



You have downloaded a document from  
**RE-BUŚ**  
repository of the University of Silesia in Katowice

**Title:** Profilaktyka i wczesna interwencja w jąkanii u małych dzieci

**Author:** Katarzyna Węsierska, Barbara Jeziorczak, Anna Chrostek

**Citation style:** Węsierska Katarzyna, Jeziorczak Barbara, Chrostek Anna. (2013). Profilaktyka i wczesna interwencja w jąkanii u małych dzieci. W: K. Węsierska, N. Moćko (red.), "Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej. T. 2" (S. 187-212). Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIwersYTET ŚLĄSKI  
W KATOWICACH



Biblioteka  
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki  
i Szkolnictwa Wyższego

Katarzyna Węsierska, Barbara Jeziorczak, Anna Chrostek

## Profilaktyka i wczesna interwencja w jąkaniu u małych dzieci

### Zaburzenia płynności mowy u małych dzieci — wprowadzenie

Jąkanie nie jest chorobą cywilizacyjną, nie pojawiło się w ostatniej dekadzie czy nawet w ostatnim tysiącleciu. Trudności z płynnym wypowiedzeniem się miewali wszyscy, także władcy, aktorzy, ludzie zasłużeni dla społeczeństwa. Można podejrzewać, że problemy te towarzyszyły ludzkości, odkąd rozwinęła się mowa. Mimo że jąkanie jest zaburzeniem znanym ludziom od wieków i chociaż w znacznym stopniu może ono wpływać na komunikację, to wyjaśnienie tego zjawiska, jak dotąd, nie jest pełne i jednoznaczne. Pomimo tylu lat doświadczania niepełności mowy w życiu wielu ludzi nie udało się wypracować jednego, skutecznego sposobu postępowania, które pomagałoby jąkającym się osobom. Jąkający się dorośli, których myślenie o sobie, aspiracje zawodowe i osobiste niejednokrotnie są zależne od problemów z mową, podejmują ogromny wysiłek w celu przezwyciężenia tych trudności, aby uzyskać poczucie satysfakcji z życia. W lepszej sytuacji są jąkające się dzieci, gdyż ich mowa dopiero się rozwija, kształtuje, a nawyki — również te niepożądane, które mogą się pojawiać w obrębie mowy i języka — są stosunkowo słabo utrwalone. Jest to jeden z podstawowych powodów, dla których warto zapobiec rozwojowi jąkania na wczesnym etapie niepełności, a więc już w dzieciństwie. Informacje, jakie mamy dzięki badaniom naukowym na temat jąkania

u dzieci, pozwalają na postawienie kilku istotnych tez — mogą one równocześnie posłużyć logopedom za wskazówki do postępowania terapeutycznego.

Problem jąkania najczęściej ma swą genezę w dzieciństwie. Bardzo rzadko pierwsze objawy pojawiają się dopiero w okresie nauki szkolnej czy już w życiu dorosłym (BLOODSTEIN, 1975; TARKOWSKI, 1992). Nie każda nie płynność jest jąkaniem. Małe dzieci we wczesnym dzieciństwie, w okresie intensywnego rozwoju mowy mają problemy z utrzymaniem płynności wypowiedzi. Wiele z nich w wieku między 2. a 5. rokiem życia natrafia na niewielkie trudności z płynnym mówieniem. Nie wszystkie te objawy zalicza się jednak do jąkania. Zwykle nie płynności, typowe dla intensywnego rozwoju mowy dziecka, zazwyczaj mijają, w miarę jak doskonalili ono zdolność wypowiadania się. Problemy z utrzymaniem płynności mowy są często konsekwencją opanowywania w tym czasie przez dziecko wielu trudnych umiejętności. Ćwicząc mięśnie używane podczas wypowiadania dźwięków, kształcąc formułowanie myśli, doskonaląc korzystanie z pamięci i kontrolę emocji, dziecko może popełniać naturalne błędy, które są typowym objawem złożonego procesu nabywania kompetencji komunikacyjnej. Nie płynność może wzrastać w sytuacjach stresu, zmęczenia, a także w chwilach, kiedy dziecko jest skupione na opanowywaniu nowej umiejętności. Nawet jeśli nasilenie objawów nie płynności w mowie jest znaczne, nie musi to oznaczać, że dziecko ma predyspozycje do jąkania chronicznego w przyszłości (YAIRI, AMBROSE, 2005). Pewna grupa dzieci w wieku przedszkolnym doświadcza jednak nasilonych problemów z płynnością mówienia. Znaczna część z nich ma szansę poradzić sobie z nimi nawet bez pomocy logopedy. Badania nad częstotliwością występowania jąkania i rozpowszechnieniem tego zjawiska wykazują, że około 5% populacji jąkało się kiedykolwiek, podczas gdy zaledwie 1% jąka się w danym czasie (YAIRI, AMBROSE, 1999). Wskazuje to na znaczną liczbę przypadków samoistnego ustępowania objawów. Dziewczynki częściej niż chłopcy przezwyciężają problemy z płynnością mowy bez interwencji terapeutycznej, co powiększa dysproporcję między jąkającymi się kobietami i jąkającymi się mężczyznami (HOWELL, 2011; YAIRI, SEERY, 2011). Logopeda, do którego zgłaszają się rodzice małego dziecka z problemem nie płynności, musi ocenić, czy przechodzi ono przez naturalny etap w rozwoju mowy, czy też występuje ryzyko jąkania. W obu przypadkach istotne są analiza i planowe modyfikowanie środowiska dziecka (dotyczące samej komunikacji, stylu życia i innych jego elementów). Ponieważ pierwsze objawy jąkania występują zazwyczaj pomiędzy 2. a 5. rokiem życia (YAIRI, AMBROSE, 2005; YAIRI, SEERY, 2011), bardzo wcześnie można zauważyć prob-

lem, monitorować jego przebieg i rozpocząć oddziaływania pośrednie lub bezpośrednie.

Etiologia jąkania nie jest w pełni rozpoznana. Stwierdzono, że wiele czynników leży u podstaw wystąpienia i rozwoju tego zaburzenia. Jąkanie jest postrzegane obecnie jako efekt kompilacji czynników neurofizjologicznych, lingwistycznych, psychologiczno-emocjonalnych i środowiskowych (SMITH, KELLY, 1997). Trudno jest wyróżnić jedną, bezpośrednią przyczynę jąkania. Dla skuteczności opieki logopedycznej ważne jest uwzględnienie tych czynników leżących u podłoża trudności z płynnością, których modyfikacja jest możliwa i może wspomóc wykreowanie odpowiednich warunków do poprawy płynności mowy dziecka.

Jak podkreślają praktycy i teoretycy zajmujący się jąkaniami, zjawisko to jest zmienne i różnorodne (KELMAN, NICHOLAS, 2008; STARKWEATHER, GIVENS-ACKERMAN, 1997). Objawy jąkania mogą pojawiać się i znikać, może ono być różne w różnym czasie i w różnych okolicznościach. Okresy nasilenia niepłynności mogą być przerywane całkiem płynną mową. Zmianę charakteru jąkania można zauważyć również wraz z rozwojem niepłynności w kierunku pełnoobjawowego jąkania. O. Bloodstein wyróżnia cztery fazy rozwoju jąkania:

- faza pierwsza — okres przedszkolny: jąkanie jest epizodyczne; dziecko jąka się zazwyczaj, gdy jest zmęczone, podekscytowane, ma trudność z wypowiedzeniem jakiejś myśli lub wywierana jest na nie komunikacyjna presja; dominującym objawem są powtórzenia; symptomy zająknięć pojawiają się najczęściej na początku zdania lub frazy; zająknięcia mogą występować nie tylko na głównych częściach mowy (rzeczownikach, czasownikach, przymiotnikach), ale i spójnikach, zaimkach; większość dzieci w tym okresie nie ma świadomości jąkania;
- faza druga — wiek wczesnoszkolny: jąkanie nabiera cech chroniczności; objawy jąkania występują w głównych częściach mowy (rzeczownikach, czasownikach, przymiotnikach i przysłówkach); pojawia się pewien poziom świadomości jąkania u dziecka, ale zazwyczaj nie są obecne takie problemy, jak unikanie mówienia czy logofobia (lęk przed mówieniem);
- faza trzecia: jąkanie zazwyczaj występuje w konkretnych sytuacjach (szczególnie trudnych dla osoby jąkającej się), np. podczas odpowiedzi w klasie, w czasie rozmów przez telefon, kontaktów z nieznanymi; pewne słowa mogą być przez jąkającą się osobę postrzegane jako trudniejsze niż inne; reakcje unikania i logofobia ciągle nie są jeszcze bardzo nasilone;

- faza czwarta: osoba oczekuje wystąpienia jąkania; obawia się mówić określone wyrazy i głoski; odczuwa lęk przed wypowiedaniem się w pewnych typach sytuacji wobec niektórych osób; występuje wysoki poziom logofobii i duże nasilenie reakcji unikania (BLOODSTEIN, 1975)<sup>1</sup>.

Wraz z rozwojem jąkania objawom słyszalnym w mowie i możliwym do zaobserwowania zaczyna towarzyszyć komponent emocjonalny — trudne przeżycia, które są niewidoczne dla otoczenia. Mają one wpływ na myślenie i funkcjonowanie osoby jąkającej się. Do opisu zewnętrznych i ukrytych objawów jąkania często używana jest — za J. Sheehanem — metafora góry lodowej. Nadwodna część góry lodowej to słyszalne i widoczne zająknięcia, współtruchy, natomiast część podwodna kryje frustrację, wstyd, złość, lęk i inne trudne emocje towarzyszące jąkaniu (ADAMCZYK, 1998; KOSTECKA, 2004).

Najnowsze badania wskazują, że obawy przed mówieniem mogą wystąpić już u małych dzieci, nawet we wczesnym wieku, jednak poziom świadomości jąkania i obaw przed mówieniem rośnie wraz z wiekiem dziecka (YAIRI, AMBROSE, 2005). Lęk przed mówieniem w wieku przedszkolnym jest często odpowiedzią na reakcje otoczenia oraz sposób przeżywania niepełności dziecka przez jego najbliższych (EZRATI-VINACOUR, PLATZKY, YAIRI, 2001). Biorąc pod uwagę etapy rozwoju jąkania zaproponowane przez O. Bloodsteina, możemy stwierdzić, że w wieku przedszkolnym mamy do czynienia najczęściej z pierwszą fazą lub znacznie rzadziej z symptomami typowymi dla drugiej fazy jąkania. To wskazuje na potrzebę zastosowania przede wszystkim interwencji pośredniej. W niektórych przypadkach potrzebna będzie także bezpośrednia praca z dzieckiem. Należy nadmienić, że brak świadomości jąkania u dziecka lub stosunkowo niewielki poziom obaw i lęku związanych z mówieniem nie wyklucza pracy nad negatywnymi uczuciami i emocjami, których doświadczają rodzice w związku z problemem jąkania w rodzinie.

Przeprowadzone badania oraz doświadczenia praktyków wskazują, że wczesna interwencja w przypadku jąkania u dzieci jest skuteczna (HARRIS i in., 2002; JONES i in., 2008; LINCOLN, ONSLOW, 1997; MILLARD, EDWARDS, COOK, 2009; MILLARD, NICHOLAS, COOK, 2008; RICHELIS, CONTURE, 2007).

---

<sup>1</sup> H.F.M. PETERS i C.W. STARKWEATHER (1990) proponują wyróżnić pięć faz rozwoju jąkania:

- 2—6 lat — okres przedszkolny,
- 6—12 lat — okres wczesnoszkolny,
- 12—17 lat — okres pokwitania i wczesnej dojrzałości,
- 18—30 lat — późna dojrzałość i wczesna dorosłość,
- 30 lat i więcej — dorosłość.

Na tym etapie to przede wszystkim czynniki środowiskowe stają się celem oddziaływań profilaktycznych i terapeutycznych logopedy. Uwarunkowania związane ze środowiskiem dziecka znacząco oddziałują na płynność jego mowy, a zarazem w dużym stopniu poddają się kontroli otoczenia. Dokonując ich modyfikacji, opiekunowie mogą stosunkowo łatwo wywierać pozytywny wpływ na mowę dziecka. W konsekwencji interwencja logopedy podjęta na etapie przedszkolnym w pewnym sensie odbywa się najmniejszym kosztem dziecka, angażując w zamian w znacznym stopniu osoby dorosłe. Niepłynność mowy u małych dzieci wiąże się więc ze znacznie mniejszymi obciążeniami niż niepłynność mowy u osób dorosłych. W przypadku zaburzeń płynności mowy u małych dzieci warte zarekomendowania są opisane w dalszej części artykułu różne formy działań profilaktycznych.

## Jąkanie u małych dzieci — profilaktyka logopedyczna

L.M. HULIT, amerykański badacz, logopeda, a zarazem osoba jękająca się, w książce *Straight Talk on Stuttering* na postawione przez siebie pytanie: „Czy jękaniu można zapobiec?” odpowiada kolejnym: „A czy można zapobiec zachorowaniu na raka?” (2004: 117—119). W zapobieganiu rozwinięciu się pełnoobjawowego jękania konieczne jest oddziaływanie kompleksowe, wielostopniowe. Rozpatrując potrzebę podejmowania działań prewencyjnych, warto mieć na uwadze fakt, że „łatwiej i taniej jest zapobiegać zaburzeniom w komunikacji językowej niż poddawać je terapii” (WĘSIERSKA, 2012c: 27). Pisząc o profilaktyce, nie mamy na myśli jedynie pracy z samymi dziećmi zagrożonymi niepłynnością mowy czy ich rodzinami. Współczesna kompleksowa prewencja w logopedii ujmuje ten problem znacznie szerzej, uwzględnia profilaktykę pierwszo-, drugo- i trzeciorzędową. Terapeuta, zarówno wskutek oddziaływań terapeutycznych w jękaniu, jak i oddziaływań profilaktycznych, „ma doprowadzić do takiej sytuacji, w której nie będzie on potrzebny swojemu pacjentowi” (JEZIORCZAK, WĘSIERSKA, 2011a: 52).

Pytając o to, jak nie dopuścić do powstawania zaburzeń płynności mowy, należy najpierw odpowiedzieć na pytanie, na jakie czynniki leżące u podstaw rozwoju jękania mamy wpływ jako logopedzi, rodzice i nauczyciele. Czynniki fizjologiczne i częściowo językowe znajdują się poza kontrolą. Pewne warunki, z jakimi mamy do czynienia, są po prostu „zastane”

i niezmiennie — genetyczne predyspozycje, temperament dziecka, możliwości poznawcze. Na dużą część czynników mamy jednak bardziej lub mniej bezpośredni wpływ.

### Profilaktyka pierwszorzędowa — upowszechnianie wiedzy logopedycznej w środowisku

Profilaktyka pierwszorzędowa polega na zapobieganiu rozwojowi jąkania na długo przed tym, zanim wystąpią jakiegokolwiek jego objawy. Jedną z form tego poziomu działań prewencyjnych jest upowszechnianie wiedzy w społeczeństwie, dotyczącej podstawowych warunków sprzyjających rozwojowi płynnej mowy. Jakie informacje powinny być propagowane? Wydaje się, że zależy to od odbiorcy, od jego możliwości przyswojenia i wykorzystania tej wiedzy (WĘSIERSKA, 2012c). Są zatem różne grupy potencjalnie zainteresowanych osób, których odpowiednia świadomość dotycząca warunków rozwoju płynnej mowy będzie w efekcie zapobiegać rozwojowi zaburzenia, jakim jest jąkanie. Najważniejszymi osobami w życiu dziecka są z pewnością rodzice. Im większa wiedza rodziców o samym procesie nabywania mowy przez dziecko, warunkach sprzyjających i zakłócających rozwój mowy, tym pewniej będą mogli czuć się i spełniać w swoich rolach rodzicielskich. Inną grupą, z którą najczęściej opiekunowie i ich dzieci mają kontakt, są lekarze pediatri. Lekarze są postrzegani przez rodziców jako kompetentni specjaliści, z których zdaniem bez wątpienia się liczą. Od sposobu, w jaki lekarz udzieli rodzicowi porad i wskazówek, także w odniesieniu do rozwoju poznawczego i językowego ich dziecka, często zależy możliwość zastosowania wczesnej interwencji logopedycznej. Większość dzieci ponadto zaczyna uczęszczać do przedszkoli, gdzie spotyka się z pracującym tam personelem. To kolejna bardzo ważna grupa specjalistów, która może udzielić kompetentnego wsparcia rodzicowi poszukującemu informacji na temat rozwoju i zaburzeń mowy. Zakres i sposób przekazu informacji w tych grupach odbiorców, kształtujących rzeczywistość społeczną wokół dziecka, będzie zróżnicowany. Można jednak wyróżnić wspólne zagadnienia, jakie warto przekazać zarówno rodzicom, pediatrom, jak i nauczycielom przedszkolnym.

Pierwszym z tematów jest promowanie dobrej komunikacji w kontakcie z dzieckiem. Do prawidłowego rozwoju mowy potrzebne są odpo-

wiednie warunki. Całe społeczeństwo wymaga stałej edukacji z zakresu profilaktyki logopedycznej (WĘSIERSKA, 2012c). Celem takiej pedagogizacji będzie między innymi promowanie pożądanych interakcji między rodzicem a dzieckiem, podczas których możliwe jest budowanie prawdziwej więzi dorosłego opiekuna z małym człowiekiem. Taki kontakt sprzyja jednocześnie swobodnej, bezpiecznej wymianie myśli, spostrzeżeń, uczuć (PEPPER, WEITZMAN, 2004; WĘSIERSKA, 2011). Podstawowe wiadomości na temat dobrej, przyjaznej dziecku, uwzględniającej jego potrzeby komunikacji można upowszechniać na wiele sposobów — przez programy edukacyjne, warsztaty dla rodziców, plakaty edukacyjne, różnego rodzaju akcje promocyjne z wykorzystaniem środków masowego przekazu, poradniki, umożliwienie opiekunom dzieci konsultacji ze specjalistą. Lekarze pediatrzy mogą zapoznać się z literaturą, korzystać z własnych doświadczeń życiowych, współpracować z logopedami. Wskazane wydaje się propagowanie wśród lekarzy wiedzy na temat prawidłowości w rozwoju mowy, a także objawów zakłóceń tego procesu i sposobów reagowania w przypadku wystąpienia czynników ryzyka (GUITAR, CONTURE, 2012). Zarówno wyniki badań ankietowych prowadzonych wśród lekarzy<sup>2</sup>, jak i doświadczenie logopedów praktyków wskazuje, że ta grupa zawodowa jest często kluczem do sukcesu we wczesnej interwencji w przypadku wielu zaburzeń mowy, także w jąkanii wczesnodziecięcej. To właśnie lekarze mają zwykle pierwszy kontakt z rodzicami dziecka z niepełnością. Potrafią oni znacząco wpłynąć na podejmowane przez opiekunów decyzje.

Propozycją działań z zakresu profilaktyki pierwszorzędowej jest podejmowanie współpracy z personelem przedszkolnym oraz rodzicami. Coraz częściej, również w Polsce, formą pomocy proponowaną rodzicom są

---

<sup>2</sup> W prowadzonych w Stanach Zjednoczonych ogólnonarodowych badaniach (opracowywanych w ramach University of Illinois Survey Research Laboratory) analizie poddano wiedzę pediatrów z różnych części kraju na temat jąkania u małych dzieci. Wyniki badań wskazują nie tylko na potrzebę szerszej współpracy ze światem medycznym na różnych poziomach, ale również na pozytywne efekty podejmowanych w tym kierunku działań. Badania te wykazały, że pediatrzy w różnym stopniu orientują się w analizowanych obszarach związanych z jąkanii (etiologia, związek jąkania z ogólnym rozwojem dziecka, kryteria diagnostyczne i możliwości oddziaływań terapeutycznych) i że lekarze w widoczny sposób skorzystali z prowadzonych na te tematy działań informacyjnych o różnym charakterze. Badacze we wnioskach podkreślają, że przekonania lekarzy na temat natury jąkania mają znaczący wpływ na dzieci, podejmowanie przez nie terapii czy też postaw przyjmowanych przez rodziców zarówno wobec terapii, jak i przyczyn jąkania dziecka (YAIRI, CARRICO, 1992).



szkoły dla rodziców, warsztaty i grupy wsparcia, których celem jest doskonalenie własnych kompetencji komunikacyjnych, umiejętności wychowawczych i budowanie pozytywnego kontaktu z własnym dzieckiem. Dla osób mierzących się z problemem jąkania istotne jest, aby przedmiotem pracy było budowanie środowiska sprzyjającego swobodnemu doskonaleniu sprawności językowej. Przykład takiej skutecznej, całościowej metody stanowią programy logopedyczne dla dzieci z zaburzeniami w rozwoju tworzone w Centrum Hanen w Kanadzie (WEITZMAN, GREENBERG, 2002; WĘSIERSKA, 2011). Obszarem oddziaływań w zasadzie z pogranicza profilaktyki pierwszo- i drugorzędowej, w ramach współpracy z rodzicami, lekarzami oraz nauczycielami przedszkoli, jest upowszechnianie wiedzy na temat kamieni milowych rozwoju mowy oraz podstawowych niepokojących objawów. Świadomość różnych specjalistów i opiekunów dotycząca tego, co może być symptomem zaburzeń płynności, pozwoli im zidentyfikować problem na początkowym etapie i podjąć decyzję o potrzebie działań umożliwiających skuteczną wczesną interwencję.

W ramach zapobiegania rozwojowi jąkania istotne jest w końcu pogłębianie w społeczeństwie świadomości potrzeby konsultacji specjalistycznej w razie jakichkolwiek obaw. Aby dziecko trafiło odpowiednio szybko do logopedy, często wymagana jest od najbliższego otoczenia wiedza na temat sygnałów ostrzegawczych, jakie wskazują na możliwość występowania problemu jąkania. W Stanach Zjednoczonych jest ona upowszechniana dzięki działalności różnych stowarzyszeń i fundacji. Przykładem takiego upowszechniania wiedzy są strony internetowe: The American Speech-Language-Hearing Association (ASHA), The National Institute on Deafness and Other Communication Disorders, The Stuttering Foundation czy British Stammering Association. Można znaleźć na nich między innymi informacje o czynnikach ryzyka jąkania, które mogą pomóc opiekunom w podjęciu decyzji o potrzebie konsultacji z logopedą. Odwiedzając takie strony, opiekunowie mogą się dowiedzieć, że między 2. a 5. rokiem życia dziecka ma prawo pojawić się niepełność. Sygnałem dla rodzica, że jąkanie może się u dziecka utrzymać, jest nasilające się powtarzanie części słów (*b-b-boję się*), przedłużanie dźwięku (*sss-słońce*), pojawiające się napięcie lub „brak tchu” podczas wypowiedzi, nietypowy rytm wypowiedzi, zaburzone tempo podczas zająknięcia (*b-b---b---bocian*), otwieranie ust i jednoczesna niemożność wydobywania dźwięku czy znaczne nadużywanie słów-wypełniaczy, typu *ym, no, no wiesz*. Rodzic może również dowiedzieć się, że prawdopodobieństwo utrwalenia się jąkania wzrasta wtedy, gdy problem ten pojawił się po 3 latach i 6 miesiącach życia i utrzymuje się dłużej niż 12 miesięcy, gdy towarzyszą mu inne problemy w roz-

woju mowy albo gdy w rodzinie są przypadki chronicznego jąkania u osób dorosłych<sup>3</sup>.

Jakość komunikacji jest zależna nie tylko od teoretycznej wiedzy podmiotów biorących udział w akcie komunikacji, gdyż ma znacznie szersze uwarunkowania. Stwierdzenie to można uznać za truizm, ale pokazuje ono, że jest jeszcze wiele innych możliwych kierunków oddziaływań, które wpływają pozytywnie na płynność mowy i nie dopuszczają do rozwoju jej zaburzeń. Wszystkie działania, które poprawiają kondycję rodziny i społeczeństwa, stwarzając odpowiednie warunki dla satysfakcjonujących więzi między ludźmi, z pewnością przyczynią się także do poprawy jakości szeroko rozumianej komunikacji, a tym samym będą zapobiegać powstawaniu zbędnych napięć i związanej z nimi niepełności. Aby mieć poczucie sprawstwa, analizujemy tu jedynie czynniki, na które jako logopedzi mamy realny wpływ. Dzielenie się wiedzą na pewno pozostaje w naszych kompetencjach i może zostać wykorzystane w ramach profilaktyki pierwszorzędowej.

## Profilaktyka drugorzędowa — wczesna identyfikacja

Kolejną formę profilaktyki, tzw. drugorzędową, stanowi wczesna identyfikacja problemu, umożliwiająca wczesną interwencję logopedyczną. Wśród teoretyków i praktyków występuje wiele kontrowersji wokół momentu rozpoczęcia terapii u młodszych dzieci (SIDAVI, FABUS, 2010). W związku z występowaniem w tej grupie wiekowej dużej liczby przypadków samoistnego ustąpienia objawów wielu praktyków unika konsekwentnej interwencji terapeutycznej, skłaniając się ku dłuższemu okresowi „aktywnego monitoringu” (CURLEE, YAIRI, 1997). O terminie rozpoczęcia oddziaływań terapeutycznych decyduje nie tylko charakter czy natężenie niepełności, ale także wiele innych czynników, które należy wziąć pod uwagę, aby przewidzieć z jak największym prawdopodobieństwem szanse na rozwój prawidłowej, płynnej mowy.

---

<sup>3</sup> Więcej informacji na temat czynników ryzyka jąkania można znaleźć na stronach: American Speech-Language-Hearing Association: [www.asha.org](http://www.asha.org); The National Institute on Deafness and Other Communication Disorders: [www.nidcd.nih.gov](http://www.nidcd.nih.gov); The Stuttering Foundation of America: [www.stutteringhelp.org](http://www.stutteringhelp.org) (informacje także w języku polskim) oraz British Stammering Association: [www.stammering.org](http://www.stammering.org).

Podstawowym narzędziem z zakresu profilaktyki drugorzędowej w przypadku jąkania jest przesiew, tzw. skринning (ang. *screening*). Badania przesiewowe pozwalają na ocenę czynników ryzyka i podjęcie dalszych decyzji — czy wystarczy monitoring i ewentualnie spotkania konsultacyjne, czy też należy przeprowadzić pełne badanie logopedyczne, aby określić kierunek terapii niepełności (KELMAN, NICHOLAS, 2008; WĘSIERSKA, 2010). Ocena taka wymaga specjalistycznej wiedzy, dlatego przesiewy logopedyczne w tym przypadku powinny być przeprowadzane przez logopedów. Kiedy specjalista stwierdzi, że dziecko nie wymaga interwencji terapeutycznej, wtedy wyjaśnia on rodzicom, że sytuacja dziecka nie jest niepokojąca, i podaje przydatne informacje na temat niepełności oraz prosi o kontakt w razie niepokojących sygnałów. Opiekunowie mogą również skorzystać z konsultacji, szczególnie wtedy, gdy mają wątpliwości czy pytania, oraz wtedy, gdy logopeda uznaje, że dodatkowe spotkanie może pomóc opiekunom stworzyć dziecku warunki sprzyjające płynności. Ponadto niektórzy praktycy, pomimo pozytywnego wyniku uzyskanego przez dziecko w badaniu przesiewowym, stosują w wielu podejściach proces tzw. monitoringu — zaplanowanej kontroli sytuacji w stopniowo wydłużanych okresach, ponieważ niepełność mowy nie jest zjawiskiem w pełni przewidywalnym.

### Wczesna interwencja na podstawie wyniku analizy czynników ryzyka

Stale prowadzone badania pozwalają na określenie pewnych czynników ryzyka, które pomagają diagnozującemu logopedzie podjąć decyzję dotyczącą potrzeb danego dziecka. Nie można jednak powiedzieć, że występowanie ich z całą pewnością pozwala przewidzieć przyszłość mowy dziecka. Innymi słowy, nie można powiedzieć, że wszystkie dzieci z grupy ryzyka jąkania będą się jąkały bez interwencji logopedy, ani że każde z dzieci, u których nie pojawiły się czynniki ryzyka, z pewnością będzie mówiło płynnie. Ponieważ nie ma ostrych kryteriów pozwalających na ocenę, która grupa dzieci z pewnością nie będzie się jąkać oraz które dzieci z pewnością poradzą sobie z niepełnością, zasadne wydaje się takie podejście do diagnozy, które można nazwać „długofalowym”, wymagającym stałej aktualizacji.

Są różne propozycje ułatwiające logopedom podjęcie odpowiedniej decyzji. Przydatnym narzędziem są przykładowe kryteria diagnozy różnicowej, opracowane na podstawie statystycznych prawidłowości odkrywanych podczas badań naukowych. Zależności te nie są bezwyjątkowe, a wyniki niektórych badań okazują się często zaskakujące, dlatego większość badaczy widzi potrzebę dalszych badań i zaleca ostrożność w stosowaniu ich jako jedynych kryteriów oceny mowy dziecka. Mimo tego pomagają one logopedzie podjąć decyzję, która może być przecież weryfikowana w czasie.

Amerykańska badaczka zjawiska jąkania P. Zebrowski zaproponowała autorską kwalifikację strategii wczesnej interwencji logopedycznej w jąkanii (MANNING, 2010; ZEBROWSKI, 1997). Podstawą do wstępnej selekcji — zakwalifikowania dziecka do właściwego nurtu (nurt: I, II, III, IV) — jest okres, jaki upłynął od momentu wystąpienia pierwszych objawów w mowie dziecka. Następnie logopeda dokonuje dalszej analizy czynników ryzyka, która pozwala mu wybrać odpowiedni plan postępowania (plany: A, B, C, D, E).

Plan A jest przewidziany dla dzieci, które zostały zakwalifikowane do nurtu I, czyli takich, u których objawy są obecne w mowie stosunkowo krótko (nie dłużej niż 6 miesięcy) i u których nie występują inne czynniki ryzyka (np. płeć męska, przypadki chronicznego jąkania w wywiadzie rodzinnym). W tej grupie dzieci rokowania są bardzo dobre. Strategie interwencji terapeutycznej typowe dla planu A to przede wszystkim poradnictwo i konsultacje z rodzicami. P. Zebrowski zaleca również jako jedną z użytecznych form pomocy biblioterapię, czyli rekomendowanie opiekunom wartościowej literatury i materiałów profilaktycznych<sup>4</sup>. Celem logopedy jest dostarczenie rodzicom informacji na temat prawidłowego rozwoju mowy i języka, przejawów zakłóceń w mowie ich dziecka, prognozy

---

<sup>4</sup> Logopedzi w krajach anglojęzycznych mają do dyspozycji szeroką gamę publikacji stworzonych z myślą o rodzicach/opiekunach małych dzieci z objawami jąkania, m.in.: J.S. Yaruss, N.A. Reardon, 2004: *Young Children Who Stutter. Information and Support for Parents*. National Stuttering Association. New York; J. Fraser, ed., 2003: *If Your Child Stutters. A Guide for Parents*. The Stuttering Foundation. Memphis; J. Fraser, ed., 2004: *Stuttering and Your Child: Questions and Answers*. The Stuttering Foundation. Memphis. Ponadto wiele materiałów informacyjnych jest dostępnych na stronach internetowych takich organizacji i instytucji, jak: American Speech-Language-Hearing Association: [www.asha.org](http://www.asha.org), British Stammering Association: [www.stammering.org](http://www.stammering.org), The Michael Palin Centre for Stammering Children: [www.stammeringcentre.org](http://www.stammeringcentre.org), National Institute on Deafness and Other Communication Disorders: [www.nidcd.nih.gov](http://www.nidcd.nih.gov), National Stuttering Association: [www.nsastutter.org](http://www.nsastutter.org), The Stuttering Foundation of America: [www.stutteringhelp.org](http://www.stutteringhelp.org). Wybrane materiały zamieszczone na stronie The Stuttering Foundation of America dostępne są także w języku polskim.

Tabela 1

Wybór strategii wczesnej interwencji logopedycznej  
na podstawie analizy czynników ryzyka jąkania chronicznego

Nurt I	Nurt II	Nurt III	Nurt IV
Czas, jaki upłynął od momentu wystąpienia pierwszych objawów jąkania: <b>0—6 miesięcy</b>	Czas, jaki upłynął od momentu wystąpienia pierwszych objawów jąkania: <b>6—12 miesięcy</b>	Czas, jaki upłynął od momentu wystąpienia pierwszych objawów jąkania: <b>12—24 miesiące</b>	Czas, jaki upłynął od momentu wystąpienia pierwszych objawów jąkania: <b>24—36 miesięcy</b>
Przydziel jeden punkt za każdą pozytywną odpowiedź:			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wiek dziecka w momencie badania: od 18 miesięcy do 3 lat</li> <li>• <b>Brak</b> historii jąkania w rodzinie <b>lub</b> relatywnie mała liczba członków rodziny, którzy doświadczali jąkania, ale przezwyciężyli ten problem w dzieciństwie</li> <li>• Płeć żeńska</li> <li>• Małe nasilenie lub zupełny brak symptomów towarzyszących niepełności (napięcie mięśniowe, współruchy, utrata kontaktu wzrokowego, zaburzony oddech)</li> <li>• Brak współistniejących zaburzeń w rozwoju fonologicznym, innych problemów związanych z rozwojem językowym lub poznawczym</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wiek dziecka w momencie badania: od 2 do 4 lat</li> <li>• Dziecko zaczęło się jąkać przed 3. rokiem życia</li> <li>• Rodzice zauważają dostrzegalny spadek liczby powtarzanych dźwięków/sylab i słów oraz przeciąganych dźwięków</li> <li>• Brak historii jąkania w rodzinie <b>lub</b> relatywnie mała liczba członków rodziny, którzy doświadczali jąkania, ale przezwyciężyli ten problem w dzieciństwie</li> <li>• Płeć żeńska</li> <li>• Małe nasilenie lub zupełny brak symptomów towarzyszących niepełności (napięcie mięśniowe, współruchy, utrata kontaktu wzrokowego, zaburzony oddech)</li> <li>• Brak współistniejących zaburzeń w rozwoju fonologicznym, innych problemów związanych z rozwojem językowym lub poznawczym</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wiek dziecka w momencie badania: od 2 do 5 lat</li> <li>• Dziecko zaczęło się jąkać przed 3. rokiem życia</li> <li>• Rodzice zauważają dostrzegalny spadek liczby powtarzanych dźwięków/sylab i słów oraz przeciąganych dźwięków</li> <li>• <b>Brak</b> historii jąkania w rodzinie <b>lub</b> relatywnie mała liczba członków rodziny, którzy doświadczali jąkania, ale przezwyciężyli ten problem w dzieciństwie</li> <li>• Płeć żeńska</li> <li>• Małe nasilenie lub zupełny brak symptomów towarzyszących niepełności (napięcie mięśniowe, współruchy, utrata kontaktu wzrokowego, zaburzony oddech)</li> <li>• Brak współistniejących zaburzeń w rozwoju fonologicznym, innych problemów związanych z rozwojem językowym lub poznawczym</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rodzice zauważają dostrzegalny spadek liczby powtarzanych dźwięków/sylab i słów lub przeciąganych dźwięków</li> <li>• <b>Brak</b> historii jąkania w rodzinie <b>lub</b> relatywnie mała liczba członków rodziny, którzy doświadczali jąkania, ale przezwyciężyli ten problem w dzieciństwie</li> <li>• Małe nasilenie lub zupełny brak symptomów towarzyszących niepełności (napięcie mięśniowe, współruchy, utrata kontaktu wzrokowego, zaburzony oddech)</li> <li>• Brak współistniejących zaburzeń w rozwoju fonologicznym, innych problemów związanych z rozwojem językowym lub poznawczym</li> </ul>
Plan A: 5 punktów Plan B: 4 punkty lub mniej	Plan C: 7 punktów	Plan D: do 6 punktów	Plan E: 4 punkty lub mniej

terapeutycznej dla konkretnego dziecka na podstawie stanu aktualnej wiedzy o jękananiu. Wskazane jest monitorowanie sytuacji dziecka. Logopeda może poprosić rodziców o regularny kontakt, np. telefoniczny lub mailowy, a w razie problemów zaproponować spotkanie konsultacyjne. W przypadku zastosowania tego planu rodzice mogą zostać poproszeni o obserwowanie zmian zachodzących w zakresie częstotliwości i typu objawów. Szczególnie zwraca się im uwagę na to, czy następuje spadek (zmniejszenie się) liczby powtórzeń oraz czy zmienia się jakość występujących objawów (więcej zwykłych form nie płynności, takich jak wtrącenia, poprawki, embołofrazje, w stosunku do nie płynności bardziej typowych dla jękania — powtórzeń, prolongacji, bloków). Jeśli takie zmiany nie zachodzą, logopeda sugeruje przeprowadzenie badania logopedycznego.

Plan B jest przewidziany dla dzieci zaliczonych do nurtu I, u których stwierdzono obecność czterech z pięciu cech rokujących pozytywnie. To również jest grupa, której szanse na przewyciężenie objawów są bardzo wysokie. Program interwencji zakłada działania proponowane w planie A w połączeniu z terapią logopedyczną, w zależności od potrzeb dziecka (terapia wady wymowy, rozwijanie sprawności językowej itp.). Ponadto wskazane jest zaproponowanie konsultacji logopedycznej członkom rodziny z pozytywną historią jękania w celu obniżenia poziomu lęku i niepokoju, który może towarzyszyć opiekunom.

Plan C jest przewidziany dla dzieci z nurtu II oraz III — dzieci, które okazują siedem cech ustępowania objawów, czyli takich, u których objawy nie płynności są obecne w mowie od 6 do 24 miesięcy. Dotyczy to dziewczynek, których wywiad rodzinny nie jest obciążony historią jękania. Dziecko wykazuje niewiele lub nie wykazuje w ogóle reakcji współtowarzyszących (napieć, problemów z oddechem, współruchów) i nie manifestuje innych problemów rozwojowych, a także można zaobserwować u niego widoczne zmniejszenie objawów. Strategie interwencji logopedycznej wchodzące w skład planu C obejmują — o ile jest to wskazane — działania zalecane dla planu B. Ważnym, dodatkowym komponentem są konsultacje i poradnictwo dla rodziców z zakresu wspierania płynności mowy dziecka na podstawie modyfikowania interakcji z dzieckiem (AMBROSE, 2006; HILL, 2006; JEZIORCZAK, WĘSIERSKA, 2011a; WĘSIERSKA, 2012a). Zaleca się wów-



Źródło: ZEBROWSKI (1997: 23). Tabela została przetłumaczona w całości za zgodą American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) przez Katarzynę Węsierską. Wyłączna odpowiedzialność za zgodność polskiej wersji z oryginałem spoczywa na tłumaczu. Angielska wersja artykułu i tłumaczenie tabeli są chronione prawami autorskimi: Copyright © 2012 by ASHA (<http://www.asha.org>). Wszelkie prawa zastrzeżone. American Speech-Language-Hearing Association — jako wydawca — nie gwarantuje dokładności, kompletności, dostępności, użyteczności handlowej oraz przydatności do konkretnego celu, a także nienaruszenia zawartych w tym materiale treści i wyklucza swoją odpowiedzialność w przypadku roszczeń wynikających z ich zastosowania.

czas takie techniki, jak: zwolnienie tempa mowy, stosowanie pauz, przestrzeganie zasady mówienia po kolei i nieprzerywania sobie nawzajem. Pomocne może być również zakwalifikowanie rodziny (rodziców i dzieci) do udziału w zajęciach grupowych, których celem jest wspomaganie płynności mowy dzieci.

Kolejny zaproponowany przez P. Zebrowski typ wczesnej interwencji w jąkanii — plan D — jest przewidziany dla dzieci z nurtu II i III, które wykazują sześć i mniej cech prognozujących możliwość ustąpienia objawów. Ten plan przewiduje wszystkie części składowe planu C oraz comiesięczne spotkania z logopedą w celu monitorowania zjawiska niepełności. Logopeda analizuje nagrania próbek mowy dziecka w celu wypracowania zmian w mowie dziecka. W tym planie przewidywane jest również uświadomienie rodziców, jakie metody interwencji logopedycznej są dostępne, w razie gdyby objawy jąkania nie ustępowały. W miarę utrzymywania się problemów niepełności w mowie dziecka zmienia się forma interwencji logopedycznej. Jest to związane z faktem, że im dłużej dziecko się jąka, tym mniejsze są szanse na samoistne ustąpienie objawów — logopeda może zdecydować się na podejmowanie bardziej bezpośrednich i radykalnych oddziaływań. Ostatni plan — plan E — jest przewidziany właśnie dla takich dzieci, u których jąkanie jest obecne w mowie już dłużej niż 2 lata. Dzieci objęte tym planem jąkają się od 24 do 36 miesięcy od momentu wystąpienia pierwszych objawów. Prawdopodobieństwo, że objawy u dziecka będą się nasilać, wzrasta wraz z nakładaniem się innych czynników ryzyka. W przypadku tych dzieci oprócz standardowych działań profilaktycznych typowych dla planu B może zostać zastosowana także interwencja terapeutyczna — pośrednia lub/i bezpośrednia (MANNING, 2010; ZEBROWSKI, 1997).

### Profilaktyka trzeciorzędowa — wczesna interwencja i wsparcie procesu terapii

Profilaktyka trzeciorzędowa ma szczególne znaczenie w przypadku jąkania. Warto poświęcić jej uwagę i czas ze względu na możliwy zakres negatywnych konsekwencji jąkania, nie tylko w obrębie porozumiewania się, ale także w aspekcie całego życia dziecka, a w przyszłości osoby dorosłej. Zapobieganie powstawaniu niepożądaných skutków jąkania u małych

dzieci powinno być zatem dla logopedów jednym z ważnych elementów prowadzonej terapii. W ramach profilaktyki trzeciorzędowej w przypadku niepłynności bardzo istotna jest odpowiednia praca z rodziną, ukierunkowana na osiągnięcie kilku celów. Przede wszystkim ważny jest charakter relacji, jaką logopeda nawiązuje z rodzicami. Relacja ta powinna wzmocnić opiekunów w ich roli, wskazać możliwości pomocy dziecku w przyszłości i uruchomić odpowiednie zasoby rodziny. Oddziaływania terapeutyczne muszą ponadto brać pod uwagę nie tylko samą mowę dziecka, ale również świat jego wewnętrznych przeżyć i przeżyć jego najbliższych. Wiele programów terapeutycznych proponuje taką całościową pracę z jąkaniem u małych dzieci, która nie koncentruje się jedynie na płynności, ale „zaopatrzuje” dziecko i jego rodzinę we wszystko, co minimalizuje negatywne skutki trudności z płynnym wypowiedaniem się.

Zadbanie o dobre relacje i skuteczną współpracę z rodziną w przypadku jękających się dzieci jest jednym z koniecznych warunków efektywności interwencji logopedycznej (JEZIORCZAK, WĘSIERSKA, 2011a). W ramach dostarczania profesjonalnej pomocy logopedycznej American Speech-Language-Hearing Association zaleca utrzymywanie wysokich standardów w tym zakresie<sup>5</sup>. Główne wskazówki dla logopedy dotyczą zastosowania modelu interwencji zorientowanego na rodzinę, jej potrzeby i wykorzystanie jej zasobów. Praca specjalisty wymaga stosowania zasad partnerstwa, oparta jest na działaniach zespołowych, pozwalających na pełne uwzględnienie potrzeb dziecka i rodziny. W takim modelu interwencji logopeda angażuje opiekunów dziecka, stopniowo uniezależniając ich od siebie i budując ich kompetencje w zakresie wspierania płynności mowy ich dziecka. Zaleca się tworzyć takie relacje, które pozwalają rodzinie wypracowywać własne rozwiązania problemów. Logopeda nie pracuje głównie na swojej relacji z dzieckiem, ale na naturalnych relacjach dziecka z rodzicami, wykorzystuje swoje obserwacje w pozytywnej informacji zwrotnej do utrwalania korzystnych strategii w codzienności. Przykładami takiego podejścia w jękaniu wczesnodziecięcym, zorientowanego na pełne zaangażowanie rodziny w procesie interwencji, mogą być *Palin PCI* oraz *Lidcombe Program* (KELMAN, NICHOLAS, 2008; ONSLOW, PACKMAN, HARRISON, 2003; ONSLOW, MILLARD, 2012; WĘSIERSKA, 2010).

Praca z jąkaniem u dzieci może być prowadzona zarówno metodami pośrednimi, jak i bezpośrednimi. Logopeda decyduje, czy do poprawy płynności wystarczy modyfikacja warunków środowiska, czy też należy wpro-

---

<sup>5</sup> Więcej na ten temat można znaleźć w artykule J. Woods (2008). Zob. <http://www.asha.org/Publications/leader/2008/080325/f080325b.htm> [dostęp: 15 lipca 2012].



wadzać techniki ułatwiające dziecku wypowiedzi, szczególnie w związku z wystąpieniem u niego frustracji czy obaw związanych z mówieniem (SIDAVI, FABUS, 2010). W obu jednak przypadkach waga współpracy z rodziną jest niezaprzeczalna i stanowi warunek skuteczności oddziaływań na płynność mowy dzieci. Współpraca ta może przyjmować różne formy. Jedną z najbardziej podstawowych form strategii wczesnej interwencji w jękaniu u małych dzieci, wymagających zbudowania odpowiedniej relacji z rodzicami, jest konsultacja. Konsultacje z opiekunami prowadzone przez logopedę mają za zadanie wspomóc tworzenie odpowiedniego środowiska, które będzie wspierało płynność mowy dziecka. Jękanie dziecka towarzyszy bowiem wiele trudnych emocji przeżywanych przez bliskich. Jednym z ważnych problemów, z którym mogą borykać się rodzice jękających się dzieci, jest specyficzna relacja między nimi a ich dzieckiem. Może ona utrudniać rozróżnienie, o czyich uczuciach i doświadczeniach opowiadają rodzice (ZEBROWSKI, SHUM, 1993). Możliwa jest bliska, symbiotyczna więź z dzieckiem, w której opiekunowie łatwo projektują na dziecko własne stany emocjonalne. Mogą zatem zakładać, że ich perspektywa wobec jękania, bagatelizująca albo wyolbrzymiająca problem, jest równoznaczna z postrzeganiem jękania przez dziecko. Logopeda, pracując z jękającymi się dziećmi, może także zauważyć, że rodzice przeżywają charakterystyczny niepokój — mogą mieć poczucie winy, odczuwać napięcie, niepewność w związku ze stosowaniem metod wychowawczych i egzekwowaniem zasad. Często spotykanym tematem konsultacji jest lęk przed mówieniem o problemach w mowie. W trakcie spotkań z rodzicami logopeda stwarza odpowiednią atmosferę do otwartego mówienia o trudnych emocjach, pomagając tym samym uświadomić im prawdziwe, przeżywane przez nich uczucia w związku z jękanie ich dziecka. Obniża to napięcie i daje możliwość zastosowania różnych metod radzenia sobie z trudnymi przeżyciami. Ważne jest, aby logopeda prowadzący konsultacje miał świadomość, że rodzice jękających się dzieci wykazują naturalną troskę o swoje dzieci, traktował ich z szacunkiem, podkreślał ich indywidualność i pamiętał, że to oni są najważniejszymi osobami w życiu dziecka.

Jednym z istotniejszych dla funkcjonowania osoby jękającej się obszarów, w który zakłócenia wprowadza często jękanie, jest rozwój społeczny. Środowisko rówieśnicze stopniowo staje się dla dziecka grupą odniesienia, która może odzwierciedlać myślenie o sobie młodego człowieka. Tym samym wpływ rówieśników otaczających dziecko z niepłynnością oraz ich reakcje na jękanie odgrywają niebagatelną rolę w radzeniu sobie z tym problemem. Powtarzające się, negatywne, automatycznie pojawiające się myśli i założenia towarzyszące osobom jękającym się to przewidywanie

negatywnych zachowań innych ludzi w odpowiedzi na trudności w wypowiedaniu się. Nawet rzadkie incydenty negatywnych doświadczeń z rówieśnikami będą powodowały zaniżanie własnej kompetencji komunikacyjnej. W późniejszym wieku dzieci częściej mogą spotykać się z wyśmiewaniem, co może być już reakcją nie tylko na problemy w mowie, ale również na zachowania utrudniające kontakt społeczny (np. unikowe), prezentowane przez osobę jąkającą się, które wynikają ze sposobu myślenia o sobie. Niepłynność może więc potencjalnie wyzwać negatywne reakcje i wpływać na kontakty z innymi dziećmi w przedszkolu czy szkole (LANGEVIN, PACKMAN, ONSLOW, 2009).

Jedną z propozycji działań profilaktycznych z zakresu jąkania jest podejście DOM (WĘSIERSKA, JEZIORCZAK, 2011). Wywodzi ono swą nazwę od pierwszych liter podstawowych strategii terapeutycznych: D jak dobry kontakt, O jak organizacja, M jak modelowanie. Działania rekomendowane w ramach tych strategii obejmują profilaktykę pierwszo-, drugo- i trzeciorzędową<sup>6</sup>. Autorki prezentują różne aspekty funkcjonowania rodziny i jej najbliższego otoczenia, istotne dla stworzenia warunków do swobodnej komunikacji, podkreślając rolę trzech filarów leżących u podstaw kształtowania płynnej mowy małego dziecka: dobrego kontaktu, odpowiedniej organizacji oraz modelowania jako podstawowej i naturalnej metody uczenia się.

Może tak się zdarzyć, że dobry kontakt z własnym dzieckiem jest uznawany przez rodziców za oczywistość i dlatego nie warto mu poświęcać więcej uwagi. Tymczasem założenie, że nawiązanie i utrzymanie bliskich, ciepłych kontaktów z pociechą jest naturalne i łatwe w każdej sytuacji, okolicznościach oraz czasie, wydaje się niezgodne z rzeczywistością. Dziecko jest ze swoimi bliskimi w relacji, która — jak każda relacja — rozwija się, przechodzi przez pewne kryzysy, zmienia się. Kiedy pojawia się problem, który niepokoi rodziców, mogą oni zapomnieć o potrzebie budowania kontaktu z małym człowiekiem. Trudne emocje przeżywane w związku z problemem mogą w pewnym stopniu przysłonić jedną z podstawowych potrzeb dziecka — bycia akceptowanym i wartościowym niezależnie od przeżywanych przez nie trudności. Koncentracja na potknięciach w mowie, która często może towarzyszyć zatroskanym rodzicom, sprzyja napięciu, wobec czego stworzenie naturalnie ciepłego, serdecznego, akceptującego kontaktu z dzieckiem jest utrudnione. Autorki podejścia DOM, pisząc o warunkach sprzyjających doskonaleniu płynnej mowy, przenoszą uwagę ze sposobu,

---

<sup>6</sup> Podejście profilaktyczno-terapeutyczne DOM zostało szczegółowo opisane w publikacji: K. WĘSIERSKA, B. JEZIORCZAK (2011).

w jaki dziecko się komunikuje, na cel, jakiemu ma służyć komunikacja. Kolejnym warunkiem, poza akceptacją, sprzyjającym prawidłowemu rozwojowi, w tym również mowy, jest poczucie bezpieczeństwa. W podejściu DOM zwraca się uwagę na potrzebę stabilności i odpowiedniej organizacji w życiu dziecka. Modelowanie natomiast, jako ostatni z proponowanych elementów strategii, wskazuje na rolę wzoru komunikacyjnego, z którego dziecko korzysta, ucząc się mówić.

Innym przykładem programu pośrednio oddziałującego na dziecko i proces opanowywania przezeń płynnej mowy jest strategia parasola ochronnego. Każdy człowiek, a szczególnie dziecko, które poznaje świat i uczy się go, jest narażone na ogromną ilość bodźców, wrażeń. Jeśli logopeda zdiagnozuje u dziecka rozwojową nie płynność mowy, to korzystne będzie otoczenie go szczególną troską polegającą na rozłożeniu nad nim na pewien okres parasola, który będzie chronił przed tym, co je otacza. Ta strategia profilaktyczna proponuje przede wszystkim zmiany w sposobie komunikowania się osób dorosłych z dzieckiem i modyfikowanie warunków środowiska, w którym przebywa dziecko (JEZIORCZAK, WĘSIERSKA, 2011b). Parasol ochronny jest propozycją zadań dla rodziców i najbliższego otoczenia dziecka. Ich wdrażanie umożliwi dziecku większą swobodę w mówieniu. Dzięki realizacji wytyczonych zaleceń rodzice stają się dobrym modelem mówcy dla dziecka, dbają o spokój w jego otoczeniu i świecie wewnętrznym, zapewniają atmosferę bezpieczeństwa i budują pozytywną samoocenę dziecka oraz jego wiarę w siebie. Sposobem na obniżenie napięcia w rodzinie i zmniejszenie wygórowanych wymagań wobec dziecka jest zaproponowanie rodzicom, by przez jeden dzień obserwowali mowę osób z otoczenia i odnotowywali wszelkie rodzaje nie płynności (zawahania, powtórzenia, zablokowania na starcie mowy, pauzy na zebranie myśli czy tzw. wypełniacze). Jest to tzw. technika telewizora (BENNETT, 2006; JEZIORCZAK, WĘSIERSKA, 2011b). Skupienie się na nie płynnościach w mowie innych, a tak naprawdę każdego człowieka, pozwoli rodzicom uspokoić się i skoncentrować na pomocy dziecku.

Zadania dla rodziców do zrealizowania w konkretnym czasie proponuje także Program 11-dniowy. Zadania dotyczą obserwacji własnej mowy, a następnie omówienia ich z logopedą i podjęcia pracy nad zmianą stylu wypowiedzania się i komunikowania z innymi (BYRNE, 1989; JEZIORCZAK, WĘSIERSKA, 2011b). Takie zalecenia dla rodziców są rekomendowane w wielu programach interwencji logopedycznej w jękananiu u dzieci. Pozwalają one przenieść ciężar terapii z koncentracji na dziecku i jego problemach z mową na styl komunikowania się i funkcjonowania w społeczeństwie przez rodziców czy opiekunów. Celem jest poprawa płynności mowy dzie-

cka w wyniku zmiany starych nawyków rodziców na zachowania naturalnie stymulujące rozwój mowy dziecka, co pośrednio może wpłynąć również pozytywnie na relacje między członkami rodziny (KOSTECKA, 2001).

## Znaczenie dobrej współpracy logopedy z nauczycielem w profilaktyce i wczesnej interwencji w jąkananiu u dzieci

Nauczyciele, podobnie jak rodzice/opiekunowie czy lekarze, odgrywają w profilaktyce jąkania bardzo ważną rolę (CHĘCIEK, 2012; SCOTT, GUITAR, 2012). W pewnym momencie życia dziecko zaczyna spędzać coraz więcej czasu poza domem — w przedszkolu, a następnie w szkole. Zaakceptowanie nowego środowiska, rozłąka z najbliższymi może być dla niego trudnym zadaniem. W przypadku niektórych dzieci dochodzą jeszcze problemy z niepełnością w mowie (KOSTECKA, 1999: 78). Osobą, od której w tej sytuacji bardzo wiele zależy, jest pedagog, nauczyciel.

Podstawowym zadaniem nauczyciela jest upowszechnianie wiedzy, również tej dotyczącej problemów, z jakimi borykają się jego wychowankowie, w tym niepełności w mowie. Pierwszym krokiem jest zatem dotarcie do źródeł naukowych, zapoznanie się w tym przypadku z zagadnieniami niepełności, a także współpraca w tym zakresie z logopedami. W przypadku objawów jąkania u małych dzieci oraz młodzieży istotne będzie realizowanie zaleceń dotyczących komunikacji oraz interakcji przez samego nauczyciela. Nauczyciel może pomóc samą swoją postawą. Jeśli zna zasady komunikacji wspierającej jåkające się osoby, może wykorzystywać je w swojej mowie i w swoim zachowaniu. Może także przekazywać tę wiedzę i modelować oraz propagować właściwe postawy w środowisku życia dziecka, czyli wśród rówieśników, rodziców, opiekunów czy personelu przedszkola i szkoły.

Rola nauczyciela w profilaktyce jåkania w środowisku przedszkolnym i szkolnym jest ogromna. To on, jako jedna z pierwszych osób, z którą kontaktują się rodzice, może zasugerować konieczność pomocy specjalisty. Relacja nauczyciel—rodzic jest bardzo ważna. Rodzic może szukać pomocy i wsparcia właśnie u wychowawcy swojego dziecka. Dotyczy to pobytu dziecka zarówno w przedszkolu, jak i w szkole. Nauczyciel nie tylko może wskazać konieczność spotkania z logopedą, ale także dzięki możliwości stosunkowo łatwego kontaktu z rodziną dbać o to, by w przed-

szkolu i szkole były respektowane potrzeby jąkającego się dziecka oraz stawiane wobec niego odpowiednie wymagania. Rodzice mogą mieć ponadto pytania o różne aspekty funkcjonowania jąkającego się dziecka na terenie przedszkola czy szkoły. Uwagi nauczyciela są niezwykle ważne dla rodziców, którzy często potrzebują uspokojenia, że jąkanie ich dziecka nie jest problemem dla szkoły i personel placówki wie, jak sobie z tym radzić (SCOTT, GUITAR, 2012: 18).

Nauczyciel może także współuczestniczyć w terapii, jeśli taka jest już prowadzona wobec dziecka. Relacja pomiędzy nauczycielem a logopedą jest zatem nie mniej istotna niż kontakty wychowawcy z rodzicami (PŁUSAJSKA-OTTO, WĘSIERSKA, 2009, 2010; WĘSIERSKA, 2012b). Nauczyciel jest dla logopedy źródłem wiedzy o umiejętnościach komunikacyjnych dziecka, przyswajaniu przez niego informacji, osiągnięciach, relacjach z innymi i wpływie jąkania na funkcjonowanie w klasie, w szkole (SCOTT, GUITAR, 2012). Relacja między tymi specjalistami oraz korzyści z niej płynące są oczywiście obustronne. Logopeda może omówić nauczycielowi sytuację konkretnego dziecka z nie płynnościami w mowie. Podczas indywidualnego spotkania może przekazać wskazówki, jak pomagać jąkającemu się dziecku, co robić, kiedy dziecko ma gorszy dzień i jąka się bardziej intensywnie, lub co robić, by wypowiedzi ustne były łatwiejsze dla jąkającego się dziecka, jak zachęcać dziecko do wypowiadania się na forum grupy (SCOTT, GUITAR, 2012). Innym aspektem funkcjonowania dziecka w grupie rówieśniczej jest dokuczanie — dokuczanie jąkającemu się dziecku przez rówieśników i dokuczanie rówieśnikom przez jąkające się dziecko (SCOTT, GUITAR, 2012; KOSTECKA, 1999). Logopeda może doradzić, jak postępować, gdy dziecko jąkające się przeszkadza innemu dziecku. Może też zdarzyć się tak, że jąkające się dziecko nie będzie chciało powiedzieć nauczycielowi o swoich problemach z kolegami, bo będzie się bało reakcji rówieśników, natomiast o trudnościach tych poinformuje logopedę. Funkcjonowanie dziecka w przedszkolu czy w szkole obejmuje nie tylko pobyt w klasie, ale także wszystko to, co dzieje się poza nią. Wspólne działanie obu specjalistów w tym zakresie jest bardzo potrzebne.

Nauczyciel dzięki kontaktowi z logopedą wie, co dzieje się podczas terapii i jak powinien wspomagać pracę logopedy. W ten sposób staje się adwokatem jąkającego się ucznia, dlatego od wsparcia oraz pracy nauczyciela zależy bardzo wiele. Jego zadaniem jest pomoc jąkającemu się dziecku, wspieranie go oraz uwrażliwianie rówieśników na problemy z płynnością w mowie ich kolegi. Udział nauczyciela w profilaktyce jąkania i terapii jąkających się dzieci jest niezwykle ważny. Jego zaangażowanie może pomóc rozszerzać obydwie te procesy na całe środowiska życia dziecka i zmieniać

komunikację otoczenia z osobą z niepełnościami w mowie. Nie wolno bowiem zapominać, że najistotniejszym zadaniem i logopedy, i nauczyciela jest ułatwienie komunikacji oraz uczynienie jej łatwiejszą, swobodniejszą. Najważniejsze wskazówki dotyczące sposobu komunikowania się i wspomagania płynności mowy dziecka to:

- Uwagi, które często są kierowane przez otoczenie do dziecka z niepełnościami w mowie: „zwolnij”, „weź głęboki oddech”, „nie denerwuj się”, „zrelaksuj się”. Komunikaty te zazwyczaj nie pomagają, lecz jedynie koncentrują uwagę dziecka na problemie.
- W kontaktach z małym dzieckiem, które dopiero uczy się mówić, należy zadbać, by komunikowanie nie przebiegało pod presją czasu. Również podczas rozmów z jąkającym się dzieckiem nie należy go ponaglać, spieszyć się i okazywać zniecierpliwienia czy też przerywać jego wypowiedzi. Dorośli powinni nauczyć się cierpliwie, z uśmiechem wysłuchiwać dziecka do końca, bez względu na stopień płynności wypowiedzi. Dziecko jąkające się nie powinno także wykonywać zadań pod presją czasu.
- Warto zapamiętać, że problemy z płynnością mowy mogą nasilać się w sytuacjach dla dziecka trudnych: podczas wystąpień przed publicznością, rozmowy z nieznaną osobą, rozmowy przez telefon, gdy jest ono podekscytowane, zmęczone lub chore. Wskazane jest, by otoczenie było wówczas bardziej cierpliwe — udzielało dziecku wsparcia.
- Dobrej komunikacji sprzyja spokojna i zwolniona mowa, jednak nie przesadnie wolna, powinna brzmieć ona naturalnie. Wskazane jest, by wszyscy dorośli zwolnili tempo mowy, zwłaszcza gdy rozmawiają z dzieckiem.
- Należy pamiętać o stosowaniu pauz w mówieniu. Pauza pozwala zebrać myśli, wziąć oddech, nawiązać kontakt wzrokowy. Osoba dorosła, zanim zapyta o coś dziecko, które ma problem z płynnym wypowiadaniem się, lub udzieli mu odpowiedzi na pytanie, powinna zastosować kilkusekundową pauzę. W ten sposób dziecko korzysta z dobrych wzorców, które może naśladować.
- Największym wsparciem dla jąkającego się dziecka będzie akceptacja, naturalne zachowanie, nieokazywanie zniecierpliwienia. Opiekunowie powinni powstrzymać się od dopowiadania za dziecko, kończenia zdań lub słów, gdy ma ono kłopot z ich wypowiedzeniem.
- Należy zadbać o właściwe relacje między jąkającym się dzieckiem a jego rówieśnikami. Ważne jest, by stworzyć serdeczną atmosferę i poczucie bezpieczeństwa w grupie. Należy uczyć dzieci, by mówiły po kolei i nie przerywały sobie nawzajem, a także zwrócić uwagę, by dziecku nie dokużano ze względu na sposób, w jaki mówi.

- Ważne jest, by wzmacniać dziecko podczas kontaktów z rówieśnikami — wspomagać je w budowaniu pozytywnej samooceny i unikać sytuacji dla niego trudnych (początkowo indywidualne wystąpienia przed grupą można zastąpić recytacją chóralną). Nie należy komentować sposobu mówienia dziecka w jego obecności lub w obecności jego kolegów.

Wymienione zalecenia powinny służyć temu, by jękające się dziecko mogło odczuć, że rozmówca słucha tego, co mówi, a nie tego, w jaki sposób mówi, że docenia wysiłek i trud dziecka włożony w wykonywanie różnorodnych zadań, a nie ocenia efekt tej pracy. Należy także pozwolić dziecku uczyć się przez doświadczenie, także uczyć się na popełnianych błędach (CHĘCIEK, 2012; KASPRZYK, STASICZEK, WĘSIERSKA, 2005).

Badania dowodzą skuteczności wczesnej interwencji w jękaniu u dzieci. Małe dzieci są najbardziej podatne na proponowane, często w sposób pośredni, zmiany, a jednocześnie oddziaływania podjęte w tym wieku stanowią dla nich najmniejsze obciążenie psychiczne, emocjonalne i społeczne (WĘSIERSKA, 2012d). Jeśli natomiast potrzebna jest bezpośrednia terapia logopedyczna, to za podejmowaniem działań prewencyjnych na opisanych tu trzech poziomach przemawia również fakt, że zastosowanie działań profilaktycznych wzmacnia jej skuteczność.

## Bibliografia

- ADAMCZYK B., 1998: *Jąkanie jako góra lodowa*. „Logopedia”, T. 15, s. 15—19.
- AMBROSE N.G., 2006: *Early Stuttering: Parent Counseling*. In: BERNSTEIN RATNER N., TETNOWSKI J., eds.: *Current Issues in Stuttering Research and Practice*. Mahwah—London, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, s. 87—98.
- BENNETT E.M., 2006: *Working with People Who Stutter. A Lifespan Approach*. Upper Saddle River, Pearson Education, Inc.
- BLOODSTEIN O., 1975: *A Handbook on Stuttering*. Chicago, National Easter Seal Society for Crippled Children and Adults.
- BYRNE R., 1989: *Pomówmy o zacinianiu*. Warszawa, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- CHĘCIEK M., 2012: *Jak wspierać dziecko jękające się w środowisku przedszkola i szkoły*. W: WĘSIERSKA K., red.: *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 213—227.
- CURLEE R., YAIRI E., 1997: *Early intervention with early childhood stuttering: A critical examination of the data*. „American Journal of Speech-Language Pathology”, Vol. 6 (2), s. 8—18.
- EZRATI-VINACOUR R., PLATZKY R., YAIRI E., 2001: *The Young Child's Awareness of Stuttering-Like Disfluency*. „Journal of Speech, Language and Hearing Research”, Vol. 44, s. 368—380.

- GUITAR B., CONTURE E.G., 2012: *Dziecko, które się jąka. Informacje dla pediatri*. Katowice, Centrum Logopedyczne.
- HARRIS V., ONSLOW M., PACKMAN A., HARRISON E., MENZIES R., 2002: *An experimental investigation of the impact of the Lidcombe Program on early stuttering*. „Journal of Fluency Disorders”, Vol. 27, s. 203—214.
- HILL D.G., 2006. In: FRASER J., ed.: *Effective Counseling in Stuttering Therapy*. Memphis, The Stuttering Foundation, s. 37—52.
- HOWELL P., 2011: *Recovery from Stuttering*. New York—London, Psychology Press.
- HULIT L.M., 2004: *Straight Talk on Stuttering. Information, Encouragement, and Counsel for Stutterers, Caregivers, and Speech-Language Clinicians*. Springfield, Charles C. Thomas.
- JEZIORCZAK B., WĘSIERSKA K., 2011a: *Jakość relacji logopeda — rodzic dziecka jękającego się a skuteczność terapii jękania wczesnodziecięcego*. W: GRUBA J., red.: *Wybrane problemy logopedyczne*. Gliwice, Fonem.eu, s. 51—66.
- JEZIORCZAK B., WĘSIERSKA K., 2011b: *Sprawny, by potykający się w mowie maluch został królem płynności! Wczesna interwencja logopedyczna wobec dzieci z objawami rozwojowej niepełności mówienia*. „Wychowanie na co dzień”, nr 7—8, s. I—VII.
- JONES M., HEARNE A., ONSLOW M., PACKMAN A., ORMOND T., WILLIAMS S., SCHWARZ T., O'BRIAN S., 2008: *Extended follow up of a randomised controlled trial of the Lidcombe Program for early stuttering intervention*. „International Journal of Language and Communication Disorders”, Vol. 43, s. 649—661.
- KASPRZYK B., STASICZEK A., WĘSIERSKA K., 2005: *Szkoła przyjazna uczniowi jękającemu się — wyzwaniem dla logopedów*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne”, nr 8, s. 38—44.
- KELMAN E., NICHOLAS A., 2008: *Practical Intervention for Early Childhood Stammering. Palin PCI Approach*. Milton Keynes, Speechmark Publishing Ltd.
- KOSTECKA W., 1999: *Pomoc logopedyczna dziecku jękającemu się*. „Logopedia”, T. 26, s. 67—85.
- KOSTECKA W., 2001: *Ramowy program diagnozy i terapii wczesnej niepełności*. „Biuletyn Logopedyczny”, nr 2, s. 37—40.
- KOSTECKA W., 2004: *Zintegrowany program terapii osób jękających się*. Lublin, AWH Antoni Dudek.
- LANGEVIN M., PACKMAN A., ONSLOW M., 2009: *Peer Responses to Stuttering in the Preschool Setting*. „American Journal of Speech-Language Pathology”, Vol. 18, s. 264—276.
- LINCOLN M., ONSLOW M., 1997: *Long-term outcome of an early intervention programme for stuttering*. „American Journal of Speech-Language Pathology”, Vol. 6, s. 51—58.
- MANNING W.H., 2010: *Clinical Decision Making in Fluency Disorders*. Clifton Park, Delmar, Cengage Learning.
- MILLARD S.K., EDWARDS S., COOK F.M., 2009: *Parent-Child Interaction Therapy: Adding to the Evidence*. „International Journal of Speech-Language Pathology”, Vol. 11 (1), s. 61—76.
- MILLARD S.K., NICHOLAS A., COOK F.M., 2008: *Is Parent-Child Interaction Therapy Effective in Reducing Stuttering?* „Journal of Speech, Language and Hearing Research”, Vol. 51, s. 636—650.
- ONSLow M., MILLARD S., 2012: *Palin Parent Child Interaction and Lidcombe Program: Clarifying some issues*. „Journal of Fluency Disorders”, Vol. 37 (1), s. 1—8.
- ONSLow M., PACKMAN A., HARRISON E., 2003: *The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. A Clinician's Guide*. Austin, An International Publisher Pro-Ed.
- PEPPER J., WEITZMAN E., 2004: *It Takes Two to Talk. A Practical Guide for Parents of Childrens with Language Delays*. Toronto, A Hanen Centre Publication.



- PETERS H.F.M., STARKWEATHER C.W., 1990: *The development of stuttering throughout life*. „Journal of Fluency Disorders”, Vol. 15, s. 107—114.
- PEŁUSAJSKA-OTTO A., WĘSIERSKA K., 2009: *Znaczenie współpracy logopedy i nauczyciela w terapii dziecka jękającego się*. „Forum Logopedyczne”, nr 17, s. 29—34.
- PEŁUSAJSKA-OTTO A., WĘSIERSKA K., 2010: *Rola nauczyciela w profilaktyce i terapii jękania*. W: BARANOWICZ K., SOB CZAK A., ZNAJMIECKA-SIKORA M., red.: *Rozwój i jego wspieranie w perspektywie nauk o człowieku — teoria i rozwiązania praktyczne*. Łódź, Pracownia Pedagogiki Specjalnej Uniwersytetu Łódzkiego, s. 239—245.
- RICHELS C.G., CONTURE E.G., 2007: *An indirect treatment approach for early intervention for childhood stuttering*. In: CONTURE E., CURLEE R., eds.: *Stuttering and Related Disorders of Fluency*. New York, Thieme Publishers, s. 77—99.
- SCOTT L., GUITAR C., 2012: *Jak mówić w szkole o jękanii? Podręcznik dla nauczycieli i logopedów*. Katowice, Centrum Logopedyczne.
- SIDAVI A., FABUS R., 2010: *A Review of Stuttering Intervention Approaches for Preschool-Age and Elementary School-Age Children*. „Contemporary Issues in Communications Science and Disorders”, Vol. 37, s. 14—26.
- SMITH A., KELLY E., 1997: *Stuttering: A Dynamic, Multifactorial Model*. In: CURLEE R.F., SIEGEL G.M., eds.: *Nature and Treatment of Stuttering. New Directions*. Needham Heights, Allyn and Bacon, s. 204—217.
- STARKWEATHER C.W., GIVENS-ACKERMAN J., 1997: *Stuttering*. Austin, Pro-Ed.
- TARKOWSKI Z., 1992: *Jękanie wczesnodziecięce*. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- WEITZMAN E., GREENBERG J., 2002: *Learning Language and Loving It. A Guide to Promoting Children's Social, Language, and Literacy Development in Early Childhood Settings*. Toronto, A Hanen Centre Publication.
- WĘSIERSKA K., 2010: *Interakcyjna Terapia Rodzic-Dziecko przykładem skutecznego postępowania w jękanii wczesnodziecięcym*. „Forum Logopedyczne”, nr 18, s. 23—30.
- WĘSIERSKA K., 2011: *Udział rodziców w terapii opóźnionego rozwoju mowy na przykładzie kanadyjskiego programu Do rozmowy potrzeba dwojga — It Takes Two to Talk The Hanen Program® for Parents*. „Forum Logopedyczne”, nr 19, s. 94—101.
- WĘSIERSKA K., 2012a: *Problemy jękania się dzieci w wieku przedszkolnym*. W: SKIBSKA J., LARYSZ D., red.: *Neurologopedia w teorii i praktyce. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii dziecka*. Bielsko-Biała, Wydawnictwo Naukowe Akademii Techniczno-Humanistycznej w Bielsku-Białej, s. 107—131.
- WĘSIERSKA K., 2012b: *Profilaktyka jękania i wspieranie ucznia jękającego się*. W: KOCHANOWSKA E., WOJCIECHOWSKA J., red.: *Edukacyjne konteksty wspierania rozwoju dziecka*. Bielsko-Biała, Wydawnictwo Naukowe Akademii Techniczno-Humanistycznej w Bielsku-Białej, s. 183—201.
- WĘSIERSKA K., 2012c: *Profilaktyka logopedyczna w ujęciu systemowym*. W: WĘSIERSKA K., red.: *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 25—47.
- WĘSIERSKA K., 2012d: *Wczesna interwencja w przypadku objawów jękania u małych dzieci*. W: PORAYSKI-POMSTA J., PRZYBYSZ-PIWKO M., red.: *Interwencja logopedyczna. Zagadnienia ogólne i praktyka. Z Prac Towarzystwa Kultury Języka*. T. 8. Warszawa, Dom Wydawniczy Elipsa, s. 217—228.
- WĘSIERSKA K., JEZIORCZAK B., 2011: *Czy moje dziecko się jęka? Przewodnik dla rodziców małych dzieci, które mają problem z płynnym mówieniem*. Katowice, Centrum Logopedyczne.

- WOODS J., 2008: *Providing Early Intervention Service in Natural Environments*. "ASHA Leader", March 25.
- YAIRI E., AMBROSE N., 1999: *Early Childhood Stuttering I: Persistency and Recovery Rates*. „Journal of Speech, Language and Hearing Research”, Vol. 42, s. 1097—1112.
- YAIRI E., AMBROSE N., 2005: *Early Childhood Stuttering. For Clinicians by Clinicians*. Austin, Pro-Ed.
- YAIRI E., CARRICO D.M., 1992: *Early Childhood Stuttering: Pediatricians' Attitudes and Practices*. „American Journal of Speech-Language Pathology”, Vol. 1, s. 54—62.
- YAIRI E., SEERY C.H., 2011: *Stuttering Foundations and Clinical Applications*. Upper Saddle River, Pearson Education, Inc.
- ZEBROWSKI P.M., 1997: *Assisting Young Children Who Stutter and their Families: Defining the Role of the Speech-Language Pathologist*. „American Journal of Speech-Language Pathology”, Vol. 6, s. 19—28.
- ZEBROWSKI P.M., SHUM R., 1993: *Counseling Parents of Children Who Stutter*. „American Journal of Speech-Language Pathology”, Vol. 2, s. 1.

Katarzyna Węsierska, Barbara Jeziorczak, Anna Chrostek

Prevention and early intervention in young stuttering children

### Summary

Early intervention in young children who stutter is indicated as an effective approach by research and practice in the field. However, there is a need for the child to be supported by her/his entire environment. The article discusses the forms of action that can and should be taken by parents, speech-language therapists, teachers, and educators. The article emphasizes the importance of an adequate relationship that should be established between these persons. It is pointed out how important they are for success in prevention and early intervention of stuttering in young children — both individually and in groups interacting with each other. Referring to the decision streams based on chronic stuttering risk factors by P. Zebrowski (1997), the authors also present some early intervention strategies that can be used by SLT's.

Katarzyna Węsierska, Barbara Jeziorczak, Anna Chrostek

### Prophylaxe und Frühbehandlung des Stotterns bei Kleinkindern

#### Zusammenfassung

Den Forschungen und der logopädischen Praxis zufolge ist eine frühe Behandlung des Stotterns bei kleinen Kindern wirkungsvoll. Das stotternde Kind muss jedoch durch seine ganze Umwelt unterstützt werden. In dem Artikel werden solche Maßnahmen besprochen, welche von Eltern, Logopäden und Lehrern ergriffen werden können und auch müssen. Man betont, dass richtige Relationen zwischen den obengenannten Personen von großer Bedeutung sind. Jede Person entscheidet zwar — sowohl individuell, wie auch in der Gruppe in der Wechselwirkung über erfolgreiche Prophylaxe und Frühbehandlung der stotternden Kleinkinder. Auf die Aufstellung von richtig ausgewählten Strategien der logopädischen Frühbehandlung des Stotterns von P.M. Zebrowski (1997) Bezug nehmend, nennen die Verfasserinnen einige Maßnahmen, die von den Logopäden getroffen werden können.