

Katarzyna Węsierska (red. nauk.), „Forum Logopedy” 2018, nr 26**CUDZE CHWALICIE A SWEGO NIE ZNACIE**

Już Biskup Krasicki zauważył, że Polska jest papugą narodów, a ks. prof. Józef Tischner rozwinął tę myśl, twierdząc, że Polacy to taki dziwny naród, który szuka autorytetów daleko (głównie na Zachodzie), a nie zauważa tych blisko (przede wszystkim w Polsce). Uwagi te pasują do zeszytu „Forum Logopedy” (2018, nr 26), którego redaktorem merytorycznym jest dr hab. Katarzyna Węsierska. Zeszyt ten w całości poświęcony jest jękananiu wczesnodziecięcym (JW.), którym zajmuję się od dawna (*Jękanie wczesnodziecięce*, 1992 oraz *Jękanie w wieku przedszkolnym*, 2011). O tych monografiach – przetłumaczonych na język słowacki i angielski – nie wspomina się wcale w recenzowanym numerze.

Zeszyt rozpoczyna artykuł pt.: *Wczesna interwencja logopedyczna w jękananiu – praktyka oparta na dowodach* (dr Maria Faściszewska) przypominający oczywisty kanon skłaniający do korzystania z rzetelnych badań naukowych, znajomości literatury przedmiotu, uwzględniania różnych stanowisk oraz nieulegania modom. Niestety przedstawione teksty nie reprezentują takiego podejścia. Nieprawdą jest, że brakuje rzetelnych badań nad JW, ale trzeba je znać, a to, że są publikowane głównie w języku angielskim, nie powinno stanowić przeszkody. Prawdą jest natomiast, że zdobycie twardych dowodów na temat skuteczności danej metody terapeutycznej jest zadaniem bardzo trudnym, a niekiedy niewykonalnym. Wymaga bowiem zastosowania wyrafinowanej procedury badawczej opartej na skomplikowanym modelu eksperymentalnym. Zakłada on porównanie wyników czterech grup dzieci jękających się poddanych 1. ocenianej metodzie terapeutycznej, 2. innej metodzie, 3. efektowi placebo oraz 4. niekorzystających z żadnej terapii. Dopiero kiedy sprawdzana metoda uzyska wyniki statystycznie istotnie wyższe niż pozostałe podejścia, można mówić, że jest ona efektywna. Szkoda, że nie zapoznano się z artykułem Z. Tarkowskiego, E. Humeniuk pt. *Overview of research over the efficiency of therapies of stuttering* (2016). Okazuje się, że nie udowodniono w sposób naukowy, że jedna metoda terapii jękania jest bardziej skuteczna od pozostałych. W tej sytuacji pierwszoplanowe znaczenie mają preferencje, reklama, promocja i moda, a nie rzetelne dowody naukowe.

W kolejnym artykule pt. *Wczesna interwencja w jękananiu u dzieci – cztery perspektywy terapeutyczne* (Katarzyna Węsierska, Aleksandra Boroń) mówi się o popularnych w świecie podejściach, co nie znaczy, że automatycznie lepszych od rodzimych metod terapeutycznych. Z tych wywiadów nie dowiadujemy się niczego odkrywczego. Podobnie jak my Polacy, zagraniczni specjaliści stosują w terapii JW metody bezpośrednie lub pośrednie oraz podkreślają znaczenie pogłębionej diagnozy. Ponadto zgadzamy się z tym, że celem terapii jest całkowite lub prawie całkowite ustąpienie JW, a nie tylko jego podleczenie. Podobnie opieramy swoje postępowanie na wieloczynnikowym modelu jękania, który funkcjonuje u nas od dawna. Doceniamy także zaangażowanie rodziców w terapii, ale często musimy radzić sobie sami.

W artykule pt.: *Diagnozowanie zaburzeń płynności mówienia* (Aleksandra Jastrzębowska-Jasińska) powtórzono kluczowe pytanie dotyczące różnicowania zwykłej nie płynności mówienia i jękania oraz odpowiadając na nie, „wyważono otwarte drzwi”. Otóż we wspomnianej monografii z 1992 roku podałem model diagnozy różnicowej rozwojowej nie płynności mówienia (RNM) i jękania wczesnodziecięcego (JW), o którym wypadałoby chociażby wspomnieć, gdyż jest nadal aktualny. Nie tak dawno model ten rozszerzyłem o diagnozę dyferencjalną nie płynności mówienia występującej w różnych zaburzeniach mowy i opracowałem *Kwestionariusz Zaburzeń Niepłynno-*

ści *Mówienia* (2012). O nim też nie wspomniano. Pisząc o polskich metodach diagnostycznych zapomniano także o naszych (Jolanta Góral-Półrola i Zbigniew Tarkowski) narzędziach wystandaryzowanych i znormalizowanych, takich jak: *Skala Samooceny i Oceny Jąkania* (2012) oraz *Skala Motywacji do Terapii Jąkania* (2012). Natomiast moja *Skala Reakcji na Niepłynność Mówienia* (2011) została wymieniona z nazwy, ale nieomówiona. Pytam, dlaczego?

Interwencja terapeutyczna w jąkaniiu u dzieci (Anna Szerszeńska) to kolejny artykuł, w którym omówiono takie programy, jak: Metoda Interakcyjna Rodzic – Dziecko Palin PCI, Program Lidcombe oraz Mini – KIDS. Pierwszy z nich nawiązuje do klasycznej teorii W. Johnsona, który doszukiwał się przyczyn JW w relacjach rodzinnych i zakładał, że poprawa komunikacji słownej między rodzicami a małym dzieckiem poprawi jego płynność mówienia. Drugi program bazuje na założeniach terapii behawioralnej, w myśl której płynność tę należy społecznie wzmacniać, niepłynność zaś mówienia trzeba wygaszać zgodnie z podstawowymi prawami uczenia. Trzeci z wymienionych programów nawiązuje do poglądów znanego klasyka Ch. Van Riper, proponującego celowe jąkanie oraz redukcję negatywnych emocji z nim związanych. Mimo że autorzy Palin PCI, Program Lidcombe oraz Mini – KIDS nawiązują w teorii do wieloczynnikowej struktury JW, to w praktyce skupiają się na czynnikach lingwistyczno-społecznych, a mało uwagi przywiązują do czynników biologicznych i psychologicznych. Są to w zasadzie terapie objawowe, skoncentrowane na niepłynności mówienia oraz reakcjach na nią. Metoda terapeutyczna powinna uwzględniać kontekst społeczny i kulturowy. Arbitralne wprowadzanie rozwiązań przyjętych w jednej społeczności może budzić w innej zrozumiałe opór i okazać się postępowaniem mało efektywnym.

Ilustracją wspomnianych programów terapeutycznych są ciekawe studia przypadków przedstawione w dwóch artykułach pt.: *Zastosowanie metody Palin PCI w terapii jękającego się czterolatka – studium przypadku* (Justyna Solecka-Głodek) oraz *Terapia jąkania u dzieci z wykorzystaniem Metod Lidcombe Program i Mini – Kids – studia przypadków* (Aleksandra Boroń). Pokazują one realizację tych metod w realiach polskiej praktyki logopedycznej. Nie przedstawiono w nich postulowanych wcześniej twardych dowodów (np. rejestracja nadmiernego napięcia mięśniowego za pomocą EMG powierzchniowego) pozwalających odróżnić niepłynność nienapiętą (normalną) od napiętej (patologicznej). Nie powinno to dziwić, gdyż różnice między diagnozą dla celów naukowych (twardą) oraz terapeutycznych (miękką) są wyraźne, a terapeuta nie jest naukowcem. Ważne jest zachowanie właściwych proporcji między postępowaniem diagnostycznym i terapeutycznym oraz wykorzystanie wszystkich istotnych wyników oceny do sformułowania celów terapii. Przedstawione studia przypadków są dowodem na to, że w trakcie terapii powstają liczne dylematy, jak na przykład ten, czy lecząc jąkanie, zajmować się jednocześnie korekcją wad wymowy oraz stymulacją rozwoju językowego? Za wymyślnymi nazwami technik kryją się często zwyczajne treści. Na przykład „czas specjalny” oznacza 5-minutową zabawę rodzica z dzieckiem, podczas której powinna zachodzić poprawna komunikacja. Można odnieść mylne wrażenie, że wystarczy pobawić się z dzieckiem, by jego jąkanie ustąpiło. Jaka jest wówczas ranga takiego postępowania niezależnie od jego skuteczności? Okazuje się, że podstawowe znaczenie ma dobór metody terapeutycznej do potrzeb i możliwości dziecka i jego opiekunów, a nie nakłanianie ich do proponowanej metody. Bohater pierwszego studium przypadku negatywnie zareagował na techniki interwencji bezpośredniej (zwalnianie mowy), dlatego terapeutka wybrała metodę interwencji pośredniej Palin PCI. W drugim studium dziecko i matka nie akceptowali żadnej formy niepłynności, modelowania lżejszego jąkania oraz pseudojąkania, więc terapeutka zdecydowała się na wybór Programu Lidcombe, który bazuje na technikach warunkowania instrumentalnego, wzmacniających płynność. Szkoda, że omawiając efekty terapii, nie odniesiono się do mojego unikatowego studium przypadku JW obejmującego okres 10 lat. Pokazuję w nim, jak fazy niepłynności patologicznej i normalnej przeplatają się w rozwoju dziecka, co należy uwzględnić w ocenie skuteczności interwencji terapeutycznej.

Przedstawione w studiach przypadków postawy wobec jąkania podważają tezy przedstawione w artykule pt.: *Psychologiczne potrzeby rozwojowe małych dzieci – inspiracje dla terapii jąkania* (Lucyna Jankowska-Szafarska). Jedną z nich zakłada, że należy akceptować dziecko wraz z jego jąkaniem. Można jednak to rozgraniczyć i akceptując dziecko, nie tolerować jego nie płynności mówienia. Nie ma dowodów naukowych na to, że akceptacja jąkania poprawia skuteczność jego terapii. Niepłynność wczesnodziecięca wyzwała różne postawy rodzicielskie od akceptacji i oczekiwania, że samoczynnie minie, do postawy nietolerancji i próby podjęcia skutecznego leczenia. W każdym razie nie wolno małym dzieciom i ich opiekunom narzucać postawy tolerancji wobec jąkania w jego początkowej fazie. Taką skłonność można obserwować u jąkających się ekspertów, działających bardziej z pobudek ideologicznych niż terapeutycznych.

W artykule pt.: *Dobra współpraca z rodzicami – jak to osiągnąć?* (Barbara Jeziorczak) słusznie podkreślono, że o skuteczności psychoterapii w większym stopniu decyduje relacja między klientem a terapeutą niż jego metody i techniki pracy. Jednak w przypadku terapii logopedycznej powstają zasadnicze pytania: 1. kto jest rzeczywistym klientem (dziecko czy rodzic), 2. kiedy i gdzie tworzyć relację terapeutyczną, 3. czy i jakim stopniu logopeda może prowadzić psychoterapię dziecka jąkającego się i jego rodziny. Jak wiadomo, tylko wąska grupa terapeutów mowy (do 5–10%) podejmuje się terapii jąkania, a jedną z głównych przyczyn ich opieszałości jest niedocenywanie swojego przygotowania psychologicznego i obawy z tym związane, umiejętnie podsycane przez psychologów. Utrwalony jest w świadomości społecznej stereotyp logopedy zajmującego się przede wszystkim dzieckiem, któremu towarzyszy rodzic lub jest on po prostu nieobecny. Polski terapeuta mowy ma duże obawy przed nawiązaniem głębszych więzi z rodziną i poprzestaje często na relacjach formalnych lub instrumentalnych.

Artykuł pt.: *Jak wspierać w przedszkolu dziecko jąkające się i jego rodzinę* (Joanna Szymczakowska) zawiera zbiór cennych porad i scenariuszy, z których trudno będzie skorzystać nauczycielce prowadzącej dużą grupę przedszkolną, a to polski standard. Aby zwiększyć efektywność terapii, stworzyłem Innowacyjne Przedszkole Logopedyczne dla dzieci z normą intelektualną oraz z zaburzeniami mowy, w tym dzieci jąkających się. Napisałem o nim artykuł, który czeka na opublikowanie w „Forum Logopedy”.

Tekst pt. *Metoda Tomatisa* (dr n.med. Izabela Kaczmarek) jest typowo promocyjny. Wynika z niego, że wspomniana metoda jest dobra na wszystkie zaburzenia mowy, co podważa jej wiarygodność. Autorka zaleca ją także w przypadku opóźnionego rozwoju mowy, jąkania i mutyzmu wybiórczego (sic!). Nie wyjaśnia jednak, dlaczego we wspomnianych zaburzeniach mowy Metoda Tomatisa miałyby działać, przynosząc efekty. Trudno bowiem rozgraniczyć, co jest dziełem tej metody, a co skutkiem równoległej pracy logopedy przedszkolnego lub szkolnego. Autorka nie podaje także wyników badań naukowych potwierdzających efektywność Metody Tomatisa, których w przypadku JW nie ma. Jest to więc typowe działanie marketingowe zmierzające do zwiększenia populacji potencjalnych klientów. W zakończeniu artykułu podano oczywiście stronę internetową, na której znajdują się adresy konsultantów wspomnianej metody.

Kolejny tekst promocyjny to *Nowe unikatowe studia podyplomowe na Uniwersytecie Śląskim – dla logopedów zamierzających się specjalizować w balbutologii*. Otóż NIE. Pierwsze Specjalistyczne Studia Balbutologii powołałem 20 lat temu przy Fundacji „Orator” w Lublinie. Trwały one dwa semestry i były prowadzone przez polskich specjalistów. Absolwenci studiów uzyskali dyplom i tytuł balbutologa.

Na ostatnich stronach omawianego zeszytu został zamieszczony wykaz specjalistów zaburzeń płynności mówienia z ponad 40 ośrodków na świecie i ani jednego z Polski. Mam nadzieję, że lista ta zostanie wkrótce uzupełniona.

O JW pisałem wielokrotnie w języku polskim i angielskim. Kilka lat temu nowojorskie wydawnictwo naukowe zwróciło się z ofertą wydania monografii, wiedząc o tym, że moje podejście

do jąkania różni się od koncepcji lansowanych przez amerykańskich specjalistów. Dotychczas wydałem dwie książki (*A New Approach to Stuttering. Diagnosis and Therapy, 2017* oraz *A Systems Approach to the Psychosomatics of Stuttering, 2018*) i są to pierwsze monografie polskiego patologa mowy na amerykańskim rynku wydawniczym.

Podsumowując, zgłaszam ważny postulat, aby poszczególne zeszyty „Forum Logopedy” miały nie tylko redaktora merytorycznego, ale także niezależnego recenzenta. Ponadto wszystkich autorów obowiązują zasady dobrych obyczajów przyjęte w nauce oraz w czasopismach popularnonaukowych.

BIBLIOGRAFIA

- Góral-Półrola J., Tarkowski Z., 2012, *Skala Samooceny i Oceny Jąkania*, Lublin.
Góral-Półrola J., Tarkowski Z., 2012, *Skala Motywacji do Terapii Jąkania*, Lublin.
Tarkowski Z., Humeniuk E., Dunaj J., 2011, *Jąkanie w wieku przedszkolnym*, Olsztyn.
Tarkowski Z., Humeniuk E., 2016, *Overview of research over the efficiency of therapies of stuttering*, Polish Annales of Medicina.
Tarkowski Z., 1992, *Jąkanie wczesnodziecięce*, Warszawa.
Tarkowski Z., 1999, *Jąkanie*, Warszawa.
Tarkowski Z., 2010, *Kwestionariusz Zaburzeń Płynności Mówienia*, Lublin.
Tarkowski Z., 2011, *Skala Reakcji na Niepłynność Mówienia*, Lublin.
Tarkowski Z., 2017, *A New Approach to Stuttering. Diagnosis and Therapy*, New York.
Tarkowski Z., 2018, *A Systems Approach to the Psychosomatics of Stuttering*, New York.

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

