

WYŻSZA SZKOŁA PEDAGOGICZNA W ŁODZI

KIERUNEK: Logopedia

MAŁGORZATA BIZOŃ

**FUNKCJONOWANIE UCZNIA JAKAJĄCEGO SIĘ
W SZKOLE**

**Praca dyplomowa
napisana pod kierunkiem
dr Marii Rachwał**

Tarnów 2006

*Składam serdeczne podziękowania
Pani Promotor za cenne wskazówki udzielone
w trakcie pisania niniejszej pracy.*

SPIS TREŚCI

WSTĘP	4
ROZDZIAŁ I	
JĄKANIE W ŚWIECIE LITERATURY PRZEDMIOTU	
1. Definicje jąkania	5
2. Charakterystyka jąkania i jego postacie.	8
3. Etiologia jąkania	9
ROZDZIAŁ II	
DIAGNOZA LOGOPEDYCZNA	
1. Prezentacja narzędzi do diagnozowania jąkania.....	11
1.1. Teoretyczne podstawy diagnozowania	12
2. Charakterystyka ucznia w oparciu o wywiad i obserwację	12
2.1. Sytuacja rodzinna	12
2.2. Sytuacja szkolna	13
3. Diagnoza przeprowadzona w oparciu o kwestionariusz Cooperów do oceny jąkania	14
3.1. Opis metody i warunki badania	14
3.2. Technika badania i jego wyniki	15
ROZDZIAŁ III	
TERAPIA LOGOPEDYCZNA	
1. Zaplecze diagnostyczno-badawcze	
1.1. Warunki efektywnej terapii	19
1.2. Cechy osobowe terapeuty	19
2. Propozycje terapii w świetle literatury przedmiotu.....	20
2.1. Metody terapeutyczne	20
2. Plan wstępnej terapii jąkania	23
3. Funkcjonowanie ucznia jąkającego się w szkole	27
3.1. Postawy nauczycieli i kolegów	28
3.2. Pomoc nauczycieli w pracy z uczniem jąkającym się	29
ZAKOŃCZENIE	31
BIBLIOGRAFIA	32
ANEKS	33

WSTĘP

Jąkanie jest zaburzeniem mowy, które dotyka około 4% Polaków, przy czym większość z nich stanowią dzieci do lat 15. Niemal prawidłowością jest to, że jękają się głównie chłopcy.

Dla niemal wszystkich jękających się nastolatków, przypadłość ta stanowi życiowy problem. Prześladowuje ich w każdej sytuacji komunikacyjnej nie pozwalając wyrazić swoich myśli, utrudniając, bądź całkowicie uniemożliwiając normalne uczestniczenie w życiu szkolnym oraz funkcjonowanie w grupie rówieśniczej. Niektóre jękające się osoby nazywają jękanie “kaktusem”, “drutem kolczastym w gardle” lub bolesną chorobą, od której próbują się uwolnić poprzez stopniowe odsuwanie się od ludzi i unikanie sytuacji komunikacyjnych.

Z psychologicznego punktu widzenia jękanie jest przypadłością najtrudniejszą do skorygowania w krótkim czasie i wymagającą systematycznej współpracy na linii pacjent – rodzina – szkoła – logopeda. Rola nauczycieli i wychowawcy klasy ma niebagatelne znaczenie dla społecznego funkcjonowania jękającego się ucznia oraz dla postępów terapii.

Podjęłam w swojej pracy temat jękania, ponieważ problem ten dotyczy jednego z uczniów gimnazjum, w którym pracuję. Jękający się czternastoletni Tomasz do chwili obecnej nie otrzymał znikąd żadnej pomocy. Od początku drugiej klasy szkoły podstawowej sam boryka się ze swoim problemem. Pomimo braku doświadczenia w pracy logopedycznej chciałabym podjąć wszelkie działania, które będą możliwe do zrealizowania na terenie szkoły, żeby udzielić pomocy uczniowi jękającemu się oraz wskazać kompetentne osoby i instytucje, które uzupełnią prowadzoną przeze mnie terapię, jeśli po przeprowadzeniu diagnozy okaże się to konieczne.

W celu dogłębnego poznania zjawiska przestudiowałam szereg pozycji literatury fachowej. W swojej pracy podjęłam próbę usystematyzowania zdobytych wiadomości oraz zaprezentowania wiedzy niezbędnej do podjęcia pracy z uczniem jękającym się.

W trzech rozdziałach podejmuję następujące zagadnienia:

- przedstawiam szereg różnorodnych definicji jękania,
- prezentuję etiologię zjawiska,
- opisuję elementy diagnozy i przeprowadzam badanie ucznia w oparciu o kwestionariusz Cooperów,
- dokonuję próby wyboru skutecznej terapii oraz przedstawiam jej przebieg,
- skupiam się nad problematyką funkcjonowania ucznia jękającego się w szkole i klasie,
- poruszam problematykę stosunku nauczycieli i uczniów do ucznia jękającego się przez pryzmat korzyści i strat dla ucznia z tym problemem.

Podsumowanie pracy jest próbą wskazania dalszych działań, które należy podjąć, aby terapia była

efektywna i doprowadziła do celu, który założyłam na początku opracowywania niniejszej pozycji. Jest nim płynna mowa ucznia.

Terapia jąkania jest jednym z najtrudniejszych wyzwań dla, zwłaszcza początkującego, logopedy. Mam świadomość trudności, a być może nawet niespektakularnych efektów długotrwałych i żmudnych ćwiczeń. Chciałabym jednak przede wszystkim, aby na drodze do płynnej mowy Tomasza, kierował się on mottem Polskiego Związku Jąkających się:

“Jąkania nie traktujmy jak najgorszego wroga, z którym ciągle mamy walczyć, lecz jak najlepszego przyjaciela, z którym mamy wspólnie żyć”.

ROZDZIAŁ I

JĄKANIE W ŚWIETLE LITERATURY PRZEDMIOTU

1. Definicje jąkania.

Definicji jąkania jest tak wiele, że nie sposób ich wszystkich przytoczyć w niniejszej pracy. Różnie je definiują badacze przedmiotu, jednak większość z nich jest zgodnych co do tego, że jąkanie nie jest jednostką chorobową, lecz swoistym zespołem objawów zaburzenia mowy. Najogólniej rzecz ujmując **jąkanie jest zaburzeniem płynności mówienia**. Przytoczę kilka wybranych z literatury przedmiotu definicji. Według **Van Ripera**¹ jąkanie jest niezgodnością równoczesnego i stopniowanego programowania ruchów mięśniowych potrzebnych do wytwarzania dźwięków mowy lub ich połączeń z następnymi dźwiękami w wyrazie. Przewidywanie trudności tego programowania może powodować walkę i reakcje unikania, które są wtórne, niestałe i wyuczone. Jąkanie wypływa zatem z dyskoordynacji ruchowej trzech aparatów: oddechowego, fonacyjnego oraz artykulacyjnego i charakteryzuje się brakiem płynności mówienia w procesie komunikacyjnym między jąkającym się nadawcą a odbiorcą wypowiedzi.

Kaczmarek² określa jąkanie jako zaburzenie mowy w płaszczyźnie suprasegmentalnej. Określając jąkanie jako balbuties, dysfemia, spazmofemia lub laloneuroza podaje, iż charakteryzuje się ono zakłóceniami rytmu i melodii wypowiedzi, przerwami, zacinaniem się, powtarzaniem i wydłużaniem głosek i występuje często w wypowiedzi spontanicznej, a czasem w czytaniu, powtarzaniu, recytacji, nigdy zaś w śpiewie czy mowie chóralnej.

Tarkowski³ dokonując prób zdefiniowania jąkania wczesnodziecięcego zwracał uwagę na różne jego aspekty. Wskazał on na:

1. aspekt prozodyczny – zaburzenie płynności, tempa i rytmu mówienia, spowodowane nadmiernym napięciem mięśni oddechowych, fonacyjnych i artykulacyjnych,
2. aspekt neuropsycholingwistyczny – kombinacja niepłynności semantyczno-syntaktycznej i niepłynności fizjologicznej, powstałych na skutek desynchronizacji trzech poziomów organizacji wypowiedzi: treści, formy językowej i substancji fonicznej,
3. aspekt osobowościowy – jednostka jąkająca się (nie jąkanie), której osobowość niewłaściwie funkcjonuje,
4. aspekt medyczny – nerwica mówienia, aspekt socjolingwistyczny – zaburzenie sprawności językowej.

¹ www.jakanie.com

² W. Kaczmarek L., Adamczyk B. (red): *Jąkanie*. 42-45, Lublin 1987

³ Tarkowski Z. *Jąkanie wczesnodziecięce*. Warszawa 1992

Tarkowski podaje również, że jąkanie jąkanie jest nie płynnością mówienia, spowodowaną nadmiernymi skurczami mięśni oddechowych, fonacyjnych i artykulacyjnych, której towarzyszą różnorodne reakcje indywidualne lub społeczne, zakłócając komunikację międzyludzką.

Woźniak⁴ definiuje jąkanie jako zaburzenie płynności mówienia, w którym dominują zakłócenia zjawisk fonetycznych takich jak:

1. tempo mówienia, czyli liczba głosek wypowiedzianych w jednostce czasu (przy normie 5-10 głosek na sekundę),
2. iloczyn, czyli długość trwania głosek (przy normie dla głoski zwartowobuchowej 0,11-0,12 sekundy),
3. rytm mówienia, czyli cykliczne powtarzanie się identycznych procesów połączonych w jedną całość szczytem dynamicznym,
4. koartykulacja, czyli przechodzenie jednej artykulacji w drugą i ich wzajemne nakładanie się,
5. melodia, czyli forma intonacyjna charakterystyczna dla zdań oznajmujących i pytających.

Sheehan⁵ twierdzi, że jąkanie jest zaburzeniem społecznego komunikowania się.

Pruszewicz⁶ charakteryzuje jąkanie jako rozpad koordynacji wszystkich ruchów biorących udział w mowie, tj. oddechowych, artykulacyjnych, fonacyjnych, mimicznych i gestykulacyjnych.

Wymienia on następujące postacie jąkania:

- jąkanie fizjologiczne i rozwojowe,
- jąkanie wywodzące się z mowy bezładnej (tachyphemii),
- jąkanie wywodzące się z zaburzeń prawidłowego rozwoju mowy,
- jąkanie w następstwie wczesnodziecięcych uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego,
- jąkanie pourazowe, po urazach psychicznych i fizycznych,
- jąkanie afatyczne u dorosłych i dzieci.

Najpełniejszą z definicji jąkania jest w moim przekonaniu definicja **Mieczysława Chęćka**⁷ uwzględniająca wszelkie kryteria opisu i identyfikacji tej dysfunkcji mowy jak: lingwistyczne, fizjologiczne, psychologiczne i społeczne.

Jąkanie jest komunikatywnym zaburzeniem płynności mówienia o podłożu wieloczynnikowym, któremu towarzyszą zakłócenia fizjologiczne, psychologiczne, językowe i socjologiczne, a przejawia się skurczami mięśni oddechowych, fonacyjnych i artykulacyjnych wywołujących kloniczne i toniczne blokowanie jednostek mowy oraz dysfunkcjami objawów pozajęzykowych pod postacią między innymi stanów logofobicznych

⁴ Woźniak T. *Pojęcie jąkania a metodyka postępowania logopedycznego*, [w:] *Opuscula Logopaedica*, Wyd. UMCS, Lublin 1994

⁵ www.jakanie.pl

⁶ Pruszewicz A. (red.) *Foniatria kliniczna*, Warszawa 1992

⁷ Chęćka M., *Realizacja jednostek mowy w jąkaniiu*. Praca doktorska, Uniwersytet Śląski, Katowice 2005

i współruchów mięśniowych.

2. Charakterystyka jąkania i jego postaci.

“Jąka się cały człowiek, także jego ciało i psychika”.

Jąkanie objawia się poprzez napięcie twarzy, usztywnienie całego ciała, szczególnie mięśni pleców i ramion. To również współruchy w postaci wyłamywania palców, tików i grymasów twarzy, zaciskanie zębów, wyrzucanie języka między zęby, stosowanie dźwięków “starterów” typu “yyyyy”, “eeeeee”, a także ruchy pantomimiczne, które sprawiają wrażenie, jakby miały odwrócić uwagę rozmówcy od dysfunkcji osoby jąkającej się. Jąkanie to czasami całkowita niemożność wypowiedzenia czegokolwiek w sytuacji stresu, która dla każdego jąkającego się jest inna. Radochoński⁸ pisze, że w przebiegu jąkania zaobserwować można skrócone i arytmiczne ruchy oddechowe, a nawet zatrzymanie oddechu na krótki czas. W związku z nieregularnym oddychaniem zdarza się, że dziecko wymawia słowa w trakcie wdechu, co może spowodować zachłystywanie się. Występujące skurcze mięśni fonacyjnych powodują zaciskanie się strun głosowych, wywołując trudności z wydobyciem głosu. Utrzymujący się stan napięcia mięśni artykulacyjnych powoduje występowanie skurczy tonicznych, zwłaszcza podczas wymawiania głosek zwartych: t, d, p, b, f, g. Z tego powodu wymawianie takich głosek jest wydłużone w czasie (np. bbb... alon).

Jąkanie to również brak kontaktu wzrokowego ze słuchaczem, zaburzona, niska samoocena, ciągły strach przed mową, obawa przed oceną oraz ukrywanie problemu. Osoba z tą dysfunkcją unika różnych sytuacji, na przykład wyręcza się innymi w urzędach, robi zakupy w sklepach samoobsługowych czy wreszcie, gdy jest to uczeń, udaje podczas lekcji niewiedzę i nieprzygotowanie, w celu uniknięcia odpowiedzi ustnej.

Jąkanie nie jest zjawiskiem stałym. Jego nasilenie zależy od pory dnia, kondycji psycho-fizycznej oraz zaangażowania emocjonalnego. Osobie jąkającej się łatwiej jest mówić o rzeczach znanych, minionych, a trudniej o planach i zdarzeniach przyszłych. Jąkanie słabnie lub zanika w mowie bardzo wolnej, szepcie, recytacji, śpiewie oraz podczas mówienia w hałasie.

Grzybowska⁹ twierdzi, iż każdemu z nas zdarza się niepełna wymowa, szczególnie gdy jesteśmy zmęczeni lub zestresowani. Stosujemy wtedy tzw. embolofazje (yyy, eee), pauzy, czy przeciąganie głosek. Niepełność może się również wyrażać w trudnościach z przechodzeniem od jednej informacji do drugiej, od jednej artykulacji do następnej. Jeżeli jednak niepełności mówienia towarzyszą nadmierne skurcze aparatu mowy to możemy mówić o niepełności patologicznej. Jest

⁸ Radochoński M. *Zarys psychopatologii dla pedagogów*, WWSP Rzeszów 1996

⁹ Grzybowska A., *Postawy nauczycieli wobec jąkania*, [w:] *Psychologia wychowawcza*, nr 2/1991

ona świadoma i rodzi lęk przed mówieniem.

Jąkanie najczęściej dzieli się na **kloniczne** i **toniczne**. Istnieje jeszcze często występująca postać mieszana – jąkanie **kloniczno-toniczne**.

Objawy kloniczne zwykle występują w pierwszej fazie rozwoju jąkania i polegają na wielokrotnym powtarzaniu głosek i sylab. Najczęściej powtarzana jest pierwsza, rzadziej ostatnia sylaba wypowiedzianego wyrazu (np. “bo-bo-bocian”). Intensywność powtórzeń zwiększa się w stanach napięcia emocjonalnego. Uważa się, że forma kloniczna jąkania jest łagodniejsza i często nieświadomiana.

Cechą jąkania tonicznego jest zatrzymywanie się wypowiedzi z towarzyszącym temu wzmożonym napięciem mięśni fonacyjnych. Szczególnie dotyczy to słów rozpoczynających się od spółgłosek: r, p, b, k, g, d. Skurcze toniczne powodują tzw. bloki w czasie mówienia. Ta forma jąkania jest bardziej zaawansowana i odczuwana jako bardzo przykra.

W najbardziej zaawansowanej fazie jąkania objawy kloniczne i toniczne występują jednocześnie.

U dzieci pomiędzy 3-5 rokiem życia może występować tzw. jąkanie rozwojowe. Spowodowane jest niepełną sprawnością narządów mowy, niedojrzałością OUN oraz nieznanymi wszystkim form gramatycznych przez dziecko. U dzieci w tym wielu powstaje dysproporcja pomiędzy tym, co chciałyby powiedzieć, a tym, co są w stanie wyrazić słowami. Innymi słowy, chciałyby powiedzieć więcej niż pozwalają na to ich aktualne możliwości. W rezultacie rozpoczynają one wypowiadać początkowe sylaby wyrazów i powtarzają je wielokrotnie.

3. Etiologia jąkania.

Przyczyn jąkania jest niezliczona ilość. W ich wykrywaniu napotyka się ogromne trudności, gdyż u większości osób jąkanie rozwija się już we wczesnym dzieciństwie.¹⁰ Różni badacze problemu przypisywali decydującą rolę w etiologii problemu różnym czynnikom. Jednakże specjaliści upatrują przyczynę jąkania w zaburzeniach metabolicznych, nieprawidłowościach funkcjonowania mózgu, uszkodzeniach mózgu, ogólnej niesprawności motorycznej i mięśniowej, a także w urazach psychicznych, problemach rodzinnych, czy nawet przestrawu. Ogólnie teorie te można podzielić następująco¹¹:

– **Teorie rozwojowe/lingwistyczne.**

¹⁰ Chęciak M., Jąkanie, [w:] Gałkowski T., Zaleski T. (red.), Wyd UMCS, Lublin 1993

¹¹ Tarkowski Z. *Jąkanie*, Wyd. PWN, Warszawa 1999

Według tych teorii ponad połowa przypadków jąkania powstaje w okresie fizjologicznego powtarzania. Nieumiejętne postępowanie z dzieckiem, karcenie go lub poprawianie mowy powoduje utrwalanie patologicznych połączeń. Według popularnej w USA teorii Johnsona (1959) czynnikiem decydującym o rozwinięciu się jąkania jest osoba słuchająca, najczęściej matka, która w pewnym momencie nazywa “jąkaniem” zwykłą, rozwojową nie płynność mowy u dziecka, doprowadzając tym samym do jej utrwalenia.

– **Teorie organiczne.**

Wyniki niektórych badań wskazują, że jąkanie jest wynikiem pewnych chorób nerwowych (np. encefalopatii i epilepsji), a także opóźnienia w rozwoju umysłowym. Może być spowodowane przyczynami wewnętrznymi – dziedziczenie neuropatycznych skłonności do jąkania, oraz zewnętrznymi – przestraciem, szokiem, chorobą lub przeciążeniem. Tak więc pierwotną przyczyną jąkania jest chwiejność układu nerwowego.

– **Teorie neurotyczne.**

Głoszą one, że jąkanie jest objawem nerwicy.

– **Teorie psychologiczne.**

W świetle tych teorii jąkanie jest reakcją nabytą. Może się pojawiać w wyniku zaburzeń emocjonalnych, zmian w osobowości dziecka z powodu nieprzystosowania społecznego, czy też niesprzyjających czynników kulturowych. Wśród czynników psychologicznych powodujących jąkanie wymienia się poczucie niepewności, aż do lęku przed mówieniem włącznie, ujemną, nadmierną samokontrolę procesu mówienia wraz z przewidywaniem trudnych słów i głosek. Świadomość zaburzeń może prowadzić do autosugestywnego przekonania, że nie potrafi się mówić płynnie.

– **Teorie fizjologiczne.**

Przedstawicielami tych teorii są przede wszystkim lekarze głoszący, że jąkanie jest zaburzeniem somatopsychicznym, którego przyczyny pierwotne są neurofizjologiczne, natomiast przyczyny wtórne są psychiczne.

– **Teorie biocybernetyczne.**

Według tych teorii jąkanie jest efektem uszkodzenia elektronicznej części ośrodka mowy.

ROZDZIAŁ II

DIAGNOZA LOGOPEDYCZNA

1. Prezentacja narzędzi do diagnozowania jąkania.

Kluczem do konkretnych działań terapeutycznych jest ocena stopnia jąkania. Przystępując do jego diagnozowania pamiętać należy, że stanowi ono zespół wzajemnie warunkujących się symptomów na trzech poziomach:

- neurofizjologicznym (spastyczność)
- psychologicznym (logofobia)
- językowym (wypowiedź z przedziału patologii)

Diagnoza jąkania dokonywana jest na podstawie różnorodnych kwestionariuszy. Dzięki nim osoba z problemem niepełności mowy może dowiedzieć się, czy jej mowa jest zakłócona do tego stopnia, że musi być przeprowadzona terapia.

Specjaliści dzielą jąkanie na łagodne, umiarkowane, głębokie i bardzo głębokie¹².

W jąkanii łagodnym zaburzonych jest około 2-5% słów. Zaburzenie napięcia mięśniowego nie zakłóca mowy, pauzy trwają około 1 sekundy. Nie występują współruchy. W jąkanii umiarkowanym zaburzone jest około 5-8% słów, napięcie mięśniowe zaczyna przeszkadzać w mówieniu, a pauzy trwają jak przy jąkanii łagodnym około 1 sekundy. Pojawiają się grymasy twarzy i współruchy. W jąkanii głębokim już 12-25% słów jest zaburzonych, daje się zauważyć wyraźne napięcie mięśniowe, natomiast pauzy trwają 4-5 sekund. Wyraźnie widać nasilone i długotrwałe grymasy i współruchy, a mowa stanowi ogromny problem dla mówiącego i staje się trudno zrozumiała dla słuchającego. Bardzo głęboka postać jąkania charakteryzuje się ogromnym napięciem mięśniowym, ponad pięciosekundowymi pauzami, wyraźnymi grymasami i współruchami. Zaburzonych ponad 25% słów sprawia, że jąkanie prawie uniemożliwia kontaktowanie się z otoczeniem.

W ostatnich latach udostępniono dwa narzędzia do diagnozowania jąkania. Pierwszym z nich jest "Kwestionariusz niepełności mówienia i logofobii"¹³ Tarkowskiego, natomiast drugim przetłumaczony przez Mieczysława Chęćka "Kwestionariusz Cooperów do oceny jąkania"¹⁴. Do badania ucznia wykorzystałam kwestionariusz Cooperów, jednakże w tym rozdziale przybliżę obydwa wymienione narzędzia badawcze.

¹² Styczek I. *Logopedia*, Warszawa 1999

¹³ Tarkowski Z. *Kwestionariusz Niepełności Mówienia i Logofobii*, Wydawnictwo Polskiej Fundacji Zaburzeń Mowy, Lublin 1992

¹⁴ Chęćek M. *Kwestionariusz Cooperów Do Oceny Jąkania*, Wydawnictwo Polskiej Fundacji Zaburzeń Mowy, Lublin 1993

Kwestionariusz Tarkowskiego składa się z podręcznika i protokołów badań. W podręczniku można wyróżnić część diagnostyczną i terapeutyczną. Uzupełnieniem części terapeutycznej są protokoły badań zawierające informacje o pacjencie i jego jąkanii, to znaczy niepłynności mówienia, logofobii, objawach neuromięśniowych wegetatywnych i psychologicznych. Kwestionariusz służy do badania dzieci, młodzieży i dorosłych. W kolejnych częściach badania określa się niepłynność mowy poprzez zadawanie 11 pytań, a następnie wykorzystując kolejnych 11 pytań oceniamy logofobię. Po przeprowadzeniu dwóch pierwszych części przechodzi się do kolejnych trzech, które pozwolą nam rozpoznać objawy neuromięśniowe, wegetatywne oraz psychologiczne.

Kwestionariusz Cooperów składa się z pięciu części. Służy do diagnozowania jąkania u młodzieży i dorosłych. W oryginale nie została podana dolna granica wieku. Z doświadczeń terapeutów wynika, że można go stosować u dzieci powyżej 11 roku życia. Autorzy kwestionariusza położyli nacisk na psychodynamiczne i interpersonalne aspekty jąkania. Bardziej szczegółowo omawiam kwestionariusz w dalszej części pracy.

1. 1. Teoretyczne podstawy diagnozowania.

W przypadku diagnozy jąkania bardzo ważną rolę odgrywają podstawy teoretyczne. Najważniejsze z nich to:

- Większość zachowań jąkających się jest rezultatem dużej liczby złożonych psychologicznych i fizjologicznych czynników.
- Defekty neurologiczne mogą mieć istotny związek z jąkaniiem.
- Uczenie się oraz lęk są głównymi czynnikami psychologicznymi w jąkaniiem.
- Jąkanie można uważać jako wyraz dyskoordynacji pracy aparatu oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego.
- Trudności w uzyskaniu płynności mówienia mogą wynikać z takich czynników jak fizjologiczne, psychologiczne i lingwistyczne.
- Programy diagnostyczno-terapeutyczne powinny być skierowane na modyfikację motoryki, emocji i postaw, determinującą płynność mówienia.

2. Charakterystyka uczenia w oparciu o wywiad i obserwację.

2.1. Sytuacja rodzinna.

Tomasz jest uczniem I klasy gimnazjum. Pochodzi z rodziny z problemem alkoholowym. Ma dwoje rodzeństwa: jedenastoletnią siostrę i pięcioletniego brata. Ojciec, pracujący dorywczo alkoholik często urządza awantury, podczas których matka zmuszona jest niejednokrotnie uciekać z dziećmi z domu do sąsiadów. Dzieci odczuwają notoryczny stres przed awanturującym się rodzicem, jednak matka, pomimo wielokrotnego perswadowania jej konieczności zmiany istniejącej sytuacji, odmawia przyjęcia jakiegokolwiek pomocy. Jest zdania, że problemów rodzinnych nie powinno się wyciągać poza cztery ściany własnego domu. Kobieta bardzo dba o dzieci; Tomasz jest zawsze schludnie ubrany i przynosi do szkoły drugie śniadanie. Ponadto matka zapisała dziesięcioletniego Tomasza do szkoły muzycznej, gdzie od czterech lat uczy się gry na saksofonie sopranowym, co zaprezentował już dwukrotnie podczas uroczystości szkolnych.

Matka podczas rozmowy stwierdziła, że syn zaczął się jąkać w drugiej klasie szkoły podstawowej, ale nie szukała nigdzie pomocy z dwóch powodów. Po pierwsze myślała, że jękanie samo minie, a po drugie nie wiedziała, gdzie zwrócić się o fachową pomoc. Czynnikiem, który dodatkowo odstraszał ją od znalezienia pomocy był fakt, że niewiele osób zwracało uwagę na problem Tomka. Matka chłopca nie wie, co było przyczyną, że syn zaczął się jąkać. Twierdzi, że od jakiegoś czasu syn jąka się zdecydowanie mniej, a objawy nasilają się, gdy ojciec zaczyna pić lub pijany wraca do domu.

2.2. Sytuacja szkolna.

Tomasz jest uczniem dwudziestoosobowej klasy pierwszej. Nie pamięta, kiedy zaczął się jąkać, ani jaka była tego przyczyna. Do szkoły chodzi raczej chętnie. Koleżanki i koledzy od kilku lat znają jego problem i traktują tę przypadłość jako coś naturalnego. Nie wyśmiewają Tomka i nie dokuczają mu. Uczeń twierdzi, że jego jękanie nasiliło się w momencie, gdy zaczął uczęszczać do gimnazjum. Nowi nauczyciele napawali go lękiem. Świadomość, że nie wiedzą o jękanii i konieczność odczwania się po raz pierwszy podczas lekcji potęgowały objawy. Próby poprawiania wypowiedzi ucznia przez nieświadomych popełnianych błędów pedagogów spowodowały, że Tomasz ocenia swoje jękanie jako silniejsze niż w szkole podstawowej. Tomek dzieli nauczycieli na dwie grupy – tych, przy których czuje się swobodnie i mało się jąka, oraz nauczycieli, przy których objawy niepełnej mowy nasilają się. Wśród ocen z przedmiotów większość stanowią oceny dostateczne. Tomek twierdzi, że przyczyną jest lenistwo oraz jękanie, ponieważ należy do uczniów, którym nauka nie sprawia większych trudności.

Uczeń odczuwa lęk przed rozmową z obcymi i w sytuacjach zaskoczenia oraz dyskomfort podczas odpowiedzi na lekcji, którym przysłuchuje się cała klasa i są oceniane przez nauczyciela. W klasie podczas lekcji panuje cisza, a Tomasz słyszy swoje nieudolne zmagania z niepełnością artykulacji,

zapomina o skupieniu uwagi na tym, o czym chce mówić i koncentruje ją na technice mówienia. Napięcie i lęk wzrastają przed kolejnymi odpowiedziami na konkretnych przedmiotach. Tomek uważa, że jego lenistwo może być spowodowane tym, że niejednokrotnie czuje bezsens przygotowywania się do lekcji. Jako miłe chwile w szkole uczeń wymienia grę na saksofonie podczas uroczystości szkolnych. Cała uwaga skupiona jest na nim, on robi coś, co wychodzi mu najlepiej i czego nikt inny w szkole nie potrafi. Umiejętność gry na instrumencie i zachwyty kolegów ze szkoły zdecydowanie podnoszą samoocenę Tomasza.

Jąkanie nie spędza snu z oczu Tomka – może przecież wypowiadać się wtedy, gdy czuje się bezpiecznie, a unikać wypowiedzi, które go zaskakują, jednak byłby szczęśliwy, gdyby któregoś dnia zaczął mówić płynnie, tak, jakby się nigdy wcześniej nie jąkał.

3. Diagnoza przeprowadzona w oparciu o kwestionariusz Cooperów do oceny jąkania.

3.1. Opis metody i warunki badania.

W celu skonstruowania diagnozy logopedycznej skorzystałam z podręcznika Mieczysława Chęćka¹⁵ zawierającego kwestionariusz badania oraz protokoły badań wraz z instrukcją i materiałem do demonstracji. Pierwsza strona kwestionariusza i protokołu badań zawiera informacje ogólne o pacjencie oraz podsumowanie wyników siedmiu prób:

- I. Częstotliwość jąkania (w procentach)
- II. Czas trwania momentów niepłynności (w sekundach)
- III. Ocenę reakcji unikania (liczba sytuacji)
- IV. Nienaturalne reakcje (liczba wyselekcjonowanych reakcji)
- V. Cechy określające istotę jąkania (skala ostrości 1-5)
- VI. Percepcja ostrości jąkania przez pacjenta (skala ostrości 1-5)
- VII. Percepcja ostrości jąkania przez logopedę (skala ostrości 1-5).

Podczas badania wykorzystałam protokół badania - druk *Kwestionariusza Cooperów do oceny jąkania* z poszczególnymi próbami oraz podsumowaniem wyników, instrukcję, magnetofon z kasetą, stoper oraz przybory do pisania. Badanie przeprowadziłam w gabinecie pedagoga.

3.2. Technika badania i jego wyniki.

¹⁵ Chęć M. *Kwestionariusz Cooperów Do Oceny Jąkania*, Wydawnictwo Polskiej Fundacji Zaburzeń Mowy, Lublin 1993

Próba I. Częstotliwość jąkania.

W tej próbie sprawdziłam występowanie bloków obliczając procent nie płynności podczas recytacji, powtarzania, czytania i w mowie spontanicznej.¹⁶

1. Recytacja.

Poprosiłam ucznia, aby recytował pierwszą zwrotkę hymnu państwowego upewniwszy się wcześniej, że ją zna, a następnie zaznaczałam "x" nad wyrazami, w których występują nie płynności: skurcze, bloki, powtarzanie, przeciąganie. Po zakończeniu badania zsumowałam wyrazy wypowiedziane nie płynnie, dzieląc tę sumę przez ogólną liczbę wyrazów w tekście i mnożąc ją przez sto. W ten sposób uzyskałam procentowy wynik jąkania w tej próbie.

Norma dla tego sposobu wyliczeń wynosi od 5% do 10% (granice patologii).¹⁷

Wynik: Na 29 wyrazów z pierwszej zwrotki uczeń 9 wypowiedział nie płynnie, co daje 31%.

2. Powtarzanie.

Poprosiłam ucznia, aby powtarzał kolejne wypowiedziane przeze mnie zdania, a następnie zaznaczałam "x" nad każdym wyrazem, w którym wystąpił blok.

Wynik: Suma wszystkich nie płynnie powtórzonych 18 wyrazów podzielona przez 46 wszystkich wyrazów i pomnożona przez 100 dała wynik 39%.

3. Czytanie.

Poleciłam uczniowi, aby przeczytał krótki tekst. Nad każdym wyrazem zaznaczałam "x". Procent jąkania obliczyłam jak wyżej.

Wynik: 21%

4. Odpowiadanie.

Poprosiłam pacjenta, aby uzupełnił wyrazami 9 wypowiedzianych przeze mnie zdań. Wpisywałam odpowiedzi w odpowiednie miejsca, a następnie określiłam procent nie płynnie wypowiedzianych słów.

Wynik: 37,5%

5. Mowa spontaniczna.

Nagrałam na kasetę mowę spontaniczną ucznia polecając mu wcześniej opisanie jego sytuacji szkolnej i ulubionych zajęć pozaszkolnych. Stymulowałam wypowiedź Tomasza dodatkowymi pytaniami. Następnie odtworzyłam nagrany tekst w celu dokonania analizy typowych nie płynności i zsumowałam liczbę wyrazów.

Wynik: Na 47 wypowiedzianych słów 18 było nie płynnych, co daje 38,3%.

¹⁶ *Kwestionariusz Cooperów do oceny jąkania*, arkusz wyników oraz arkusz zbiorczy *Podsumowanie wyników* załączam w aneksie

¹⁷ Pruszwicz A. *Jąkanie*, wyd. PZWL, Warszawa 1992

Wynik ogólny: Przeciętny procent częstotliwości jąkania po przeprowadzeniu pierwszej próby wynosi 33%.

Próba II. Czas trwania momentów nie płynności.

Do oceny czasu trwania bloków użyłam nagrania z kasyety mierząc stoperem czas bloków w kilku wyrazach, a następnie dokonałam obliczenia średniego czasu trwania nie płynności w sekundach.

Wynik: 1 sekunda

Próba III. Ocena reakcji unikania.

Przeczytałam uczniowi zestaw zdań opisujących 47 różnych sytuacji życiowych, których może on unikać z powodu jąkania (pomięłam te niestosowne dla wieku Tomasza). W odpowiednim miejscu zaznaczałam znakiem "x" te sytuacje, których Tomasz unika lub w których nie chciałby się znaleźć. Podsumowałam liczbę ocenionych sytuacji.

Wynik: 16

Próba IV. Nienaturalne reakcje.

W tej próbie oceniłam liczbę wyselekcjonowanych, zidentyfikowanych, nienaturalnych reakcji, które pojawiają się u pacjenta w sytuacji mówienia. Chodzi tu o 34 różne reakcje w pięciu podgrupach:

- A) reakcje przybierania postawy (pozy) – 6 reakcji
- B) reakcje oddechowe – 5 reakcji
- C) reakcje twarzy – 10 reakcji
- D) reakcje głosowe – 8 reakcji
- E) reakcje syntaktyczne i semantyczne – 5 reakcji

W odpowiednim miejscu kwestionariusza zaznaczałam pojawiające się często nienaturalne reakcje pojawiające się u Tomasza. Następnie zsumowałam ogólną liczbę wyselekcjonowanych, nienaturalnych reakcji.

Wynik: ruchy dłoni, palców oraz ruchy głowy, rozpoczynanie fonacji przy niewystarczającej pojemności nabranego powietrza oraz przewaga oddechu szczytowego, marszczenie czoła, tracenie kontaktu wzrokowego trudności z utrzymaniem kontaktu wzrokowego, wypowiedzanie zbytecznych fraz i oraz zastępowanie słów innymi słowami, nienaturalnie ustawiony poziom głosu, nienormalna jakość głosu podczas jąkania, nienaturalne napięcie głosu podczas momentów jąkania, nienormalne tempo mowy oraz zaburzony akcent i melodia.

Próba V. Cechy określające istotę jąkania.

Przedstawiłam uczniowi 25 różnych stwierdzeń, z którymi on się zgadzał lub nie. Zaznaczyłam właściwe odpowiedzi na karcie odpowiedzi, a następnie zsumowałam liczbę wypowiedzi “zgadzam się”

Wynik: 10

Próba VI. Percepcja ostrości jąkania przez pacjenta.

W tej próbie dokonałam oceny:

- A) częstotliwości i czasu trwania bloków
- B) konsekwencji występowania jąkania w różnych sytuacjach
- C) znaczenia problemu jąkania dla pacjenta

W tym celu poleciłam uczniowi, aby dokonał subiektywnej oceny wymienionych wyżej aspektów jąkania na skali pięciostopniowej. Ocena ta dotyczyła różnych sytuacji komunikacyjnych i świadczy o jego subiektywnym stosunku do problemu.

Wynik: Tomasz ocenił swoje jąkanie jako średnie, pojawiające się w większości sytuacji oraz będące blisko szczytu na skali jego osobistych problemów.

Próba VII. Percepcja ostrości jąkania przez logopedę.

W tej ostatniej próbie, stosując pięciostopniową skalę ostrości, oceniłam:

- 1) częstotliwość nie płynności,
- 2) czas trwania nie płynności,
- 3) przejrzystość sytuacji komunikacyjnych,
- 4) reakcje towarzyszące,
- 5) zaburzenie reaktywnych postaw i uczuć,

podsumowując poszczególne wyniki i dzieląc ich liczbę przez 5.

Wynik: 2,4

Badanie zakończyłam uzupełniając kwestionariusz wywiadu, który przeprowadziłam z uczniem i jego matką wcześniej oraz kwestionariusz obserwacji.

Na podstawie przeprowadzonego badania kwestionariuszem Cooperów, wywiadu, obserwacji oraz uzyskanych wyników uznałam konieczność opracowania programu terapeutycznego dla Tomasza. Postanowiłam również podjąć działania mające na celu uświadomienie wychowawcy i nauczycielom konieczności unikania pewnych zachowań wobec

ucznia oraz stosowanie się do konkretnych zaleceń, które zmniejszą logofobię ucznia ograniczając stres pojawiający się w konkretnych sytuacjach do minimum.

ROZDZIAŁ III

TERAPIA LOGOPEDYCZNA

1. Zaplecze diagnostyczno-badawcze.

1.1. Warunki efektywnej terapii.

Wielorakość i różnorodność czynników mogących doprowadzić do jąkania sprawia, że terapia jest zdaniem trudnym. Aby była skuteczna, niezbędne jest posiadanie odpowiedniego zaplecza diagnostycznego oraz przygotowanie psychologiczne i psychoterapeutyczne. Wielorakość metod i technik procesu diagnostyczno-terapeutycznego jest również jednym z warunków efektywnej terapii, chodzi bowiem o to, aby pacjent mógł do pewnego stopnia samodzielnie wybrać najbardziej mu dopowiadające. Powinnością terapeuty jest również kreowanie właściwej atmosfery terapeutycznej. Dbałość o materialne pomoce i korzystanie ze zdobyczy nowoczesnej techniki nie może mieć miejsca bez jednoczesnego zaangażowania w naturalne i psychoterapeutyczne metody oraz humanitarne podejście do pacjenta.¹⁸ Rozpoczynając terapię należy wziąć pod uwagę także i to, w jakim czasie od pojawienia się jąkania została ona podjęta. Im wcześniej, tym dalej od wtórnych symptomów jąkania, takich jak fobie, zaburzenia oddychania, wtręty językowe, niezamierzone wokalizacje, współruchy, grymasy i napięcia mięśniowe.

1.2. Cechy osobowe terapeuty.

Nie bez znaczenia dla terapii pozostają cechy osobowe i postawa zawodowa terapeuty. Empatia, twórcze podejście, dociekliwość, refleksyjność, niezrażanie się niepowodzeniami, umiarkowanie ambicjonalne podejście, elastyczność w stosowaniu metod i technik terapeutycznych, zaangażowanie w pracę, stanowczość i konsekwentne egzekwowanie zaleceń, bycie autorytetem, ciepły i życzliwy stosunek do pacjenta oraz umiejętność dopingowania innych osób do współpracy to pożądane cechy dobrego terapeuty. Według opinii jåkających się osób terapeuta powinien być osobą cierpliwą, współczującą, wyrozumiałą, spostrzegawczą, szczerą, godną zaufania, spokojną, umiejącą słuchać i zrównoważoną. Wrogiem efektywnej terapii są przeciwieństwa wymienionych cech oraz postawa lękowa logopedy, brak wiary w efekty leczenia i brak przygotowania do pracy z jåkającymi się.

¹⁸ Adamczyk B.: *Motywacja w terapii jåkania*. Logopedia 18, 1991.

2. Propozycje terapii w świetle literatury przedmiotu.

Terapia jąkania to proces złożony i długotrwały. Przed jej rozpoczęciem należy zapewnić nastolatкови stabilizację życia emocjonalnego, jego usystematyzowanie i higienę.

U starszych dzieci terapia początkowo polega m.in. na nauce panowania nad swoim oddechem i likwidowaniu napięcia mięśni oddechowych. Stosuje się również ćwiczenia głosowe mające na celu łagodne nastawianie więzadeł głosowych połączone z ćwiczeniami wyrazistości samogłosek. Celem tych wstępnych ćwiczeń jest wyrobienie nawyku mówienia wolno, bez napięć. Jąkający się mówiąc powoli i szeptem mówią płynnie. Ćwiczenia oddechowe, głosowe i mięśni narządów mowy mają znaczenie drugorzędne. Niemniej jednak jest to ta część terapii, którą mam możliwość przeprowadzić samodzielnie. Odpowiednie dla niej ćwiczenia prezentuję w dalszej części niniejszej pracy.

Najważniejszą sprawą jest nauczenie jąkającej się osoby opanowywania napięcia mięśniowego i lęku przed mówieniem. Odbywa się to przez psychoterapię, relaksację, a nawet hipnozę. Adresy, numery telefonów oraz godziny urzędowania odpowiednich instytucji zajmujących się tą częścią terapii, której nie jestem w stanie przeprowadzić bez odpowiedniego zaplecza i fachowego przygotowania znajdują się na internetowej stronie www.jakanie.pl.

Kompleksowa terapia jąkania zawiera wiele elementów:

- ćwiczenia logopedyczne (oddechu, artykulacyjne, fonacyjne),
- psychoterapię,
- relaksację,
- korzystanie z urządzeń wspomagających, np. Echokorektora,
- farmakoterapie i ziołolecznictwo.

2.1. Metody stosowane w terapii jąkania.

I. Metody Brytyjskiego Stowarzyszenia Osób Jąkających Się.

Zajęcia prowadzone indywidualnie lub grupowo odbywają się w oparciu o następujące metody:

Jąkać się bardziej płynnie (korekcja bloków).

Celem nie jest całkowite osiągnięcie płynności w mówieniu, ale pomoc w nauce spokojniejszego mówienia.

Metoda wyparcia potrzeby unikania.

Metoda obejmuje kilka kroków pomocnych w zaakceptowaniu problemu. Jąkający się zamiast unikać sytuacji, w których musi mówić próbuje stawić im czoła.

Mów płynniej.

Jąkanie zastępuje się mową płynną.

Metody psychologiczne.

Stosuje się tutaj terapię osobowości, która pozwala zrozumieć terapeutę oraz jękającemu się jakie obciążenia psychiczne niepłynna mowa wywiera na życie pacjenta.

II. Metoda Ewy Galewskiej.

Metoda dr Ewy Galewskiej oparta jest na metodzie rosyjskiej profesor Lili Ariutiunian.

Autorka metody twierdzi, że nie zajmuje się w leczeniu jękania ani jego przyczynami, ani skutkami niepłynności. “Może to zabrzmie paradoksalnie, ale w terapii osób jękających się, nie zajmuję się jękaniem. Jąkanie to nie jest tylko to, co słyhać na ustach pacjenta, czyli powtarzanie sylab i głosek czy bloki. Jest to jedynie wierzchołek góry lodowej”.¹⁹

Terapia rozpoczyna się od kilkudniowego milczenia, aby mózg pacjenta odpoczął, a on sam zapomniał o jękaniu. Potem następuje kilkuletni proces uczenia się nowej mowy. W pierwszej kolejności leczy się ciało, ponieważ pacjenci, którzy jękają się od dłuższego czasu, zostali obciążeni różnymi dolegliwościami fizycznymi oraz silnymi napięciami neuromięśniowymi. Jękający się przechodzi terapię razem z osobą towarzyszącą, która musi się zaangażować w proces leczenia.

Leczenie poprzedzone jest kilkugodzinną konsultacją, w czasie której terapeutka diagnozuje osobę jękającą się, a następnie kieruje ją na dwutygodniowy turnus rehabilitacyjny. Po odbyciu turnusu pacjent przez rok utrwała poznane ćwiczenia naprężająco-rozluźniające, intonacyjne, oddechowe oraz relaksacyjne. Wykonuje te różne zadania, m.in. prowadzi dziennik oraz wygłasza przemówienia w miejscach publicznych.

W czasie turnusu pacjenci uczą się w grupach nowej, płynnej mowy. Podczas trwających kilkanaście godzin dziennie zajęć uczestnicy uczą się właściwego oddechu, rozluźniania mięśni ciała, prawidłowej artykulacji, mają zajęcia relaksacyjne i masaże. Początek terapii to głównie leczenia ciała, a nie mowy. Zajęcia są również formą psychoterapii, ponieważ odbywają się w grupie. Każde prawidłowo wykonane ćwiczenie wzmacnia wiarę w siebie i na nowo kształtuje psychikę pacjenta. Już po kilku dniach od rozpoczęcia terapii pacjenci wykonują zadania, które mają im pomóc pokonać strach przed mówieniem, np. zadają przechodniom na ulicy różne pytania.

Ewa Galewska twierdzi, że wszyscy pacjenci po ukończeniu turnusu mówią płynnie, ale to, czy wrócą do jękania zależy od nich samych, od tego czy będą intensywnie, przez długi okres czasu ćwiczyć i utrzymywać efekty terapii. Jest to konieczne, ponieważ “...jąkanie jest bardzo podstępny zaburzeniem. Zostało zapisane na “twardym dysku człowieka”, czyli w jego mózgu, jako swoisty

¹⁹ www.jakanie.pl

język i kod.” Jeśli ktoś porzuci ćwiczenia, jąkanie powróci.

III. Metoda echokorekcji.

Jedną z teorii przyczyn jąkania dowodzi, że bezpośrednią jego przyczyną są defekty występujące w jednym z naturalnych sprzężeń zwrotnych towarzyszących procesowi artykulacji mowy, a mianowicie w obwodzie kontroli wewnętrznej. Jego działanie polega na tym, że osoba mówiąca słyszy swoją wypowiedź. Informacja o mowie wyjściowej powraca do mózgu przez sześć kanałów zwrotnych drogą przewodnictwa powietrznego, kostnego i tkankowego. Sygnał mowy wprowadzany jest więc w pętlę sprzężenia zwrotnego łączącą system słuchowy z ośrodkiem sterującym artykulacją mowy. Na tej teorii opiera się idea echo korektora.²⁰

Metoda z wykorzystaniem echo korektora polega na podaniu sygnału mowy na linię opóźniającą, w wyniku czego jąkający się słyszy swój głos z niewielkim opóźnieniem. Opóźnienie to wpływa na poprawę mowy, powodując jednak widoczne jej spowolnienie. Metoda ta u osób nie jąkających się wywołuje “sztuczne jąkanie”. U osób jąkających się może dodatkowo wystąpić nałożenie “sztucznego jąkania” na jąkanie normalne.

Niektórzy mówiący z echem starają się synchronizować wymawiane i słyszane z opóźnieniem dźwięki, co prowadzi do zbytowego spowolnienia mowy, przez co staje się ona nienaturalna. Należy więc dążyć do uzyskania przez mówiącego synchronizacji optymalnej, przy której spowolnienie mowy nie jest większe niż to wynika z opóźnienia echa.

IV. Hipnoza.

Jedną z metod stosowanych w terapii jąkania jest hipnoza, czyli zmieniony stan świadomości o zawężonym polu, wywołany sposobami psychicznymi, fizycznymi albo psychofizycznymi.

W hipnozie dąży się do wywołania u jąkającego emocji pozytywnych. Stany hipnotyczne oddziałują na jąkanie dwojako: sama hipnoza wywołuje spokój wewnętrzny, odprężenie mięśniowe i tym samym znosi na dłuższy lub krótszy czas nie płynność mowy. Właściwie dobrane sugestie hipnotyczne przynoszą zaś spokój, pewność siebie w czasie hipnozy i poza nią, a przez to działają korzystnie na sposób mówienia, stronę somatyczną i zachowanie jąkającego się. Najlepsze wyniki w usuwaniu jąkania uzyskuje się u osób młodych, podatnych na hipnozę. Trwałe wyniki terapii daje stosowanie hipnozy biernej (czynny hipnotyzujący, bierny hipnotyzowany) w połączeniu z innymi metodami reedukacyjnymi, w których jąkający się spełnia czynną rolę.

²⁰ Adamczyk B. Smółka E. *Synchronizacja mówienia z echem pogłosem w terapii jąkania*. Prace XXIV Otwartego Seminarium z Akustyki, Wisła 1976

V. Muzykoterapia.

Muzykoterapia jest jedną z metod uzupełniających terapię jąkania. Chodzi w niej o to, aby odpowiednie programy muzykoterapeutyczne (zestawienie wybranych utworów muzycznych) współdziałały z programem terapeutycznym realizowanym przez psychologa. W czasie programu znaczącą rolę odgrywa atmosfera, która pomaga rozluźnić napięcie psychiczne i uwolnić pacjentów od lęku występującego w słownych oddziaływaniach psychoterapeutycznych. Jako wspomagający stosuje się w tej metodzie autogeny trening relaksacyjny.

2.2. Plan wstępnej terapii jąkania.

W tej części pracy przedstawię kolejno te propozycje ćwiczeń terapeutycznych, które mogą przeprowadzić z uczniem. Będą to kolejno²¹:

- A) ćwiczenia oddechowe,
- B) ćwiczenia artykulacyjne i emisyjne,
- C) ćwiczenia relaksacyjne
- D) gesty płynności,
- E) 10 reguł mówienia.

A) *Ćwiczenia oddechowe.*²²

Należy je wykonywać każdego dnia, najlepiej kilka razy dziennie po 2 minuty.

Ćwiczenie I.

1. Kładziemy się z książką na brzuchu, a następnie licząc w myślach do czterech nabieramy powietrza do brzucha przez nos, żeby stał się okrągły jak piłka.
2. Zatrzymujemy powietrze w brzuchu licząc do czterech.
3. Licząc do czterech powoli wypuszczamy powietrze z brzucha przez usta. Czujemy jak brzuch powoli kurczy się i opada.

Po kilku dniach, gdy nabierzemy wprawy, to samo ćwiczenia wykonujemy na siedząca.

Ćwiczenie II.

1. Zatykamy prawą dziurkę nosa palcem wskazującym i oddychamy jak w ćwiczeniu I.
2. Wstrzymujemy oddech, zatykamy lewą dziurkę palcem lewej ręki, liczymy do czterech.
3. Wydechamy powietrze zatkaną dziurką – ruchy brzucha jak w ćwiczeniu I, liczymy do czterech. Po nabraniu wprawy liczymy do siedmiu.

²¹ część kompleksowej terapii

²² W oparciu o *Zestaw mówienia* oraz *Zestaw ćwiczeń dla jąkających się* M. Chęćka

4. Wstrzymujemy oddech i będąc na bezdechu liczymy do czterech.

Ćwiczenie III.

Przyjmujemy dowolnie pozycję stojącą. Ciało jest wyprostowane, rozluźnione, pracuje tylko brzuch.

1. Bierzemy głęboki wdech przez nos i liczymy do czterech.
2. Gwałtownie, robiąc przerwy wydychamy powietrze przez nos. Brzuch porusza się, jakby falował. Należy dokładnie wypchnąć całe powietrze.

Ćwiczenie powtarzamy dwa razy, przeplatając je ćwiczeniem I (mogą wystąpić zawroty głowy).

B) *Ćwiczenia artykulacyjne i emisyjne.*

Ćwiczenie I.

1. Przedłużanie fazy wydechowej.

Na jednym wydechu głośno i szeptem przeciągamy samogłoski ustne:

aaa, ooo, uuu, iii, yyy – trzy razy dziennie po 2 minuty

Usta szeroko otwarte. Każdą samogłoskę po ok. 15 sekund.

2. Ćwiczenie miękkiego nastawienia głosu – płynne łączenie samogłosek, bez zwarć krtaniowych.

Głośno i szeptem ciągniemy płynnie:

chao – chao – cho

chaou – chaou – chu

chae – chae – che

chaei -chaei – chi

chaeiy – chaeiy – chy

Ćwiczymy trzy razy dziennie po 2 minuty.

3. Ćwiczymy szerokie otwieranie i zamykanie usta, a następnie warg przy zwartych zębach. Ćwiczymy trzy razy dziennie po 15 ruchów warg i 15 ruchów ust.
4. Głośno czytamy, opowiadamy i odpowiadamy na pytania przy użyciu gestów płynności.
5. Śpiewamy piosenki, szepczemy ich słowa, a następnie realizujemy to zadanie głośno.

C) *Ćwiczenia relaksacyjne.*²³ - wykonujemy przy cichej relaksującej muzyce.

1. Naprzemiennie napinamy i rozluźniamy mięśnie rąk, nóg, tułowia, brzucha, szyi.
2. Robimy sześć spokojnych wdechów i wydechów, przy piątym zatrzymujemy powietrze

²³ W oparciu o zestaw ćwiczeń Jacobsona

- i liczymy w myślach do pięciu.
3. Unosimy wyprężone, wyprostowane ramiona do góry, oddychamy normalnie, opuszczamy powoli ręce.
 4. Unosimy wyprostowane ramiona, dłonie skręcamy grzbietami w dół, napinamy mięśnie ramion, odprężamy się.
 5. Unosimy ponownie wyprostowane, powoli opuszczamy.
 6. Unosimy lekko ramiona na boki, napinamy silnie mięśnie ramion, oddychamy spokojnie, odprężamy się.
 7. Ściągamy mocno łopatki do tyłu, pilnujemy, aby ramiona były odprężone.
 8. Wysuwamy ramiona do przodu, oddychamy normalnie, staramy się mieć odprężone ręce. Opuszczamy.
 9. Skręcamy głowę w prawo i napinamy mięśnie szyi. Wracamy do pozycji wyjściowej.
 10. Ćwiczenie jak wyżej, w lewą stronę.
 11. Schylamy głowę tak nisko, aby dotykała piersi. Odprężamy się wracając do pozycji wyjściowej.
 12. Otwieramy usta tak szeroko, jak potrafimy. Odprężamy się, rozchylamy lekko usta.
 13. Naciskamy silnie językiem na podniebienie, rozluźniamy się, a następnie uciskamy językiem do dołu.
 14. Relaksujemy się chwilę w pozycji Cooka.
 15. Zaciskamy mocno powieki oczu starając się oddychać normalnie. Odprężamy się.
 16. Marszczymy pionowo czoło tak silnie, jak tylko potrafimy. Odprężamy się.
 17. Robimy jak najsilniejszy wdech, a następnie usuwamy z płuc całe powietrze.
 18. Ściągamy i napinamy mięśnie brzucha.
 19. Napinamy i rozluźniamy mięśnie pośladków.
 20. Kładziemy się i podnosimy nogi do kąta 45 stopni.
 21. Zginamy stopy tak, aby były skierowane do twarzy, prostujemy, rozluźniamy się.
 22. Kładziemy nogi na podłodze, rozluźniamy po kolei wszystkie części naszej twarzy, tułowia i kończyn. Czujemy, jak nasze ciało jest odprężone. Pozostajemy w tym stanie odprężenia po ok. 5 sekund na każdą część ciała.

D) *Gesty płynności.*

1. Mówimy w zwolnionym tempie przeciągając samogłoski ustne i częściowo nosowe.
2. Mówimy płynnie. Wypowiadamy zdania bez zbędnych wdechów, możliwie na jednym wydechu. Łączymy w miarę możliwości wyrazy unikając zwarć krtaniowych.

3. Mówimy śpiewnie zmieniając intonację – nie monotonicznie i nie skandując.
4. Mówimy z szerokim otwieraniem jamy ustnej.
5. Rozpoczynamy mówienie delikatnym startem. Wargi są miętko zwarte, a język zwarty z tylną ścianą górnych siekaczy, z górnym wałkiem dziąsłowym, a jego tylna część z podniebieniem miękkim. Próbujemy zmniejszyć napięcie mięśni do minimum, zwłaszcza na starcie mówienia.
6. Bierzymy wdech przez nos przed rozpoczęciem mówienia. Oddychamy przeponowo-brzusznie, wykorzystujemy podparcie oddechowe przy wymawianiu zdań. Staramy się ekonomicznie gospodarować powietrzem.
7. Mówimy pełnymi zdaniami.
8. Stosujemy 3 sekundowe pauzy pomiędzy zdaniami, zastanawiamy się, co chcemy powiedzieć i przygotowujemy aparat mowy do kolejnej wypowiedzi.
9. Wykonujemy podczas mówienia paraboliczne ruchy ręką, później dłonią, a na końcu palcem. Są to ruchy upłynniająco-rytmizujące mówienie.
10. Harmonizujemy na starcie mowy: początek wdechu, początek mówienia, początek ruchów palcem.
11. Utrzymujemy kontakt wzrokowy z rozmówcą.

E) **10 reguł mówienia Geralda Johnsona.**

W jednym z numerów amerykańskiego czasopisma "The Speak Easy Newsletter" opublikowano "10 reguł mówienia" profesora patologii mowy Geralda Johnsona, ucznia Charlesa Van Ripera. Mają się stać stylem życia osób jękających się.

1. **POSTAWA, POSTAWA, POSTAWA!** Jękanie jest tylko częścią całości człowieka. Trzeba pozytywnie myśleć o sobie i koncentrować się na atrakcyjnych stronach swojego ciała i swojej psychiki: urodzie, inteligencji, poczuciu humoru, ładnym głosie etc.
2. **TOLERUJ JĘKANIE:** Jesteś osobą, która się jęka i będzie to twoim, mniejszym lub większym, problemem przez całe życie. I co z tego! Twoje jękanie jest wystarczająco dobre i nie musisz więcej poświęcać mu uwagi. Jękać się otwarcie i swobodnie, bez wstydu czy uczucia winy.
3. **PODEJMUJ RYZYKO MÓWIENIA:** Nie cofaj się przed mówieniem tylko dlatego, że obawiasz się zająknięcia. Każde unikanie rozmowy sprawi, że kolejna będzie trudniejsza. Zająkniesz się, ale jednocześnie będzie to dla ciebie okazją do ćwiczenia, jak zmienić napięte bloki w łatwe jękanie.

4. RUCHY TOWARZYSZĄCE JĄKANIU: Zaobserwuj, w którym miejscu powstają w twoim ciele napięcia podczas jąkania. Ćwicz na tych sowach, na których się jąkasz.
5. ZMIANA RUCHÓW TOWARZYSZĄCYCH JĄKANIU: Ćwicz zmiany ruchów z napiętych na łatwe.
6. NIE KONTROLUJ SIĘ CAŁY CZAS: Masz wystarczająco dużo płynności i powinieneś korzystać z niej swobodnie i spontanicznie.
7. PRACUJ, PRACUJ, PRACUJ! Nie możesz ustawać w ćwiczeniach zmiany ruchów pełnych napięcia na łatwe.
8. SILNA ŚWIADOMOŚĆ MÓWIENIA: Staraj się polubić mówienie dzięki odczuwaniu, w jaki sposób mówisz. Odczuj radość i satysfakcję z mówienia lekkiego, łatwego i płynnego. Mów zdanie tak, jak gdyby było jednym słowem.
9. RELAKS: Relaksuj się leżąc i myśląc o przyjemnych rzeczach.
10. UCZYŃ TE REGUŁY SWOIM STYLEM ŻYCIA: Możesz się zmienić. Możesz czuć się lepiej ze sobą tym, który mówi. Pamiętaj, że to co było, to sekunda, która odeszła w przeszłość. A ty patrz i idź do przodu. Idź w kierunku, który jest korzystny dla ciebie. Jesteś przecież najważniejszą osobą na świecie. Miej czas, aby pokochać się za to, co dla siebie znaczysz.

3. Funkcjonowanie ucznia jākającego się w szkole.

Jąkanie stanowi niejednokrotnie ogromny problem dla osoby nim dotkniętej, o czym pisałam wcześniej. Są jednak sytuacje, w których mówi bez większego stresu oraz takie, które praktycznie uniemożliwiają wypowiedź.

Uczeń jākający się rozmawia na przerwach w szkole, w domu, wśród rówieśników na podwórku, natomiast unika rozmów z obcymi osobami. Dlatego ważnym celem terapii jākającego się jest przezwyciężenie lęku przed mową. Trzeba zacząć od najbliższego otoczenia, szkoły i klasy, bowiem tam przyjazna atmosfera zachęca do "otwarcia się". Bardzo ważnym ogniwem w terapii jest dowartościowanie samego jākającego. Najczęściej następuje to na zajęciach plastycznych, technicznych czy lekcjach muzyki, jak w przypadku Tomasza, który zachwyił wszystkim grą na saksofonie. Nie uwolniło go to jednak od jākania, co świadczy o tym, że nadal odczuwa lęk przed mówieniem i wciąż czuje duży dyskomfort związany z odpytywaniem podczas lekcji. Rolą wychowawcy i nauczycieli jest zadbać, by czuł się, mimo trudności w wypowiedaniu, pełnosprawnym uczniem w swojej klasie. Właśnie na barkach nauczycieli spoczywa odpowiedzialność za tworzenie atmosfery w społeczności klasowej, która pozwoli jākającemu się

na przezwyciężenie trudności w mowie.

3.1. Postawy nauczycieli i kolegów.

Jak wynika z badań prezentowanych w literaturze fachowej²⁴ nauczyciele twierdzą, że starają się traktować ucznia jąkającego się, jak każdego innego. Dają odpowiedni czas na jego wypowiedź ustną, stwarzają bardziej komfortowe warunki poprzez oddziaływanie wychowawcze na klasę, mają potrzebę kontaktu z logopedami, rodzicami oraz kolegami jąkających się. Zdarzają się również postawy nadmiernie chroniące uczniów, np. akceptacja wypowiedzi przed jej ukończeniem, kończenie za ucznia słów czy zdań.

Wymagania nauczycieli wobec jąkających się uczniów nie mogą być skrajne. Wypośrodkowanie działań jest jedynym akceptowalnym rozwiązaniem takiej sytuacji. Należy bowiem pamiętać, że nieumiejętne postępowanie z uczniem jąkającym się może u niego wyzwolić lub pogłębić logofobię, treść, stres lub frustrację.

Jąkający się uczniowie cieszą się przeciętną sympatią wśród rówieśników i darzeni są mniej pozytywnymi uczuciami niż pozostali uczniowie. Tylko dla niewielkiej części jąkających się uczniów – do tej grupy zalicza się Tomasz - koledzy z klasy są obiektem pozytywnych uczuć. Pozostali mają trudności w komunikacji językowej z kolegami, a ponadto nie odczuwają bliskości środowiska rówieśniczego.

Uczniowie jąkający się, a wśród nich Tomasz, uzyskują niższe wyniki w nauce szkolnej w porównaniu z pozostałymi uczniami. Wiąże się to z wieloma przyczynami, wśród których warto wymienić zmniejszoną aktywność na lekcjach, wynikającą z lęku przed mówieniem, ale także z oporów nauczycieli do aktywizowania jąkających się na lekcjach, by nie narazić ich na dodatkowe negatywne przeżycia. Jak wiadomo, przebieg większości lekcji jest dynamiczny, nauczyciel często – by zrealizować zamierzony cel lekcji – może okazywać niecierpliwość z powodu przedłużającej się wypowiedzi ucznia. Działa tu zjawisko tzw. presji czasowej, która może narażać ucznia na przykre przeżycia emocjonalne związane z jednej strony upokorzeniem, a z drugiej z ograniczeniem czasowym, co w konsekwencji może prowadzić do zmniejszenia aktywności własnej ucznia.

Z psychologii wiadomo, iż wysoki poziom lęku bardzo niekorzystnie wpływa na postępy w nauce. Lęk stanowi czynnik dezorganizujący procesy poznawcze, obniża sprawność spostrzegania, powoduje trudności w skupieniu się i poprawnym myśleniu, a także może wywoływać zaburzenia pamięci, powodując tzw. "pustkę w głowie". W obliczu niepokoju uczeń

²⁴ Grzybowska A. Postawy nauczycieli wobec jąkania, [w:] Psychologia wychowawcza, nr 2/1991

może zapominać wyuczone poprzedniego dnia treści lub mieć trudności z rozpoczęciem wypowiedzi z powodu bloku na starcie mowy. Przewyciężenie lęku jest bardzo trudne dla ucznia, dlatego też niejednokrotnie rezygnuje on z odpowiedzi.

3.2. Pomoc nauczycieli w pracy z uczniem jękającym się.

Uczeń jękający się większość dnia od poniedziałku do piątku spędza w szkole. Najwięcej komunikatów przekazuje swoim kolegom podczas przerw, przed i po zakończeniu lekcji. Te sytuacje są dla niego mniej logofobiczne od tych podczas lekcji, szczególnie wówczas, gdy przewiduje, że będzie pytany, będzie musiał zabierać głos na forum całej klasy, a odpowiedzi kierować do mniej lub bardziej wymagającego nauczyciela, bardziej napastliwego i złośliwego lub bardziej łagodnego i wyrozumiałego.

Uczeń jękający się jest uczniem o specjalnych potrzebach edukacyjnych, wobec którego należy stosować odpowiednie metody postępowania wychowawczo-dydaktycznego, wspierać postępy szkolne, jak również terapię prowadzoną przez logopedę.

Istnieje kilka zasad, do których nauczyciele powinni się bezwzględnie stosować w pracy dydaktyczno-wychowawczej z uczniami jękającymi się. Oto one²⁵:

- nie zwracaj uwagi na początki jękania, pomoże tu przykład wzorowego, nieco zwolnionego mówienia i życzliwość,
- mów powoli i spokojnie, by nie stwarzać okazji do pośpiechu; uczeń będzie wypowiadał się swobodniej bez poddawania go presji czasowej i konieczności rywalizowania z innymi o zabranie głosu; naucz wszystkich w klasie opanowania umiejętności mówienia po kolei,
- nie wkraczaj w tok mowy ucznia używając poleceń "zwolnij, weź głęboki oddech, uspokój się", bo tego typu uwagi mogą zwiększyć zakłopotanie ucznia,
- odwracaj uwagę ucznia od jego mowy, gdy pojawiają się w niej duże trudności; pozwól mu skończyć wypowiedź, a potem zainteresuj go czymś, co nie sprawia mu trudności,
- nie okazuj uczniowi zniecierpliwienia i rozdrażnienia; rozmawiaj z nim bez pośpiechu, a jednocześnie w naturalny sposób; stosuj kilkusekundowe pauzy pomiędzy wypowiedzią swoją i ucznia,
- przyjmuj epizody nie płynności jako coś naturalnego, nie spowodujesz wówczas negatywnych reakcji kolegów,
- stosuj ekspresję pozawerbalną; utrzymuj z uczniem kontakt wzrokowy, aprobująco potakuj głową,

²⁵ Grzybowska A. Postawy nauczycieli wobec jękania, [w:] Psychologia wychowawcza, nr 2/1991

- uświadamiaj kolegów ucznia – w czasie jego nieobecności – o kolektywnej odpowiedzialności za jego wyleczenie; zapanuj nad ich krytycyzmem, kpinami; staraj się zwolnić tempo także ich mówienia podczas wypowiedzi; nie traktuj jąkania jako tematu tabu,
- nie kończ wypowiedzianych przez ucznia blokowanych wyrazów, fraz czy zdań i czekaj cierpliwie do końca wypowiedzi,,
- zorganizuj spotkanie sam na sam z jękającym się uczniem, by zidentyfikować jego potrzeby, zorientować się jakie jest jego samopoczucie w klasie; bądź otwarty na jego potrzeby, ale konsekwentny,
- nie wykluczaj ucznia z działań, w których trzeba mówić, ale też nie obciążaj go zbyt dużymi wymaganiami dotyczącymi mówienia,
- reaguj na wypowiedzi ucznia w podobny sposób wtedy, gdy się jąka i gdy jego wypowiedzi są płynne; wykazuj zainteresowanie tym, co uczeń mówi, a nie jak mówi,
- wzmacniaj u ucznia poczucie własnej wartości.

ZAKOŃCZENIE

Tomasz jest uczniem jękającym się. Jękanie nie jest w jego przypadku przypadłością wykluczającą go z życia społecznego i ograniczającą w znacznym stopniu komunikację międzyludzką, jednak w pewnym stopniu utrudnia mu swobodne funkcjonowanie w niektórych sferach życia codziennego i czerpanie radości ze wszystkich sytuacji, w których chce bądź musi się znaleźć. Będąc uczniem pierwszej klasy gimnazjum nie ma na razie konieczności załatwiania np. urzędowych spraw, a sytuacje stresogenne to przede wszystkim lekcje. Zdiagnozowana spastyczność, niepłynność mowy wykraczająca poza granice patologii oraz logofobia, choć w nieco łagodniejszej formie świadczą o konieczności objęcia ucznia terapią, w którą powinny być również zaangażowane najbliższe osoby oraz nauczyciele. Trudno jednak liczyć na pomoc rodziców Tomka. Matka do tej pory nie widzi problemu, uważa, że jękanie syna nie przeszkadza mu w życiu, natomiast ojciec alkoholik stanowi jedynie czynnik wzmagający lęk przed mówieniem. Pomimo tych ograniczeń w przeprowadzeniu terapii, uważam, że należy wykorzystać wszelkie możliwe jej elementy, żeby Tomasz, tak jak tego pragnie, zaczął mówić płynnie. Wykorzystam w tym celu przygotowane zestawy ćwiczeń oraz postaram się wdrożyć do pracy dydaktyczno- wychowawczej nauczycieli metody postępowania z uczniem jękającym się, by do minimum ograniczyć lęk przed mówieniem Tomasza w szkole. Moim celem nadrzędnym jest uczynić sytuację szkolną Tomka jak najbardziej komfortową, tak aby zrozumiał, że jękanie nie ma być w jego życiu wrogiem, z którym musi walczyć, ale przyjacielem, z którym trzeba żyć. Chcę, aby stosując się do reguł Johnsona, przekonał się o konieczności poznania i zaakceptowania samego siebie. Praca nad sobą nie jest sprawą łatwą, gdyż wymaga koncentracji na sobie, co zawsze wiąże się z niebezpieczeństwem braku obiektywności i świeżości sądów. Człowiekowi do pracy nad sobą potrzebny jest drugi człowiek. Dopiero przy nim problemy stają się bardziej wyraziste, a ich rozwiązania prostsze. Dlatego też, zanim zdołam przekonać matkę Tomka do podjęcia wysiłku i wszelkich niedogodności związanych z terapią – konieczność dojazdów do specjalistycznego ośrodka, nakłady finansowe i poświęcony na ten cel czas, będę mu towarzyszył w nauce nowego, pozytywnego spojrzenia na siebie i na swoją mowę.

BIBLIOGRAFIA

- Adamczyk B. (red): *Logopedia*, Lublin 1994
- Adamczyk B., Sadowska E., Kuniszuk-Józkowiak W.: *Oddziaływanie pogłosu na mowę jąkających się. Logopedia 12*, 1975
- Chęć M., Realizacja jednostek mowy w jąkaniu. *Podstawy kompleksowego programu diagnostyczno-terapeutycznego dla jąkających się*, Praca doktorska, Uniwersytet Śląski, Katowice 2005
- Chęć M. , *Kwestionariusz Cooperów do oceny jąkania. Zarys terapii*. Podręcznik, Wyd. Fundacji ORATOR, Lublin 2001
- Chęć M., *Jąkanie*, [w:] Gałkowski T., Zaleski T. (red.), Wyd UMCS, Lublin 1993
- Grzybowska A., Łapińska J., Michalska R., *Postawy nauczycieli wobec jąkania*, [w:] *Psychologia wychowawcza*, nr 2/1999
- Kaczmarek L., *Rewalidacja dzieci i młodzieży z zaburzeniami mowy*, [w:] Hulek A. (red.), *Pedagogika rewalidacyjna*, Wyd. PWN, Warszawa 1981
- Kaczmarek L. (red): *Logopedia – kultura żywego słowa*, Wydawnictwo Lubelskie Komitet Redakcyjny
- Pruszevicz A. (red.): *Foniatryka kliniczna*, Warszawa 1991
- Radochoński M. *Zarys psychopatologii dla pedagogów*, WWSP Rzeszów 1996
- Styczek I., *Logopedia*, Warszawa 1980
- Tarkowski Z. *Jąkanie wczesnodziecięce*, Warszawa 1992
- Tarkowski Z. *Jąkanie*, Wyd. PWN, Warszawa 1999
- Tarkowski Z. *Kwestionariusz Niepłynności Mówienia i Logofobii*, Wyd. Polskiej Fundacji Zaburzeń Mowy, Lublin 1992
- Tryczyński T.: *Sposoby likwidacji i łagodzenia zaburzeń tempa i rytmu mowy w sytuacji emocjonalnie trudnej*. W: - Kaczmarek L., Adamczyk B. (red.): *Jąkanie*. Lublin 1987
- W: Kaczmarek L. , Adamczyk B. (red): *Jąkanie*, Lublin 1987
- www.jakanie.com
- www.jakanie.pl

ANEKS