

TOMASZ WOŹNIAK

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin  
Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego

## Standard postępowania logopedycznego w przypadku jąkania

---

The Standard of Logopedic Treatment in Stuttering

### DIAGNOZOWANIE

Zasadnicze znaczenie dla diagnozy jąkania i dalszego postępowania terapeutycznego ma przyjęcie określonej definicji tego zaburzenia. Obserwujemy znaczne rozbieżności w rozumieniu, czym jest jąkanie. Jako skrajne możemy określić stanowiska: utożsamiające jąkanie z nie płynnością mówienia oraz te, które traktują jąkanie jako rodzaj fobii. Przyjęcie pierwszego stanowiska (bliskiego potocznemu rozumieniu jąkania: jąka się ten, kto mówi nie płynnie) utrudnia dostrzeganie specyfiki tego zaburzenia, jego odrębności od innych zaburzeń płynności mowy, a w konsekwencji może powodować mniej skuteczne oddziaływanie terapeutyczne. Przyjęcie drugiego stanowiska prowadzi często do zbyt jednostronnej terapii, koncentrującej się na psychicznych aspektach jąkania, a redukującej problem płynności mowy, który ma zasadnicze znaczenie dla tego zaburzenia. Między tymi skrajnymi stanowiskami obserwujemy szereg stanowisk pośrednich, uwzględniających złożoność i wieloaspektowość tego zaburzenia mowy, traktujących najczęściej jąkanie jako syndrom. Sądzę, że przyjęcie kompleksowego rozumienia problemu jąkania jest najlepsze z punktu widzenia postępowania terapeutycznego, gdyż umożliwia wielopoziomą, szczegółową diagnozę, a także zwraca uwagę na konieczność kompleksowych oddziaływań terapeutycznych. Przyjęta niżej definicja jest propozycją synkretycznego ujęcia całości zaburzenia z punktu widzenia praktyki.

**Definicja:** jąkanie (ICD-10 F98.5, ICD-9307.0) jest zaburzeniem płynności mówienia, w którym występują symptomy opisywane na różnych poziomach: komunikacyjnym, psychicznym i neurofizjologicznym. Na poziomie komunikacyjnym objawem dominującym jest patologiczna niepłynność mówienia, polegająca przede wszystkim na blokowaniu, przeciąganiu i powtarzaniu dźwięków mowy. Na poziomie psychicznym zwraca uwagę świadomość występowania zaburzenia, przewidywanie wystąpienia niepłynności i wiążące się z tym reakcje lękowe o charakterze patologicznym (logofobia). Na poziomie neurofizjologicznym głównym objawem jest podniesione napięcie mięśniowe w obrębie narządów mowy (spastyczność). Choć opisywane symptomy wzajemnie się warunkują, to za symptom podstawowy jąkania należy uznać specyficzną patologiczną niepłynność mówienia.

**Przyczyny jąkania:** nie można wskazać jednej uniwersalnej przyczyny powodującej jąkanie. Większość badaczy opowiada się za wieloczynnikowym podłożem tego zaburzenia mowy. Wśród przyczyn jąkania, które są udowodnione naukowo, należy wymienić:

- czynniki genetyczne;
- urazy neurologiczne;
- traumatyczne przeżycia;
- strukturalne różnice dotyczące połączeń obszaru mowy w mózgu (okolice wieczka Rolanda);
- nadmierna aktywacja prawej półkuli mózgu, przy jednoczesnym obniżeniu aktywacji kory słuchowej w lewej półkuli;
- odmienna funkcjonalna organizacja kory słuchowej;
- zaburzenia w zakresie słuchowej kontroli wypowiedzi.

Najnowsze badania wskazują, że powstawanie niepłynności mowy ma swoje fizjologiczne podłoże w zaburzeniach procesu przygotowania lub kontroli wypowiedzi. Znajduje to swoje potwierdzenie w badaniach opartych na neuroobrazowaniu. Każda z wyżej wymienionych przyczyn powoduje w konsekwencji pojawienie się przerwy czasowej i związane z tym przerwanie ciągłości wymawianiowej. Reakcje na doświadczanie tego zjawiska prowadzą do powstania pozostałych objawów jąkania.

#### BADANIE LOGOPEDYCZNE

W celu zdiagnozowania jąkania wykonujemy następujące czynności diagnostyczne, do których należą:

- a) ocena płynności mówienia;
- b) ocena symptomów towarzyszących;

- c) wywiad;
- d) inne badania specjalistyczne, jeśli są wskazane.

Ad a. Aby ocenić płynność mówienia dokonujemy oceny symptomów nie płynności pod względem ilościowym (ocena sylabowa lub wyrazowa) i jakościowym w następujących badaniach cząstkowych, takich jak:

- badanie realizacji ciągów zautomatyzowanych;
- badanie realizacji wypowiedzi podczas czytania lub nazywania obrazków (u dzieci nieumiejących czytać);
- badanie czynności powtarzania;
- badanie realizacji wypowiedzi podczas swobodnej rozmowy (dialog);
- badanie realizacji wypowiedzi narracyjnej.

Ad b. Aby ocenić symptomy towarzyszące nie płynności mówienia, w trakcie badania poddajemy obserwacji następujące czynności i objawy:

- oddychanie;
- fonację;
- artykulację i koartykulację;
- tempo mówienia;
- sposób budowy tekstu;
- współruchy (tiki);
- zachowania niewerbalne;
- fizjologiczne objawy stresu.

Ad c. Wywiad powinien uwzględniać następujące aspekty:

- historię występowania objawów jąkania oraz ocenę roli zaburzenia w życiu pacjenta;
- uwarunkowania genetyczne;
- zdrowie pacjenta;
- uwarunkowania społeczne (sytuacja rodzinna, szkolna, zawodowa itp.).

Ad d. W ramach innych badań specjalistycznych logopeda może przeprowadzić:

- ocenę realizacji wypowiedzi przy użyciu DAF, FAF;
- orientacyjne badanie słuchu;
- badanie lateralizacji;
- badanie kwestionariuszami lub skalami oceniającymi poziom logofobii;
- ocenę innych zachowań komunikacyjnych niż wymienione w pkt. a i b;
- ocenę innych aspektów osobowości pacjenta;
- skierować pacjenta na dodatkowe badania innych specjalistów (o ile są wskazane).

## ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ SPECJALISTYCZNYCH

W ramach diagnozowania jąkania logopeda powinien zapoznać się z wszelką dostępną dokumentacją medyczną, psychologiczną i pedagogiczną dotyczącą diagnozowanej osoby. Wnioski wynikające z analizy dokumentacji powinny być wyraźnie uwzględnione w końcowej diagnozie.

## DIAGNOZA RÓŻNICOWA

Jąkanie ujawnia się zwykle w dzieciństwie, w okresie rozwoju mowy (jąkanie wczesnodziecięce), a następnie rozwija w okresie dojrzewania i dorosłości (rozwinęta postać jąkania). Zdarzają się także postacie jąkania nabytego, spowodowane zmianami neurologicznymi lub urazem natury psychicznej. Jąkanie nabyte może powstać w różnym wieku, a jego przebieg może być nietypowy.

Zaburzeniami mowy, których objawy mogą przypominać jąkanie, są: gielkot, mowa w chorobie Parkinsona, nerwice mowy.

Największe podobieństwo do jąkania zdradza gielkot. Zasady diagnozy różnicowej jąkania i gielkotu pokazuje tabela 1. Należy zaznaczyć, że napotykamy przypadki jąkania formujące się na podstawie gielkotu, nigdy nie opisano odwrotnego kierunku.

Rozróżnienie jąkania i mowy w chorobie Parkinsona możliwe jest dzięki danym z wywiadu (późny początek choroby Parkinsona w stosunku do jąkania), objawom jakościowym dotyczącym nie płynności (brak spastyczności, niewyraźna artykulacja w chorobie Parkinsona) i dodatkowym badaniom medycznym (głównie neurologicznym).

Dla nerwic mowy charakterystyczne jest ograniczenie występowania objawów do określonych sytuacji, mniejsza liczba występowania nie płynności oraz dodatkowo występujące zaburzenia głosu.

Ponadto różnicowania wymaga jąkanie wczesnodziecięce i rozwojowa nie płynność mówienia (RNM), która jest zjawiskiem normalnym u części dzieci w okresie rozwoju mowy. Podstawy odróżniania jąkania i RNM ukazane są w tabeli 2.

Osobnym problemem jest rozróżnienie jąkania i nie płynności mówienia występującej niekiedy w oligofazji. Podstawą rozróżnienia jest w tym wypadku brak spastyczności i brak logofobii oraz występowanie trudności artykulacyjnych w oligofazji, w przeciwieństwie do jąkania, gdzie spastyczność i logofobia na ogół występują, zaś problemy poprawnej realizacji segmentalnej nie występują. Należy tu zaznaczyć, że jąkanie, rozumiane jako zespół, występuje u osób upośledzonych umysłowo rzadziej niż u osób w normie intelektualnej.

Tab. 1. Podstawy odróżniania jąkania i gielkotu

Jąkanie	Gielkot
Świadomość występowania zaburzenia. Duża rola zaburzenia w życiu pacjenta. W obrazie zachowania dominuje wzmożona kontrola.	Przeważa brak świadomości występowania zaburzenia. Mała rola zaburzenia w życiu pacjenta. Często nadpobudliwość psychomotoryczna i impulsywność.
Logofobia.	Brak logofobii.
Przeważnie normalne tempo mówienia, przyspieszenia i zwolnienia tylko w momentach nie płynności.	Stale przyspieszone tempo mówienia.
Dominujące objawy nie płynności to: przeciągnięcia, bloki, powtórzenia dźwięków.	Dominujące objawy nie płynności to powtórzenia i nadużywanie dźwięków wtrąconych.
Brak zaburzeń artykulacji.	Obniżona precyzja artykulacyjna.
Spastyczność.	Brak spastyczności.
Budowanie spójnych wypowiedzi.	Obniżona spójność gramatyczna i semantyczna wypowiedzi.
Dobre umiejętności słuchania rozmówcy. Dobra koncentracja uwagi, prawidłowe rozumienie tekstu.	Niskie umiejętności słuchania rozmówcy. Często przerywanie konwersacji, fragmentaryczny odbiór tekstu, trudności w koncentracji uwagi.
Nasilenie objawów w sytuacji wymagającej kontroli.	Zmniejszenie objawów w sytuacji wymagającej kontroli.
Zapis EEG przeważnie prawidłowy.	Zapis EEG przeważnie nieprawidłowy.

Tab. 2. Podstawy odróżniania jąkania wczesnodziecięcego i RNM

Jąkanie wczesnodziecięce	Rozwojowa nie płynność mówienia
Liczba nie płynności przekracza 5% w próbie sylabowej.	Liczba nie płynności nie przekracza 5% w próbie sylabowej.
Nie płynności zwykle towarzyszy spastyczność, zdarzają się bloki trwające ponad 2 sekundy.	Nie płynność jest niespastyczna, pauzy w wypowiedzi wynikają z namysłu.
Powtórzenia zwykle obejmują sylabę lub głoskę i są częstsze niż 1 raz.	Powtórzenia zwykle obejmują wyraz, sylabę lub głoskę i są zwykle jednokrotne.
Stopniowo pojawia się świadomość zaburzenia i reakcje unikania.	Dziecko jest przeważnie nieświadome występujących objawów nie płynności.
Zwykle nasila się po 5. r.ż.	Zanika najpóźniej między 5. a 7. rokiem życia.

## ROZPOZNANIE LOGOPEDYCZNE

Rozpoznanie logopedyczne jąkania powinno przede wszystkim uwzględniać:

a) w odniesieniu do nie płynności:

- kryteria ilościowe (norma w próbie sylabowej: 2% dla dorosłych, 3% dla dzieci, maksymalnie do 5% w przypadkach RNM);
- kryteria jakościowe: prymarne objawy nie płynności (przeciągnięcia, bloki, powtórzenia), sekundarne objawy nie płynności (dźwięki wtrącone, pauzy wypełnione, wielokrotne powtórzenia wyrazów lub fraz);

b) w odniesieniu do symptomów towarzyszących nie płynności:

- występowanie napięcia mięśniowego;
- występowanie współruchów;
- utrata kontaktu wzrokowego;
- nieprawidłowy sposób oddychania;
- występowanie fizjologicznych objawów stresu;

c) w odniesieniu do danych uzyskanych z wywiadu i innych badań:

- stwierdzone występowanie jąkania w rodzinie;
- stwierdzony wzrost objawów w sytuacjach trudnych emocjonalnie, przy utrzymującym się stale pewnym poziomie objawów w sytuacjach łatwych dla pacjenta;
- wyrażane przez pacjenta uczucia: zażenowania, wstydu, frustracji, złości lub lęku związane ze sposobem mówienia;
- stwierdzone zachowania lękowe lub depresyjne;
- stwierdzone urazy emocjonalne, szczególnie w okresie dzieciństwa;
- zaburzenia relacji i kontaktów w rodzinie pacjenta;
- stwierdzenie organicznych zmian i zaburzeń, np. padaczki, mikrodysfunkcji mózgowych, zaburzeń metabolicznych itp.;
- stwierdzenie zaburzenia funkcji słuchowych, np. niedosłuchów jednostronnych, zaburzeń w zakresie lateralizacji słuchowej.

Zdiagnozowanie występowania nie płynności mówienia spełniającej kryteria występujące w pkt. a, która utrzymuje się przez dłuższy czas, wraz z towarzyszącymi objawami opisanymi w pkt. b i c (przynajmniej po jednym z nich), pozwala na postawienie diagnozy jąkania.

W zależności od wieku i nasilenia objawów diagnozujemy różny rodzaj i stopień jąkania (por. tab. 3.)

W zależności od przyczyn jąkania (jeśli możliwe są do ustalenia) określamy je dodatkowo jako:

- wiążące się z czynnikami rozwojowymi,

Tab. 3. Określenie rodzaju i stopnia jąkania (dane liczbowe odnoszą się do próby sylabowej)

Jąkanie	W stopniu lekkim	W stopniu umiarkowanym	W stopniu ciężkim
Wczesno-dziecięce (do końca 6. roku życia).	3–10% nie płynności, prymarne objawy nie płynności, przynajmniej jeden z objawów z pkt. b lub c.	10–20% nie płynności, prymarne i sekundarne objawy nie płynności, jeden lub więcej z objawów z pkt. b i c.	Ponad 20 % nie płynności, prymarne i sekundarne objawy nie płynności, jeden lub więcej z objawów z pkt. b i c.
Zaawansowane (od 7. roku życia).	5–10% nie płynności, prymarne i sekundarne objawy nie płynności, min. po jednym z objawów z pkt. b i c.	10–20% nie płynności, prymarne i sekundarne objawy nie płynności, po dwa lub więcej z objawów z pkt. b i c.	Ponad 20 % nie płynności, prymarne i sekundarne objawy nie płynności, po dwa lub więcej z objawów z pkt. b i c.

- nabyte (należy określić prawdopodobną przyczynę),
- uformowane na podłożu gielkotu,
- powstałe na tle ustalonej przyczyny szczegółowej, np. zaburzenia lateralizacji słuchowej, epilepsji, dziedziczności itp.

W rozpoznaniu logopedycznym należy wziąć pod uwagę zmienność objawów. Nasilenie objawów jąkania często zmienia się w czasie i wykazuje dużą zależność od składników interakcji społecznej: osoby rozmówcy, sytuacji, celu i gatunku wypowiedzi.

## PROGRAMOWANIE TERAPII. RAMY PROGRAMU TERAPEUTYCZNEGO

Program terapeutyczny powinien być dostosowany indywidualnie do rodzaju i stopnia jąkania, powinien uwzględniać przyczyny zaburzenia, a także specyfikę objawów w danym przypadku.

### CELE POSTĘPOWANIA LOGOPEDYCZNEGO

Celem postępowania terapeutycznego powinno być usunięcie lub złagodzenie objawów występujących w jąkaniu.

- a. W odniesieniu do nie płynności mówienia możemy wyróżnić dwa różne cele:
  - ukształtowanie płynności mówienia;
  - modyfikacja nie płynności w jej łatwiejszą postać.

- b. W odniesieniu do objawów psychicznych jako główne należy uznać cele:
- przeciwdziałanie zachowaniom lękowym;
  - akceptacja zdarzających się nie płynności i towarzyszących im innych objawów;
  - trening pewności siebie w zachowaniach komunikacyjnych.
- c. W odniesieniu do objawów neurofizjologicznych podstawowymi celami są:
- zmniejszenie napięcia mięśniowego;
  - wyeliminowanie współruchów.

### STRATEGIE I METODY POSTĘPOWANIA

Wobec mnogości form oddziaływań terapeutycznych stosowanych w jąkanii należy zwrócić uwagę na naczelną zasadę strategii postępowania terapeutycznego i wskazać główne metody terapii.

#### A. Strategie postępowania

- W przypadku jąkania wczesnodziecięcego zalecane jest nieświadomianie dziecku nie płynności, odwracanie jego uwagi od mowy, oddziaływanie środowiskowe, podawanie i formowanie prawidłowego wzorca mówienia, dbanie o prawidłowy rozwój emocjonalny. Powyższe zalecenia stosowane są w terapii rodzinnej bądź grupowej.
- W przypadku jąkania rozwiniętego zalecane jest uświadomienie pacjentowi różnych aspektów jąkania i kompleksowe oddziaływanie na wszystkie typy objawów. Stosuje się formy oddziaływań indywidualne i grupowe.
- W przypadku jąkania nabytego o ustalonej przyczynie należy, w miarę możliwości, przeciwdziałać czynnikom wywołującym jąkanie.
- Jeżeli zachodzi taka potrzeba, pożądane jest korzystanie w terapii z pomocy innych specjalistów.

#### B. Metody postępowania

- Metody kształtowania płynności mowy (rytmizacja mówienia, przeciąganie samogłosek).
- Metody wspomaganie aparaturowego wykorzystujące: opóźnione słuchowe sprzężenie zwrotne (DAF) — echokorekcja, transpozycję częstotliwości mowy (FAF), maskowanie kontroli słuchowej wypowiedzi.
- Metody modyfikacji nie płynności mówienia (identyfikacja, desentyzacja, modyfikacja, stabilizacja).
- Metody oddechowe.
- Metody delikatnego startu mowy.



- Metody psychoterapeutyczne (relaksacja, desentyzacja, desensybilizacja, socjoterapia, drama).
- Leczenie farmakologiczne w szczególnych przypadkach (leki antydepresyjne, antypsychotyczne, antagoniści dopaminy, obniżające napięcie mięśniowe, przeciwpadaczkowe) — wymagana współpraca z lekarzem.

### ORGANIZACJA POSTĘPOWANIA

Należy podkreślić duże zróżnicowanie przebiegu terapii osób jękających w zależności od potrzeb pacjenta i użytych metod terapeutycznych. Jako standardowe postępowanie trzeba przyjąć:

- minimum 1–2 spotkania poświęcone diagnozie;
- częstotliwość spotkań terapeutycznych: minimum dwa 30-minutowe spotkania na tydzień z możliwością ich połączenia;
- terapia może być indywidualna i grupowa w zależności od metody;
- codzienne wykonywanie zalecanych ćwiczeń przez pacjenta;
- czas terapii: minimum 12 tygodni;
- w przypadku bardzo intensywnej terapii (prowadzonej codziennie, przez kilka godzin) czas może być skrócony do 2–3 tygodni;
- w terapii należy uwzględnić etapowość: ćwiczenia w gabinecie, przeniesienie efektów w sytuacje pozagabinetowe, utrwalenie wyników terapii;
- Kontrola wyników terapii do 6 miesięcy od jej zakończenia.

### POSTĘPOWANIE TERAPEUTYCZNE

1. Sformułowanie szczegółowego programu terapii — należy dostosować program terapii do wymagań pacjenta w każdym indywidualnym przypadku. W programowaniu terapii szczególną uwagę trzeba zwrócić na odrębne strategie postępowania w przypadku dzieci (jękanie wczesnodziecięce) oraz młodzieży i dorosłych (jękanie rozwinięte). W programowaniu terapii należy uwzględnić ustaloną przyczynę jękania.

2. Organizacja terapii — w zależności od metody terapii.

3. Prowadzenie dokumentacji terapii — konieczne jest prowadzenie dokumentacji dotyczącej diagnozy, terapii i oceny oddziaływań terapeutycznych.

4. Okresowa ocena postępów terapii — za konieczną należy uznać okresową ocenę wyników terapii, po zakończeniu terapii wybraną metodą, do 6 miesięcy od jej zakończenia.

5. Weryfikacja hipotez diagnostycznych — w trakcie trwania terapii należy ciągle uwzględniać zdobywane dane dotyczące zachowań pacjenta

w celu potwierdzenia lub modyfikacji diagnozy oraz oceny skuteczności wybranej metody terapii.

6. Modyfikacja programu terapii (jeśli zachodzi taka konieczność).

W przypadku stwierdzenia nieskuteczności oddziaływań terapeutycznych w czasie terapii należy rozważyć zmianę postępowania na korzystniejsze dla pacjenta. W przypadku stwierdzenia nawrotu jąkania (podczas okresowej kontroli), mimo wcześniejszych pozytywnych wyników terapii, dopuszcza się powtórzenie terapii daną metodą, jednak nie wcześniej niż 6 miesięcy od zakończenia pierwszego cyklu.