

**Katarzyna Węsierska, Katarzyna Gawel red. *Zaburzenia płynności mówienia, Harmonia Universalis, Gdańsk 2018, ss. 366***

We wstępie do monografii jej Redaktorki wyrażają nadzieję, że „dialog będzie pokłosiem lektury tego tomu i połączy zwolenników różnych podejść”. W tym duchu pojednania piszę niniejszą recenzję książki składającej się z pięciu części.

**CZEŚĆ I. Teoretyczne podstawy terapii zaburzeń płynności mówienia**, zawiera dwa rozdziały.

W rozdziale I. *Wielowymiarowa, oparta na dowodach diagnoza prowadząca do wielopłaszczyznowej terapii jąkania* (M. Vanryckeghem) trudno jest doszukać się tych twardej naukowych argumentów. Przedstawiony został bowiem zestaw metod diagnostycznych oparty na samoopisie i samoocenie (podobnie jak moje techniki!), które są z istoty subiektywne. Nie wiadomo bowiem, jak deklaracje badanego mają się do jego rzeczywistego zachowania. Niektóre z podanych metod (np. STAI czy analiza próbek mowy) są u nas od dawna stosowane zarówno w celach badawczych, jak i diagnostyczno-teoretycznych. Rozdział ten należy potraktować jako zgrabną promocję zestawu metod pod kryptonimem BAB, który planuje się przełożyć i wdrożyć w naszym kraju.

Lektura rozdziału II. *Istota mowy bezładnej a interwencja logopedyczna w gielkocie* (F.L. Myers) podtrzymuje jedynie moje wątpliwości, czy to zaburzenie mowy można wyodrębnić jako odrębną jednostkę nozologiczną. Cieszy mnie, że Autorka – prawdopodobnie nieświadomie – podziela moje poglądy wyrażone w pracy *Nowe ujęcie mowy bezładnej* przetłumaczonej na język angielski. Ale ta mała satysfakcja nie rozwiewa zasadniczych wątpliwości związanych z trudnościami w rozróżnieniu gielkotu od tachylalii, normalnej niepłynności mówienia i jąkania. Najbardziej brakuje mi w tym rozdziale lingwistycznej analizy mowy bezładnej na przykładzie konkretnych tekstów, stanowiących dowód jej występowania. Przedstawiona przez Autorkę „Poznawczo-Behawioralna Terapia Gielkotu” jest propozycją ciekawą, ale moja propozycja terapeutyczna (Z.T. i M.S. 1988 oraz Z.T. 2002) w niczym jej nie ustępuje. Oba podejścia mają wiele wspólnych składników i wzajemnie uzupełniają się.

**CZEŚĆ II. Doniesienia z badań prowadzonych na gruncie balbutologopedii**, obejmuje sześć rozdziałów omawiających społeczne aspekty jąkania oraz gielkotu.

Rozdział 3. *Wykorzystanie doświadczeń dyscyplin pokrewnych w kształtowaniu postaw wobec jąkania* (I.K. Reichel, S. Cook) zawiera ciekawe sprawozdanie z efektów trzech treningów (podnoszenia inteligencji emocjonalnej, przewycięzania negatywnych stereotypów wobec jąkania, kształtowania interdyscyplinarnego podejścia do jego terapii) przeprowadzonych wśród studentów logopedii. Szkoda, że Autorki nie porównały uzyskanych wyników z wynikami moich eksperymentów przedstawionych w monografii *Zmiana postaw wobec jąkania* (2008), która została przetłumaczona na język angielski. Gdyby to uczyniły, to dostrzegłyby analogie, ale i pewne różnice. Zgadzamy się jednak w tym, że droga zmian postaw wobec jąkania jest długa i wyboista.

Jeżeli porównamy wyniki badań ankietowych przedstawione w rozdziale 4. *Stan opieki logopedycznej zapewniającej osobom jąkającym się w Libanie* (N.A. Melhen, S.S. Merouwe), w rozdziale 5. *Balbutologopedia – dziedzina obca logopedom?* (A. Jastrzębowska-Jasińska) oraz w rozdziale 6. *Sytuacje dorosłych zmagających się z jąkaniem w Polsce* (K. Węsierska, M. Pakura) to okazuje się, że odpowiedzi respondentów są często zbieżne, a płynące wnioski podobne. Wylania się z nich obraz balbutologopedii „zmarginalizowanej” lub „elitarniej” z ograniczoną liczbą kompetentnych i zaangażowanych balbutologopedów. Poważnym mankamentem badań przedstawionych w tych rozdziałach jest nienawiązanie do wyników studiów już przeprowadzonych, w tym do mojej monografii empirycznej *Psychosomatyka jąkania* (2006).

Rozdział 7. *Rola grup wsparcia dla rodziców dzieci jąkających się* (G. Chmielewski) powstał na podstawie wyników badań zaledwie pilotażowych, z których nie można wyciągnąć żadnych

wniosków. Mam jednak nadzieję, że będą one kontynuowane i wówczas radzę odnieść się do pracy H. Waszczuk (2005) *Rodzinna terapia jąkania*. Niezależnie od ich finału uważam, że rodziny dzieci potrzebują często terapii, której nie zastąpi grupa wsparcia.

Rozdział 8. *Postawy polskich i angielskich studentów logopedii wobec gielkotu i osób zmagających się z tym zaburzeniem* (M. Węsierska, K.O. St. Louis) przedstawia wyniki badań mających wyraźne mankamenty metodologiczne. Badano bowiem nastawienie społeczne do zaburzenia mowy, którego definicja jest nieostra, budząca ciągle dyskusje. Należało więc badanym studentom przedstawić próbkę mowy bezładnej zanim przystąpiono do badań ankietowych, aby mieli oni jakiś punkt odniesienia. Ankieta wykazała, że zdecydowana większość z nich nie знаła kogoś, kto ich zdaniem – a nie specjalisty – zмага się z gielkotem. Być może ta nieświadomość była przyczyną optymistycznego przekonania studentów, że logopeda może pomóc osobie z gielkotem. Widzę potrzebę kontynuowania badań na tym zaburzeniu, ale uważam, że powinny one skupić się na samej mowie bezładnej oraz różnicowaniu jej od zaburzeń podobnych.

**CZĘŚĆ III. Zaburzenia płynności mówienia w praktyce logopedycznej** składa się z siedmiu rozdziałów przedstawiających różne podejścia w diagnozie i terapii.

W rozdziale 9. *Narzędzia diagnostyczne stosowane w ocenie postaw i zachowań dorosłych osób jąkających się – możliwość zastosowania w polskiej logopedii* (M. Fańciszevska, J.A. Tuchowska) dokonano krytycznej analizy polskich narzędzi (w tym moich) i jednocześnie bezkrytycznej oceny narzędzi anglosaskich. Jest to niestety dość typowy przejaw naszego narodowego kompleksu polegającego na czołobitności wobec tego, co powstało na Zachodzie i niedoceniaania naszych osiągnięć. Nie ma doskonałych metod diagnostycznych niezależnie od tego, gdzie one powstały. Zaczepiony przez Autorki, odpowiem w duchu pojednania, że krótka liczba twierdzeń zawartych w skali lub kwestionariuszu nie jest mankamentem, lecz stanowi zaletę, pod warunkiem, że są one trafnie dobrane. Im mniej czasu pochłania użycie techniki, tym większe jest prawdopodobieństwo jej stosowania w praktyce. Ponadto zauważę, że samoocenie jąkania towarzyszy jego ocena, a ewentualne różnice między nimi należy umieć przeanalizować i wykorzystać w terapii. W podsumowaniu tego rozdziału mówi się o planowanej adaptacji narzędzi obcojęzycznych, ale można też tworzyć własne metody oraz ulepszać techniki już istniejące, do czego zachęcam.

Rozdział 10. *Metoda Mini – KIDS w terapii jąkania wczesnodziecięcego – studium przypadku* (A. Boroń, P. Schneider), 11. *Zastosowanie terapii zintegrowanej u 7-letniego chłopca – studium przypadku* (A. Szerszaska) oraz 12. *Studium przypadku terapii jąkającego się siedemnastolatka z uwzględnieniem modelu IFC* (J. Dezort) – to ciekawy zestaw przykładów jąkania w różnym wieku. Mnie najbardziej zainteresował 5-letni chłopiec, który nie jąkał się od początku (jak utrzymują A.B. i P.S.), lecz demonstrował objawy rozwojowej niepełności mówienia (powtarzanie sylab, 1% niepełności bez objawów towarzyszących). Mimo podjęcia działań profilaktycznych (w tym akceptacji zaburzenia!) przekształciło się ono w ciągu kilku miesięcy w jąkanie wczesnodziecięce. Wybrano Mini – KIDS jako metodę jego terapii, która opiera się na zasadzie, że „dzieciom wolno się jąkać”. Zadaję więc pytanie, po co im odbierać tę przyjemność i jaki sens ma terapia? Nie zgadzam się z tezą, że jąkanie należy uświadamiać małemu dziecku, gdyż może to spowodować pojawienie się i rozwój logofobii.

Rozdział 13. *Praktyczne zastosowanie podejścia modyfikacji jąkania u młodzieży i dorosłych – pokonywanie barier psychologicznych* (L. Jankowska-Szafarska) stanowi przypomnienie znanego u nas programu MIDVAS, który był czasem przeze mnie stosowany. To, co nazywa się pokonywaniem barier psychologicznych, ja określam jako ponoszeniem kosztów terapii. Wdzięczny jestem Autorce, że przypomniała mi o naszym spotkaniu podczas pierwszego Zjazdu Osób Jąkających się w Krakowie w 1988 roku.

W tytule rozdziału 14. *Podejście skoncentrowane na rozwiązaniach w pracy z osobami jąkającymi się* (Z. Bogdanowska) brakuje ważnego dookreślenia: rozwiązaniach czego...?. W moim przekonaniu problemów zgłaszanych przez pacjentów i ich otoczenie. Jest to podstawowe założenie

nie mojej metody terapii, o którym Autorka chyba zapomniała, mimo że kiedyś wspólnie kształciliśmy studentów logopedii.

Lektura rozdziału 15. *Trening wystąpień publicznych w terapii zaburzeń płynności mówienia* (R. Piętkowa, A. Phusajska-Otto, K. Węsierska) przekonuje, że jest on wskazany i daje duże korzyści pod warunkiem, że jest dobrze przygotowany, co obrazuje świetny film pt. *Jak zostać królem*.

**CZEŚĆ IV.** *Wielcy ludzie balbutologopedzi – sylwetki, wspomnienia*, składa się z trzech rozdziałów.

Rozdział 16. *W holdzie wybitnym balbutologopedom – Stanisławowi Wilczewskiemu i Gene'owi J. Bruttenu* (R. Buchta, K. Sujkowska-Sobisz, K. Węsierska) skłania do głębokiej refleksji nad rolą autorytetów i tworzonych przez nich szkół w rozwoju nie tylko logopedii. Proszę, aby Kapituła Nagrody im. ks. dra Stanisława Wilczewskiego rozważyła możliwość jej pośmiertnego przyznania wybitnemu śląskiemu terapeutcie i wynalazcy Antoniemu Bochniarzowi, który zmarł niedawno.

Rozdział 17. *Estetyka i zaburzenia płynności mowy powołaniem Stanisława Wilczewskiego* (W. Basista) przedstawia wybitną postać księdza, badacza i terapeuty w jednej osobie w ujęciu historycznym. Ksiądz Wilczewski potrafił – jak mało kto – wdrożyć naukowe obserwacje do terapii, zwiększając jej efektywność. Śmiem twierdzić, że decydujące znaczenie nie miała tu sama metoda śpiewoterapii (wykorzystywana już wcześniej), lecz jej społeczna obudowa oraz autorytet księdza, którego zaświadczenia „były respektowane przez dyrekcje szkół i placówki medyczne, które udzielały klientom zwolnień lekarskich” (s. 290). Dla porównania: jaka jest pozycja zawodowa i społeczna współczesnego balbutologopedy?

Rozdział 18. *Pamięci Gene'a Bruttena (1928–2013)* (M. Vanryckeghem, K.O. St. Louis, De Nil) to trójgłos wspomnieniowy, z którego wynika, że ten znany profesor był zwykłym facetem, prawdziwym mentorem, wizjonerem, droгим mężem, przyjacielem i współpracownikiem, słowem Człowiekiem, którego chciałoby się poznać, a którego teraz brakuje.

**CZEŚĆ V.** *Życie z jąkaniami*, składa się z dwóch rozdziałów.

Rozdział 19. *Czy takiej mowie można zaufać?* (Zdzisław Gładosz) został napisany przez prezesa Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Jąkających się „Ostoja”. Oczywiście jest, że mają one prawo zrzekać się i realizować swoje cele. Ale protestuję, kiedy podejmują się organizacji turnusów terapeutycznych dla dzieci jąkających się, gdzie pełnią rolę terapeutów. Proszę mi wybaczyć, ale nie jestem zainteresowany „wykładami mistrzowskimi” na temat jąkania wygłaszanymi przez jąkających się działaczy, gdyż nie słyszałem, aby lekarze byli kształceni przez pacjentów. Ale można mieć odmienne zdanie. Przypomnę, że pierwsze kluby „J” organizowali jeszcze „za komuny” logopedzi i psycholodzy, przenosząc wzory amerykańskie na grunt polski z miernym powodzeniem. Od lat postuluję, żeby jąkanie chroniczne uznać za zaburzenie / chorobę psychosomatyczną, gdyż spełniają kryteria ich rozpoznawania. Leży to w interesie środowisk osób jąkających się, gdyż daje podstawę do uzyskania świadczeń zdrowotnych i socjalnych.

Rozdział 20. *Jąkanie to także możliwości* (B. Ravid) pokazuje, jaki można żyć z jąkaniami i mieć z niego korzyści, które wydają się niemożliwe. Wcześniej pisał o tym zmarły niedawno Profesor Bogdan Adamczyk – fizyk, terapeuta zaburzeń płynności mówienia, twórca echokorektora mowy, współzałożyciel i przewodniczący PTL, redaktor naczelny „Logopedii”, osobistość w środowisku jąkających się nie tylko w Polsce. Szkoda, że nie wspomniano o nim w żadnym z rozdziałów, mimo że jego liczne prace zostały opublikowane w języku polskim i angielskim.

Podsumowując, uważam, że w książce o zaburzeniach płynności mówienia jest stosunkowo mało informacji o jego przyczynach i mechanizmach. Skupiono się na jąkanii i gielkocie, a przecież niepłynność mówienia występuje także w afazji niepłynnej, dyzartrii spastycznej czy oligofazji, o czym piszę w pominiętym *Kwestionariuszu Zaburzeń Płynności Mówienia* (2010). Autorzy recenzowanego tomu skoncentrowali się na czynnikach społecznych tych zaburzeń, a w mniejszym stopniu opisali czynniki biologiczne, psychologiczne czy komunikacyjne. Szkoda, że nie wykorzy-

stali w tym celu cennych monografi E. Humeniuk (2012) *Biologiczne i psychiczne aspekty jąkania* oraz J. Góral-Półrola (2016) *Jąkanie. Analiza procesu komunikacji słownej*, które dostarczają postulowanych dowodów naukowych.

Wiele lat temu zaproponowałem nazwę balbutologia dla określenia dziedziny patologii mowy oraz balbutologa dla wyróżnienia specjalisty. Wydaje mi się, że moje terminy są krótsze i pojemniejsze niż wprowadzane przez Autorów recenzowanej monografii nazwy balbutologopedia czy balbutologopeda. Która propozycja się przyjmie, zobaczymy, a będzie to zależało przede wszystkim od wzrostu populacji specjalistów zainteresowanych jąkaniami, gielkotem czy mutyzmem, czego sobie wzajemnie życzymy. Pojednanie i dialog zwolenników różnych podejść są łatwiejsze, jeśli panuje atmosfera szacunku, życzliwości, otwartości i respektowania dobrych obyczajów przyjętych w nauce.

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