

Mieczysław Chęćek

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna, Wodzisław Śląski
Uniwersytet Śląski w Sosnowcu, Podyplomowe Studium Logopedii

Zdzisław Bartkiewicz

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin
Zakład Psychopedagogiki Specjalnej

Andrzej Pielecki

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin
Zakład Psychopedagogiki Specjalnej

Katarzyna Węsierska

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 1, Katowice

Postępy terapii jąkających się dzieci i młodzieży prowadzonej w warunkach turnusowych

Progress in the Therapy of Stuttering Children and Young People Conducted under Fixed-period Conditions

Streszczenie

Artykuł prezentuje wyniki eksperymentu przeprowadzonego w trakcie dziesięciodniowego turnusu dla dzieci i młodzieży jąkającej się oraz ich rodziców. Badaniami objęto 14 osób w wieku 9-24 lata. Osoby te poddano intensywnym zajęciom logopedycznym, wykorzystując m.in. Zmodyfikowany Psychofizjologiczny Program Terapii dla Jąkających się M. Chęćka, metodę „Echo” B. Adamczyka, technikę przeciąganego mówienia oraz psychoterapię, relaksację z wizualizacją, psychodramę, muzykoterapię, elementy NLP. Objawy zaburzeń językowych zostały poddane analizie ilościowej w pierwszym i ostatnim dniu turnusu oraz po upływie sześciu miesięcy od jego zakończenia w takich próbach, jak: recytacja, powtarzanie zdań, czytanie tekstu, odpowiedzi na pytania, mowa spontaniczna. Dane liczbowe wskazały na znaczące efekty zastosowanej terapii zarówno w zakresie częstotliwości jąkania, jak też stanów logofobicznych i współruchów neuromięśniowych.

Summary

The paper presents the results of the experiment conducted in the course of a ten-day treatment period for stuttering children and young people accompanied by their parents. The study covered fourteen patients aged nine to twenty-four years. The subjects were exposed to

intensive logopaedic classes, using inter alia the M. Chęćek Modified Psycho-physiological Therapy Programme for the Stuttering Patients, the B. Adamczyk "Echo" method, prolonged-speech techniques and psychotherapy, relaxation and visualization, psychodrama, musical therapy, and elements of NLP. The symptoms of lingual disorders were analyzed quantitatively on the first and last day of the treatment period and six months after its completion, in such tests as recitation, repetition of sentences, reading a text, answering questions, and spontaneous speech. The numerical data indicated significant effects of the applied therapy both in respect of stuttering frequency and logophobic conditions and neuromuscular synkinesis.

Rozważając teoretyczne i praktyczne aspekty jąkania, nie sposób uniknąć kognitywnego podejścia, które w terapii mowy ma niebogatelne znaczenie [Chęćek 2001]. Nowakowska-Kempna podaje, że przesłanki lingwistyki kognitywnej: holizm i gestalt doświadczenia współgrają z innymi założeniami: empiryczną podstawą i podejściem łączącym pragmatykę z semantyką i gramatyką oraz teorię aktów mowy z kompetencją językową i komunikacyjną [R. Langecker – za: Nowakowska-Kempna 2000 s. 7]. Pisze też, że „w kognitywizmie zakłada się konieczność badań gramatyki, łącznie ze znaczeniem poszczególnych jednostek językowych, przyjmując, iż gramatyka wraz z leksyką tworzą *continuum* form symbolicznych języka i są opisywalne jako takie struktury (pary: znaczenie – forma). Gramatyka reprezentowana jest przez jednostki językowe, które składają się z dwóch biegunów: semantycznego i fonologicznego. Opis gramatyczny bez próby opisu znaczenia elementów gramatycznych i konstrukcji nie ma w ostatecznym rachunku sensu, tak jak pozbawione sensu jest opracowanie słownika bez podania znaczenia haseł w nim zawartych” [Nowakowska-Kempna 1998]. Autorka podaje, że etap wypełnienia „ścieżki kognitywnej” przez jednostki językowe (fonologiczne, semantyczne lub schemat) przechodzi płynnie, etap pierwszy zmienia się w kolejny, w którym przywoływanie jednostek nabiera w znacznym stopniu charakteru zautomatyzowanego, aż po fazę końcową, kiedy to przywołanie jednostki odbywa się przy minimalnym wysiłku kognitywnym [Nowakowska-Kempna 2000 s. 15]. Te dwa bieguny, fonologiczny z jednej strony i semantyczny z drugiej, związane relacją symboliczną, a więc układem formy i znaczenia, poddane są – podobnie jak inne jednostki językowe – działaniu prototypizacji, tj. wyłanianiu jednostek reprezentatywnych dla danej kategorii językowej, zwanych prototypami.

Nowakowska-Kempna, cytując Taylora, Rosch, Putmana, Posnera, Silera, Langackera, Jackendoffa i Johnsona, podaje, że w tych rozważaniach należy odwołać się do teorii prototypu, wypracowanej przez E. Rosch, oraz do różnego rozumienia tego terminu operacyjnego kognitywizmu, odnoszącego się bądź to do rzeczywistości pozajęzykowej, bądź poznania lub samego języka. Można zatem przyjąć, że prototyp jest to najlepszy reprezentant badanej kategorii w umyśle, za pomocą którego myślimy i mówimy o jej członkach.

W prototypowej analizie tworzenia głosek [R. Langecker – za: Nowakowska-Kempna 2000 s. 64 n.] głoska nie jest zwykłą sumą komponentów składowych (np. poszczególnych ruchów artykulacyjnych następujących po sobie w określonej kolejności), lecz raczej sprawą połączenia ich w delikatną, skoordynowaną wymowę, jest całościową procedurą artykulacyjną. Zatem – według autorki – całość artykulacyjna głoski, będącej realizacją fonemu, musi uwzględniać parametr czasowości oraz wpływu wszystkich elementów artykulacji na siebie nawzajem.

W analizie momentów blokowania w jąkaniu dokonuje się właśnie wyróżnienia m.in. wpływu naporu czasowego (tzw. presji czasowej) na tworzenie się zająknięć. W terapii jąkania istotne znaczenie ma – szczególnie w początkowym etapie terapii – zapobieganie stosowania w komunikowaniu się presji czasowej na korzyść pauzowania i zwalniania tempa mówienia.

Powyższe rozważania, dotyczące niektórych aspektów związku fonologii z jąkaniem i terapią jąkania z perspektywy teorii kognitywnej i prototypizacji, znajdują swoje odzwierciedlenie w realizowanym programie terapii prowadzonej w warunkach turnusowych. Każdego roku od kilkunastu lat, początkowo w ramach Polskiej Fundacji Zaburzeń Mowy, a potem Poradni Logopedycznej w Wodzisławiu Śląskim, organizuje się dwutygodniowe, wakacyjne, ogólnopolskie turnusy terapeutyczne dla dzieci i młodzieży jąkających się oraz dla ich rodziców (opiekunów).

W 2000 r. został zorganizowany 10-dniowy turnus dla 14 dzieci i młodzieży jąkających się w wieku 9-24 lat oraz dla ich rodziców. Terapia była prowadzona przez czterech terapeutów. Każdego dnia różnorodne zajęcia terapeutyczne trwały po ok. 6-8 godz. Zajęcia odbywały się w grupach 3-4-osobowych, dobranych wiekowo, a niektóre popołudniowe w większych grupach. Kompleksowy intensywny program terapii zawierał m.in. Zmodyfikowany Psychofizjologiczny Program Terapii dla Jąkających się M. Chęćka [Chęćek 1997], metodę „Echo” [Adamczyk 1993], technikę przeciąganego mówienia [Chęćek 1999], zajęcia psychoedukacyjne, psychoterapię, relaksację z wizualizacją, psychodramę, muzykoterapię, elementy NLP itp. Rodzice uczestniczyli w niektórych zajęciach, sami również byli poddani pewnym formom terapii, np. relaksacji i wizualizacji.

Główną uwagę w początkowych dniach turnusu zwracano na techniki oddechowo-emisyjne, połączone z techniką przeciąganego mówienia, czyli celowym przeciąganiem samogłosek w różnych wypowiedziach, szczególnie w czytaniu tekstów i odpowiadaniu na pytania. Każdego dnia w programie terapii były zawarte relaksacja z wizualizacją oraz inne formy grupowej psychoterapii.

Stan jąkania uczestników był oceniany za pomocą Kwestionariusza Cooperów do Oceny Jąkania (wersje dla młodzieży i dla dzieci) w pierwszym i ostatnim dniu turnusu oraz po sześciu miesiącach po zakończeniu turnusu.

I. PROGRAM I EFEKTYWNOŚĆ TERAPII RELAKSACYJNEJ I PSYCHOTERAPII GRUPOWEJ

1. Program terapii relaksacyjnej

Każdego dnia turnusu jękający się w 3-4-osobowych grupach wraz z matkami uczestniczyli w 60-minutowym programie terapii relaksacyjnej, która miała na celu zmniejszenie napięcia wewnętrznego, poziomu lęku (szczególnie przed mówieniem) i przygotowywała psychicznie do sytuacji, w której jękanie nie wystąpi. Na program terapii składały się:

1. Trening wstępny, który rozpoczynano serią kilku tybetańskich ćwiczeń oddechowych (*Surjanamaskar*), polegających na zsynchronizowaniu powolnego wdechu i wydechu z ćwiczeniami ruchowymi (ćwiczenia te są cenione jako równoważące energetycznie). Trwały ok. 7-10 min.
2. Pełny trening relaksacji neuromięśniowej, oparty na metodyce Colsona, trwający ok. 30 min. Ćwiczenia te polegają na trzykrotnym stopniowym napinaniu i rozluźnianiu mięśni nóg, a następnie rąk, głowy, klatki piersiowej i brzucha. Potem wykonywane są ćwiczenia głębokiego i normalnego oddychania, które łączone są ze śpiewaniem samogłosek. Ćwiczący koncentrują się w tym czasie na różnych obszarach ciała, zgodnie z regułami czakroterapii, np. na środku brzucha przy samogłosce „o”, na klatce piersiowej w czasie śpiewania „a”, na czole podczas śpiewania „i”.
3. Bezpośrednio po tym treningu wykonywano szereg ćwiczeń, głównie wizualizacyjnych, które dobierano odpowiednio do wieku i potrzeb grupy. Były to: podróż do środka ciała, przesyłanie na wydechu uczucia miłości różnym częściom ciała, pisanie na wyobrażonej tablicy afirmacji płynnego mówienia i pewności siebie (wykorzystano tu metodykę Silvy), kreowanie wizji siebie i przyszłości bez jękania [oparte na założeniach NLP – neurolingwistycznego programowania [O'Connor, J. Seymour 1996].
4. Wszystkie ćwiczenia wykonywano na tle eksperymentalnej muzyki relaksacyjnej, dobieranej do głębokości relaksu tempem i częstotliwością pulsacji dźwięków. Muzyka ta została specjalnie skomponowana przez Z. Bartkowicza dla potrzeb terapii i miała na celu indukowanie w mózgu fal *alpha* i *tetha*.
5. Prowadzono również sesje terapii grupowej dla samych rodziców w celu poprawienia ich samooceny oraz akceptacji ich jękających się dzieci.

2. Program psychoterapii grupowej

Codziennie 3-4-osobowe grupy jękających się uczestniczyły w programie terapii ukierunkowanej na poprawę samooceny i zmniejszenie lęku przed

mówieniem w różnych sytuacjach, zdiagnozowanych pierwszego dnia turnusu jako najbardziej blokujące ich. Godzinne zajęcia każdego dnia obejmowały:

- 1) terapię metodą „Echo” w sytuacjach prowadzonego dialogu;
- 2) odgrywanie ról, połączone z modelowaniem gestykulacji i powolnego mówienia;
- 3) gry wymagające werbalnych interakcji – wykorzystano tu sześć zestawów kart obrazkowych rozwijających wyobraźnię i kreatywność [autorstwa E. Raman, J. D. Ellis i Ch. Gronau];
- 4) ćwiczenia poprawiające poczucie własnej wartości [Bartkowicz, Hoffman 1999];
- 5) wiele interakcji było filmowanych na taśmie *video*, a następnie analizowanych i dyskutowanych w grupie.

3. Zajęcia psychoedukacyjne

Celem zajęć psychoedukacyjnych było wspomaganie terapii w zakresie płynności mówienia oraz pomoc w rozwiązywaniu osobistych problemów uczestników. Zajęcia były prowadzone we wszystkich grupach dzieci i młodzieży oraz w grupie rodziców. Ich program był zróżnicowany, dostosowany do potrzeb i możliwości uczestników.

1. Grupa najmłodsza – zajęcia w tej grupie obejmowały:
 - ćwiczenia wyciszające i koncentrujące uwagę;
 - ćwiczenia wzmacniające poczucie własnej wartości (przede wszystkim dzięki zwiększeniu świadomości akceptacji i miłości otrzymywanej ze strony innych ludzi);
 - rozwijanie umiejętności współpracy z rówieśnikami przez wspólne wykonywanie zadań;
 - uczenie umiejętności rozwiązywania konfliktów bez używania agresji (analiza rzeczywistych sytuacji konfliktowych, które pojawiały się w grupie, uczenie empatycznego rozumienia i wyrażania negatywnych emocji w nieagresywny sposób).

Większość ćwiczeń i zadań wykonywanych przez dzieci miała charakter zabawowy i wykorzystywała formy ekspresji ruchowej i plastycznej.
2. Grupa średnia – zajęcia w tej grupie obejmowały:
 - wzmacnianie poczucia własnej wartości (głównie przez analizę mocnych stron uczestników);
 - uczenie technik samodzielnego radzenia sobie ze stresem (przede wszystkim umiejętności szybkiego wyciszenia się oraz stosowania technik wizualizacyjnych);
 - radzenia sobie w sytuacjach konfliktowych w relacji z rodzicami (uczenie technik negocjacyjnych) i w relacji z rówieśnikami (ćwiczenie

- zachowań asertywnych w sytuacji obrony własnych praw, zwiększanie pewności siebie w sytuacjach społecznych).
3. Grupa najstarsza – zajęcia w tej grupie obejmowały:
 - zwiększanie samoświadomości związanej z realizacją własnych potrzeb psychicznych (rozpoznawania, wyrażania i zaspokajania);
 - wzmacnianie poczucia własnej wartości (zwłaszcza praca nad samoakceptacją w kontekście problemu jąkania się);
 - ćwiczenie zachowań asertywnych w kontaktach społecznych (przede wszystkim umiejętności nawiązywania kontaktu z dziewczętami oraz nieagresywnego reagowania w sytuacjach konfliktowych z rówieśnikami).
 3. Grupa rodziców – zajęcia z rodzicami (głównie z matkami młodszych uczestników turnusu) miały na celu rozwijanie umiejętności wychowawczych i obejmowały:
 - refleksje nad potrzebami własnymi i potrzebami dziecka,
 - analizę praw dziecka oraz możliwości ich realizacji w relacjach: rodzice–dziecko;
 - komunikowanie się z dziećmi w sytuacjach problemowych (aktywne słuchanie i wyrażanie komunikatów „ja”);
 - wzmacnianie samoakceptacji oraz poczucia własnej wartości u dzieci;
 - przepracowywanie własnych doświadczeń wychowawczych uczestników.

4. Efekty terapii

1. Głębokość osiągniętego stanu relaksu uczestnicy oceniali po każdej sesji na 10-stopniowej skali. Po pierwszej sesji dzieci oceniły głębokość relaksu średnio na 6.3 (matki 8.2), a w kolejnych trzech sesjach ocena ta wzrosła do 7.5 (matki 8.8) i relaks ten utrzymywał się na podobnym poziomie niemal do końca turnusu, kiedy to obniżył się do 6.8 (matki 8.1), prawdopodobnie w związku z przygotowaniami do wyjazdu.
2. Zmiany w zakresie przystosowania emocjonalnego mierzono za pomocą Testu Postaci Ludzkiej Goodenougha. Zastosowano ocenę jakościową według metodyki K. Machower, F. Halpern i E. Hammer. Jąkający rysowali postać człowieka ołówkiem na początku i na końcu turnusu. Rysunkowe oznaki przystosowania szacowało dwóch niezależnych sędziów (zgodność ocen wynosiła $r = 0,90$). Największe zmiany zaobserwowano w ocenie poczucia humoru, dobrego nastroju i wesołości narysowanej postaci (średnio o 5,5 punktu); u trzech osób nie zauważono zmian. Grubość i pewność kreski, świadczące o zmniejszaniu się niepokoju, zwiększyły się średnio o 3,7 punktu, ogólny zaś wskaźnik przystosowania i poczucia pewności siebie, oceniony na podstawie sposobu ustawienia postaci, jej kompletności czy braku szczegółów wskazujących na lęk, wzrósł z 4,54 do 5,91

punktu. Zmiany te, sprawdzone testem znaków, są istotne statystycznie na poziomie 0,01, co dowodzi skuteczności zastosowanej terapii, a ponadto świadczy o możliwości zastosowania Testu Postaci Ludzkiej jako czułego na zmiany instrumentu.

3. Efekty terapii były oceniane również przez samych uczestników. Na początku i na końcu turnusu oceniali oni na 10-centymetrowych skalach ciągłych, w jakim stopniu reagują lękiem w różnych sytuacjach wymagających mówienia. Opisy sytuacji zaczerpnięto z Kwestionariusza Cooperów. W percepcji uczestników we wszystkich ocenianych sytuacjach nastąpiło wyraźne zmniejszenie lęku przed mówieniem. Największą poprawę zauważyli w zakresie łatwości uczestniczenia w dyskusjach na forum grupy (wzrost o 3,73), zapukania do drzwi i poproszenia kogoś (wzrost o 3,63), opowiadania dowcipu przy obcych (wzrost o 3,36), głośnego czytania w grupie obcych (wzrost o 3,16), użycia telefonu do uzyskania informacji (wzrost o 3,12), zamówienia posiłku w restauracji (wzrost o 3,03), mówienia do osób, które nie zwracają uwagi na rozmówcę (wzrost o 2,9), rozmowy z ekspedientką (wzrost o 2,89). Zauważona przez badanych poprawa pewności siebie i swobody w interakcjach werbalnych dotyczyła sytuacji ćwiczonych na turnusie. Najmniej widoczna poprawa w zakresie przystosowania emocjonalnego wystąpiła u tych osób, u których poprawa płynności mówienia była najmniejsza.

II. POSTĘPY TERAPII JĄKAJĄCYCH SIĘ DZIECI I MŁODZIEŻY W ZAKRESIE CZĘSTOTLIWOŚCI JĄKANIA

Wyniki badania wskazały na znaczące efekty terapii zarówno w zakresie częstotliwości jąkania, jak i stanów logofobicznych czy też współruchów neuro-mięśniowych. W zakresie częstotliwości jąkania oceniono pięć kryteriów: 1) recytacja, 2) powtarzanie zdań, 3) odpowiadanie na pytania, 4) czytanie tekstu, 5) mowa spontaniczna. Poniższe tabele prezentują szczegółowo liczbowe wyniki badań tych kryteriów, natomiast ostatnia tabela przedstawia wyniki przeciętne częstotliwości jąkania wszystkich pięciu prób w pierwszym dniu turnusu, w końcowym dniu turnusu i po sześciu miesiącach od dnia zakończenia programu.

Analizując próbę recytacji pierwszej zwrotki hymnu państwowego *Jeszcze Polska nie zginęła* (tab. 1), można stwierdzić zdecydowane postępy w przypadku wszystkich pacjentów, jednak u czworga pacjentów odnotowano utrzymujące się niepłynności, chociaż o zmniejszonej sile. U 10 osób płynność mowy w tej próbie utrzymywała się po sześciu miesiącach na właściwym poziomie, jednak czworo pozostałych prezentowało jeszcze po sześciu miesiącach niepłynności w granicach 1.6-8.5%.

Tab. 1. Częstotliwość jąkania w próbie „Recytacja” (w %)

Lp.	Pacjent	Wiek (lat)	Płeć	Częstotliwość jąkania (w %)		
				pierwszy dzień turnusu	ostatni dzień turnusu	po sześciu miesiącach
1	S. H.	9	M	11.6	1.6	0
2	A. K.	9	F	0	0	0
3	B. M.	10	M	0	0	0
4	M. Z.	12	M	0	0	0
5	R. M.	14	M	0	0	0
6	D. D.	16	M	0	0	0
7	J. P.	16	M	31.0	0	5.0
8	W. M.	17	M	24.1	0	0
9	T. B.	17	M	10.3	3.4	0
10	M. G.	18	M	0	0	0
11	M. P.	18	M	10.3	0	0
12	A. B.	19	F	13.7	3.4	1.6
13	A. O.	23	F	20.6	13.8	8.5
14	M. M.	24	M	3.4	0	0

Kolejną próbą było powtarzanie zdań. W przypadku dzieci zdania były dostosowane do ich percepcji, zawierały wyrazy z głoskami zwarto-wybuchowymi i samogłoskami oraz innymi w nagłosie, w przypadku młodzieży zdania pochodziły z Kwestionariusza Cooperów. Podobnie jak w pierwszej, również w tej próbie odnotowano znaczące postępy terapeutyczne. Jak podano w tab. 2, we wszystkich przypadkach płynność mowy uległa poprawie, w dwóch przypadkach płynność utrzymała się na stałym, pełnym poziomie; w siedmiu przypadkach w ostatnim dniu turnusu częstotliwość jąkania w tej próbie była zerowa, w pięciu przypadkach częstotliwość jąkania zmniejszyła się ponad 50%, w jednym przypadku 25-50%, w jednym przypadku pozostała na tym samym poziomie, a w ośmiu przypadkach po sześciu miesiącach częstotliwość jąkania się była zerowa.

W tab. 3 przedstawiono wyniki próby czytania tekstu. Dwóch uczestników czytało płynnie podczas wszystkich trzech badań. Dwóch prezentowało tylko 2- i 3-procentowy poziom częstotliwości jąkania w pierwszym dniu turnusu; po sześciu miesiącach jeden z nich uzyskał ten sam 2-procentowy wynik, natomiast drugi wynik – zerowy. Sześciu uczestników wykazało się w pełni płynnym czytaniem tekstu podczas drugiego i trzeciego badania. Brak zadowalających efektów odnotowano u pacjentów z numerami 7 i 13.

Wyniki próby czwartej badania częstotliwości jąkania – „odpowiadanie na pytania” pojedynczymi wyrazami przedstawiono w tab. 4. Zauważa się w tej próbie u niektórych pacjentów na początku terapii wysokie wyniki częstotliwości jąkania. Dzieje się tak za sprawą presji czasu, która w przypadku odpowiedzi przynosi jąkającym się znaczne trudności na starcie mowy. Blo-

Tab. 2. Częstotliwość jąkania w próbie „Powtarzanie zdań” (w %)

Lp.	Pacjent	Wiek (lat)	Płeć	Częstotliwość jąkania (w %)		
				pierwszy dzień turnusu	ostatni dzień turnusu	po sześciu miesiącach
1	S. H.	9	M	15.0	15.0	6.0
2	A. K.	9	F	0	0	0
3	B. M.	10	M	0	0	0
4	M. Z.	12	M	8.7	2.1	0
5	R. M.	14	M	15.2	0	0
6	D. D.	16	M	8.6	0	0
7	J. P.	16	M	43.4	4.3	15.2
8	W. M.	17	M	26.1	0	0
9	T. B.	17	M	13.0	0	0
10	M. G.	18	M	4.3	2.1	3.2
11	M. P.	18	M	34.7	0	0
12	A. B.	19	F	17.3	2.1	1.2
13	A. O.	23	F	32.6	19.5	15.6
14	M. M.	24	M	10.8	2.1	4.6

Tab. 3. Częstotliwość jąkania w próbie „Czytanie tekstu” (w %)

Lp.	Pacjent	Wiek (lat)	Płeć	Częstotliwość jąkania (w %)		
				pierwszy dzień turnusu	ostatni dzień turnusu	po sześciu miesiącach
1	S. H.	9	M	3.6	0	0
2	A. K.	9	F	0	0	0
3	B. M.	10	M	0	0	0
4	M. Z.	12	M	5.0	4.0	2.0
5	R. M.	14	M	11.0	2.0	0
6	D. D.	16	M	4.0	2.0	0
7	J. P.	16	M	30.0	5.0	10.0
8	W. M.	17	M	14.0	0	0
9	T. B.	17	M	6.0	0	0
10	M. G.	18	M	2.0	1.0	2.0
11	M. P.	18	M	12.0	0	2.0
12	A. B.	19	F	32.0	1.0	6.0
13	A. O.	23	F	10.0	7.0	7.0
14	M. M.	24	M	3.0	0	0

kowanie jest znacznie częstsze i o zwiększonych napięciach neuromięśniowych, gdy pytania są zadawane jąkającemu przez zaskoczenie, a natężenie głosu jest znacznie wzmocnione. Aż siedem osób prezentowało w pierwszym dniu turnusu częstotliwość jąkania w tej próbie na poziomie znacznym i głą-

Tab. 4. Częstotliwość jąkania w próbie „Odpowiadanie na pytania” (w %)

Lp.	Pacjent	Wiek (lat)	Płeć	Częstotliwość jąkania (w %)		
				pierwszy dzień turnusu	ostatni dzień turnusu	po sześciu miesiącach
1	S. H.	9	M	37.5	50.0	25.3
2	A. K.	9	F	0	0	0
3	B. M.	10	M	10.4	0	2.5
4	M. Z.	12	M	18.7	0	4.0
5	R. M.	14	M	43.7	0	5.2
6	D. D.	16	M	0	0	0
7	J. P.	16	M	50.0	37.4	28.4
8	W. M.	17	M	25.0	0	0
9	T. B.	17	M	18.7	0	3.0
10	M. G.	18	M	0	6.2	5.3
11	M. P.	18	M	62.5	0	7.0
12	A. B.	19	F	50.0	0	3.2
13	A. O.	23	F	50.0	25.0	15.2
14	M. M.	24	M	31.2	6.2	7.6

bokim, trzy osoby na poziomie zerowym. Trzy osoby (z numerami: 1, 7, 13) nie uzyskały zadowalających efektów, niemniej płynność mówienia w tej próbie u nich wzrosła. Kontrolne badanie po sześciu miesiącach potwierdziło zmniejszenie się częstotliwości jąkania w stosunku do badania w pierwszym dniu turnusu o ponad 50% u 9 uczestników. U pacjenta z numerem 10 nieznacznie zmniejszył się poziom jąkania w stosunku do ostatniego dnia turnusu, nie kontynuował zalecanej terapii.

Ostatnią próbą badania częstotliwości jąkania była „mowa spontaniczna”. Pacjenci wypowiadali się na temat wakacji, spędzonego dnia, na temat szkoły, kolegów i nauczycieli, na temat ilustracji. Oceniono częstotliwość jąkania w 3-5-minutowym opowiadaniu (monologu), nagrany na kasetę magnetofonową bądź kasetę *video*. Jak widać z tab. 5, wśród 14 osób w pierwszym dniu turnusu zbliżony do znacznego i znaczny poziom częstotliwości jąkania się prezentowało sześcioro uczestników turnusu. Czworo z nich uzyskało zmniejszenie poziomu jąkania o ponad 50%. U chłopców z numerami: 3, 6, 11 jąkanie w tej próbie było na zerowym poziomie, jednak po sześciu miesiącach nieznacznie wzrosło. Pacjenci z numerami: 1, 7, 10, 13 nie uzyskali wystarczająco zadowalających wyników po sześciu miesiącach od zakończenia turnusu. W sytuacjach komunikacyjnie trudnych – zdaniem rodziców – objawy jąkania były jeszcze głębsze od zaznaczonych w tabeli. Utrzymywanie się, co prawda odpowiednio zmniejszonego, poziomu częstotliwości jąkania u większości osób było głównie związane – według wypowiedzi rodziców – z brakiem odpowiedniej dyscypliny w realizacji terapeutycznych zaleceń po zakończeniu turnusu.

Tab. 5. Częstotliwość jąkania w próbie „Mowa spontaniczna” (w %)

Lp.	Pacjent	Wiek (lat)	Płeć	Częstotliwość jąkania (w %)		
				pierwszy dzień turnusu	ostatni dzień turnusu	po sześciu miesiącach
1	S. H.	9	M	36.2	20.0	18.6
2	A. K.	9	F	1.1	1.6	1.8
3	B. M.	10	M	6.1	0	2.4
4	M. Z.	12	M	6.5	2.5	1.4
5	R. M.	14	M	30.0	12.9	7.6
6	D. D.	16	M	5.1	0	2.6
7	J. P.	16	M	31.5	5.9	18.7
8	W. M.	17	M	22.2	2.9	3.4
9	T. B.	17	M	15.7	1.9	3.6
10	M. G.	18	M	5.1	3.3	3.7
11	M. P.	18	M	32.3	0	3.8
12	A. B.	19	F	36.8	3.6	4.1
13	A. O.	23	F	30.0	11.2	10.4
14	M. M.	24	M	11.2	3.3	4.3

W tab. 6 przedstawiono przeciętny poziom częstotliwości jąkania w procentach z wyżej analizowanych wszystkich pięciu prób. Generalnie można stwierdzić, że po sześciu miesiącach od zakończenia turnusu u wszystkich jego uczestników zwiększył się poziom płynności mówienia. Najmniejsze postępy uzyskali pacjenci z numerami: 1 (24.0% – zmniejszenie do 10.3%), 7 (37.1-15.4%) i 13

Tab. 6. Przeciętny poziom częstotliwości jąkania (w %)

Lp.	Pacjent	Wiek (lat)	Płeć	Częstotliwość jąkania (w %)		
				pierwszy dzień turnusu	ostatni dzień turnusu	po sześciu miesiącach
1	S. H.	9	M	24.0	18.2	10.3
2	A. K.	9	F	0.2	1.3	0.3
3	B. M.	10	M	3.3	0	1.0
4	M. Z.	12	M	8.4	1.7	1.5
5	R. M.	14	M	20.6	3.0	2.5
6	D. D.	16	M	4.2	0.4	0.5
7	J. P.	16	M	37.1	10.5	15.4
8	W. M.	17	M	22.2	0.6	0.6
9	T. B.	17	M	12.7	1.0	1.3
10	M. G.	18	M	2.2	2.5	2.8
11	M. P.	18	M	30.3	0	2.5
12	A. B.	19	F	29.9	2.0	3.2
13	A. O.	23	F	28.6	15.3	11.3
14	M. M.	24	M	11.9	2.3	3.3

(28.6-11.3%), natomiast największe sukcesy odnotowano u pacjentów z numerami: 5 (20.6% – zmniejszenie częstotliwości jąkania do 2.5%), 8 (22.2-0.6%), 9 (12.7-1.3%), 11 (30.3-2.5%) i 12 (29.9-3.2%). Większość uczestników turnusu prezentowała bardzo wysoki poziom motywacji do podjętych działań terapeutycznych, korygujących stan niepełności. Wszyscy podejmowali wcześniej próby terapeutyczne, które kończyły się porażką bądź niewielkimi tylko sukcesami. Intensywny program terapii, konsekwencja w egzekwowaniu realizacji zaleceń terapeutycznych – to tylko niektóre elementy wpływające na postępy terapii.

Bibliografia

- Adamczyk B. (1993). *Terapia jąkania metodą „Echo”*. W: *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*. Red. T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zaleski, Lublin: Wyd. UMCS, s. 141-155.
- Bartkowicz Z., Hoffman E. (1999). *Niezwykła sztuka uczenia się*. Lublin: Wyd. AWH.
- Chęćek M., Pielecki A. (1995). Effectiveness of Therapy of Stuttering Adolescent and Adults by Modified Psychophysiological Therapy. W: *Proceedings 1st World Congress on Fluency Disorders (Monachium 1994)*, IFA, USA, s. 348-352.
- Chęćek M. (1997). Etapy terapii w „Zmodyfikowanym Programie Psychofizjologicznej Terapii Jąkających się”. *„Logopedia”* 24, 41-60.
- Chęćek M., Pielecki A., Bartkowicz Z., Pankowska D. (1999). The Complex Short-Term Therapy of Stuttering: The Program and Effectiveness. W: *Communication and Its Disorders: A Science in Progress. Proceedings 24th Congress International Association of Logopedics and Phoniatrics. Vol. 2*. Eds. P. H. Dejenckere, H. F. M. Peters, Amsterdam: Nijmegen University Press.
- Chęćek M. (2000). Korygowanie zaburzonej realizacji spółgłosek i samogłosek w jąkających się. W: *Teoretyczne podstawy metod usprawniania mowy*. Red. H. Mierzejewska, M. Przybysz-Piwkowska, Warszawa: Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego, s. 65-83.
- Chęćek M. (2001). *Kwestionariusz Cooperów do Oceny Jąkania. Zarys terapii*. Podręcznik, Lublin: Wyd. Fundacji „ORATOR”.
- Cooper E. B., Cooper C. S. (1985). *Cooper Personalized Fluency Control Therapy – Revised*, Allen, Tex.: DLM Teaching Resources.
- Chomczyńska-Miliszkiwicz M., Pankowska D. (1995). *Polubić szkołę*, Warszawa: WSiP.
- Nowakowska-Kempna I. (1995). *Konceptualizacja uczuć w języku polskim*, Warszawa: WSiP.
- Nowakowska-Kempna I. (1998). Społeczne aspekty dyspersji. W: *Logopedia jako nauka interdyscyplinarna – teoretyczna i stosowana*. Red. I. Nowakowska-Kempna, Katowice: Uniwersytet Śląski.
- Nowakowska-Kempna I. (2000). *Jednostki językowe w analizie prototypowej*. Katowice: Międzyuczelniane Towarzystwo Naukowe im. R. Ajdukiewicza.
- O'Connor J., Seymour J. (1996). *NLP – Wprowadzenie do programowania neurolingwistycznego*, Poznań: Wyd. Zysk i S-ka.
- Pielecki A. (1994). Turnus terapeutyczny dla dzieci jąkających się. *„Biuletyn Polskiej Fundacji Zaburzeń Mowy”* 2, 21.
- Pielecki A., Chęćek M., Bartkowicz Z. (2001). Phonological Conditions of Role of Vowels in Therapy of Stutterers. W: *Fluency Disorders: Theory, Research, Treatment and Self-Help (Proceedings of the 3rd World Congress of Fluency Disorders in Nyborg, Denmark 2000)*, Amsterdam: Nijmegen University Press, s. 381-385.
- Tarkowski Z. (1999). *Jąkanie*, Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.
- Tarkowski Z. (2001). *Kwestionariusz Niepełności Mówienia i Logofobii*, Lublin: Wyd. Fundacji „ORATOR”.