadomienie pacjentowi jego dolegliwości. Tylko po co, skoro Spruit zaleca (s. 91) jej akceptację, zgodnie z panującą modą na Zachodzie, która niestety przemieszcza się do naszego kraju. Nieświadomość ułatwia akceptację, a świadomość ją podważa. Jeśli mam akceptować gielkot, to po co mam go się pozbywać? Ponadto nie stwierdzono zależności między akceptacją gielkotu czy jąkania, a poprawą płynności mówienia czy jego tempa.

Co i komu należy uświadamiać osobie z gielkotem w czasie terapii – to jest zasadnicze pytanie? Nie tylko nadmierne tempo mówienia oraz niewyraźne lub nie płynne wymawianie głosek za pomocą słuchawki akustycznej, jak zaleca Spruit, ale przede wszystkim chaos myśli, które należy uporządkować za pomocą metod pochodzących z retoryki czy kultury żywego słowa. Redukowanie tempa mówienia jest nieosiągalnym zadaniem dla osoby, która nie potrafi tego uczynić ze względu na swój temperament. Ale można przecież mówić szybko i składnie.

Spruit próbuje różnicować cele terapeutyczne w przypadku gielkotu motorycznego i językowego, preferując wyraźnie terapię tego pierwszego rodzaju zaburzenia. Większość proponowanych zadań pokrywa się. W przypadku gielkotu językowego proponuje się dodatkowo naukę precyzyjnego formułowania i porządkowania myśli, przestrzeganie reguł porozumiewania się oraz podnoszenie świadomości językowej. Nie podaje się jednak żadnych ćwiczeń i zadań na poprawę tego, co najtrudniej zmienić podczas terapii gielkotu.

Monografia Spruit jest dowodem niedosytu badań nad gielkotem. Brak jego jasnej definicji podważa wiarygodność wyników dotychczasowych studiów nad jego symptomatyką, etiologią, epidemiologią oraz prognozą.

Spruit nie nawiązuje do naszej literatury na temat gielkotu, ale na szczęście wydawnictwo opracowało bibliografię polskojęzyczną (s. 136–137). Gdyby Autorka ją znała, może inaczej napisała swoją monografię, która nie jest pozbawiona pewnych wartości.

Kiedyś usiłowałem wypromować gielkot jako markę, która mogłaby zainteresować nie tylko logopedów i nauczycieli, ale także polityków, menedżerów, biznesmenów, księży, nauczycieli i innych ludzi doceniających siłę przekazu słownego. Przegrałem jednak konfrontację z utrwalonym stereotypowym podejściem logopedów.

Prof. dr hab. Zbigniew Tarkowski
Zakład Patologii i Rehabilitacji Mowy
Uniwersytet Medyczny w Lublinie