

# TERAPIA JĄKANIA METODĄ TARKOWSKIEGO

## THE TARKOWSKI STUTTERING THERAPY METHOD

prof. dr hab., n. hum. Zbigniew Tarkowski

Department of Pathology and Rehabilitation of Speech, Medical University of Lublin, ul. Staszica 4-6, Lublin

[tarkowskizbigniew@wp.pl](mailto:tarkowskizbigniew@wp.pl)

### Streszczenie

Metoda Tarkowskiego reprezentuje systemowe podejście do terapii osób jąkających się w różnym wieku. Zakłada ono, że struktura jąkania obejmuje czynniki lingwistyczne (np. nie płynność mówienia), biologiczne (np. wzmożone napięcie mięśniowe), psychologiczne (np. logofobia) i społeczne (np. stres komunikacyjny). Dotychczasowe podejścia koncentrują się przeważnie na wybranych czynnikach zgodnie z profesją terapeuty. Lekarze stawieni są na czynniki biologiczne, psychologowie – psychologiczne, a logopedzi – lingwistyczne i społeczne. W metodzie Tarkowskiego oddziałuje się jednocześnie na całą strukturę jąkania zmierzając do zmniejszenia nie płynności mówienia, obniżenia napięcia mięśniowego oraz logofobii oraz zwiększenia umiejętności radzenia sobie ze stresem komunikacyjnym. Podejmuje się tego jeden specjalista – balbutolog, które bierze na siebie odpowiedzialność za przebieg terapii i jej efekty. W artykule podano przykłady takiego podejścia w wieku przedszkolnym, szkolnym i dorosłym.

### Abstract

The method used by Professor Tarkowski represent a system approach to the therapy of people who stutter at a different age. This approach assumes that the structure of stuttering involves linguistic factors (e.g. speech disfluency), biological factors (e.g. excessive muscle tension), psychological factors (e.g. logophobia) and social factors (e.g. communication stress). Previous approaches focus mainly on particular factors corresponding to the therapist specialties. Physicians are used to biological factors, psychologists to psychological factors, speech therapists to linguistic and social factors. In the method used by Professor Tarkowski the whole structure of stuttering is affected, aiming at reducing speech disfluency, muscle tension,

logophobia and increasing the ability to deal with communication stress. The only specialist who takes the challenge is a balbutologist, who takes the responsibility for the course of the therapy and its results. Examples of such an approach in the kindergarten, school and mature age are presented within this article.

### Słowa kluczowe

jąkanie, terapia

### Keywords

stuttering, therapy

### Istota jąkania

Jąkanie najczęściej jest kojarzone z zaburzeniami płynności mówienia, a ta opinia jest znacznym uproszczeniem i wygodnym stereotypem. W ujęciu systemowym (Tarkowski 2007, 2017) jego struktura składa się z czynników lingwistycznych (np. nie płynność mówienia), biologicznych (np. wzmożone napięcie mięśniowe), psychologicznych (np. lęk przed mówieniem) i społecznych (np. reakcja na nie płynność mówienia). Poznanie tych czynników oraz wyjaśnienie relacji między nimi ma kluczowe znaczenie w Systemowej Terapii Jąkania (STJ) w opracowaniu własnym.

### Założenia i cele STJ

Oto te najważniejsze:

- STJ nawiązuje do teorii systemów i terapii systemowej, ale ma swoją specyfikę.
- Jąkanie jest zaburzeniem psychosomatycznym a jego forma chroniczna posiada cechy choroby psychosomatycznej.
- Zależności między wymienionymi czynnikami jąkania nie są jedynie przyczynowo-skutkowe, lecz także cykliczne (kołowe). Nie można zmienić



prof. dr hab., n. hum. Zbigniew Tarkowski

jednego czynnika bez modyfikacji pozostałych. STJ działa na równocześnie lub stopniowo.

- Etiologia jąkania jest wypadkową czynników predysponujących (biologicznych), wyzwalających (psychologicznych) i utrwalających (społecznych).
- Osoba jåkająca się jest potencjalnie płynna.
- STJ preferuje eksperyment naturalny a techniki terapeutyczne sã traktowana jako środki do rozwiązania problemu.
- STJ jest przeciwna akceptacji jåkania i podejmuje z nim walkę.
- Preferowane techniki sã naturalnego mówienia.
- W STJ biorã czynny udział osoby wspierające. Podkreśla się szczególnã rolę ojca.
- Podstawowã bazę stanowi intensywna terapia krótkoterminowa z wydłużonym okresem kontrolnym. Stanowi ona połączenie treningu mowy, psychoterapii i socjoterapii.
- Podstawowymi celami STJ jest osiągnięcie płynności mówienia kontrolowanej lub spontanicznej, zmniejszenie nadmiernego napięcia mięśniowego, obniżenie poziomu leku przed mówieniem i zwiększenie gotowości do komunikowania się.

Elementy STJ zauważamy w wyróżnionym Oskarami obrazie filmowym *Jak zostać królem*, którego bohaterami sã jåkający się król Jerzy VI oraz jego terapeuta. Film rozpoczyna się od publicznego wystąpienia księcia, które zakończyło się całkowitã porażkã z powodu licznych przedłużających pauz napiętych, u podłoża których leżało nadmierne napięcie mięśniowe i strach przed publicznym mówieniem. Książę przeszedł wiele nieskutecznych, wręcz upokarzających, form terapii, zanim w końcu – za namowã żony – trafił do niekonwencjonalnego terapeuty. Ten zaś postanowił w czasie pierwszej wizyty zawrzeć kontrakt terapeutyczny na zasadach partnerskich oraz podnieść motywację do terapii. Przedstawił więc parze książęcej małego pacjenta, który kiedyś nie mógł wypowiedzieć słowa a teraz mówił płynnie, a ta poprawa stanowiła dowód skuteczności terapeuty. Ponadto stwierdził, że zaburzenie mowy występujące u księcia nie jest jego stałą cechã, gdyż zdecydowanie częściej mówi płynnie niż nie płynnie. Ponadto zastosował technikę maskowania dźwiękiem mowy księcia, która sprawiła, że czytał płynnie, co stanowiło szczególny „zastrzyk” terapeutyczny. Mimo tych

obiecujących zabiegów do zawarcia kontraktu nie doszło i panowie rozstali się. Książę wrócił jednak na terapię, ponieważ jego problem nie został rozwiązany. Nie chciał, ale musiał występować publicznie, a jåkanie stanowiło tu głównã przeszkodę. Podczas drugiego spotkania terapeuty poszedł na pewne ustępstwo i zgodził się zajmować jedynie „mechanikã mowy”, rezygnując z oddziaływania psychoterapeutycznego. Przeprowadził więc bardzo intensywny trening, obejmujący klasyczne ćwiczenia oddechowe, emisyjne, artykulacyjne, relaksacyjne oraz dykcji. Nie stosował żadnych nienaturalnych technik mówienia, aby nie narażać pacjenta na ośmieszanie się. Zajął się umiejętnościã radzenia sobie z tremã, skłaniając księcia do publicznych wystąpień. W czasie terapii towarzyszyła mu żona, która spełniała ważnã rolę osoby wspierającej. Zarówno pacjent jak i jego terapeuta bardzo zaangażowali się w realizację dynamicznego procesu terapeutycznego. Okazja do wprowadzenia elementów psychoterapii pojawiła sama. Po śmierci ojca książę przyszedł niezapowiedziany do swojego terapeuty i zaczął mu się zwierzać. Ten jedynie kierował rozmowã. W sytuacji, kiedy książę miał silny blok, radził mu, aby zaśpiewał to, co chce powiedzieć, co spotkało się z oporem pacjenta. Analiza rozmowy terapeutycznej pozwoliła ustalić hipotetycznã etiologię jåkania trwającego u księcia od wczesnego dzieciństwa. Stanowiła ona splot czynników predysponujących (np. leworęczność), wyzwalających (np. lęk przed ojcem) i utrwalających (np. stres komunikacyjny). Terapeuta podchwycił wątek rywalizacji księcia ze starszym uroczym bratem, który odbierał mu pewność siebie i wpędzał go w jåkanie. W końcu ujawnił konflikt podstawowy powodujący stałe napięcie, ryzykując utratę intratnego klienta. Otóż terapeuta uświadomił księciu, że ma aspiracje zostać królem, ale hamuje go poczucie lojalności wobec brata. Zostało to odebrane jako nakłanianie zdrady i panowie rozstali się kolejny raz. Ale problem nadal był nadal aktualny. Książę, już jako król, poprosił tego samego terapeuty o pomoc i otrzymał ją w decydującej próbie. Terapię można uznać za skutecznã mimo, że król nie mówił stale płynnie. Terapeuta skupił się na realizacji jasnego celu, którym było płynne publiczne przemówienia, głównie radiowe, i go osiągnął. Wystąpienia te miały mobilizować naród brytyjski w czasie II wojny światowej, a jednocześnie kształtować pozytywny wizerunek monarchii.

STJ uwzględnia wiele czynników, a przede wszystkim wiek pacjenta.

### STJ w wieku przedszkolnym

Czterolatnia Ania zaczęła się mówić nie płynnie nagle i w ciãgu doby rozwinęła się pełnã postac jåkania. W każdym niemal zdaniu demonstrowała blokowanie (tzw. zacinanie się) zlokalizowane przeważnie na początku wypowiedzi, którym towarzyszyły zbędne ruchy dłoni w okolicach warg (tzw. współruchy) podczas mówienia oraz znaczny wysiłek. Ponadto wystąpiło wzmożone napięcie mięśniowe głównie w mięśniach twarzy. Dziewczynka była nieświadoma objawów nie płynności i mówiła śmiało i duzo. Zdezorientowani i zaniepokojeni rodzice czekali jednak, że jåkania minie samo i rzeczywiście tak się stało. Po miesiącu wróciło jednak i wówczas zgłosili się na konsultację.

Jåkanie powstaje najczęściej (90%) w okresie do 5–6 lat. Jest często mylone z rozwojowã nie płynnością mówienia, która jest zjawiskiem normalnym, uniwersalnym i przemijającym. Podejmując próbę jej terapii ryzykuje się wpędzenie dziecka w rzeczywiste jåkanie. To zaś samo nie mija i wymaga wczesnej interwencji. Nie polega ono na wykonywaniu – zgodnie z panującym stereotypem – ćwiczeń oddechowych, które jedynie mogã zniekształcić naturalny oddech, będący automatyzmem. W przypadku jåkania wczesnodziecięcego STJ obejmuje:

- okres względnego milczenia dziecka, aby nie dopuścić do utrwalania się nie płynności mówienia;
- terapię rodziny w celu ustalenia źródła napięcia leżącego u podłoża nie płynności mówienia i jego eliminacji;
- ziołolecznictwo (najlepiej w wykorzystaniu efektu placebo) służące obniżeniu napięcia mięśniowego;
- interwencję dorosłych w przypadku wystąpienia blokowania wypowiedzi u dziecka.

### Terapia Ani

Podczas pierwszego spotkania terapeuta dokonał diagnozy dla celów terapii, przedstawił zarys jej planu. Podstawã oceny nie płynności mówienia i zaburzeń towarzyszących była *Analiza Próbkii Mowy* zarejestrowanej kamerã przez ojca podczas swobodnej rozmowy matki z córkã. Taka próbka ma duze znaczenie diagnostyczne, gdyż małe dzieci często nie ujawniają nie płynności w gabinecie. Analiza nagrania oraz rozmowy z Aniã wykazała

występowanie u niej znacznego jąkania. Szczególnie widoczne było nadmierne napięcie mięśniowe leżące u podłoża wielokrotnie powtarzanych sylab (czasem 10 razy) na początku wypowiedzi. Nasuwa się zasadnicze pytanie o pochodzenie tego napięcia. Z wywiadu przeprowadzonego z rodzicami nie wynikało, że dziewczynka przeżyła jakąś traumę lub sytuację stresową, a w rodzinie bliższej i dalszej nikt się nie jąkał. Dziewczynka położyła się spać jako płynnie mówiąca, a zbudziła się jako jąkająca się. Nie była świadoma nie płynności mówienia, mówiła dużo i śmiało, a jej mowa narracyjna i dialogowa dowodziły dużej sprawności językowej. Rodzice nie poprawiali jej i nie karali. Byli raczej biernymi obserwatorami zaburzenia płynności, którego podłoża nie byli w stanie wyjaśnić. Zostali poproszeni o wypełnienie *Skali Reakcji na Niepłynność Mówienia* opracowanej przez Zbigniewa Tarkowskiego. Składa się ona z trzech podskal oceniających nasilenie negatywnych reakcji poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych na zaburzenia płynności mówienia. Porównanie odpowiedzi matki i ojca stanowiło podstawę dalszej pracy z nimi. Terapeuta zaproponował rodzicom okres względnego milczenia dziecka. Nie można mu nakazać zaprzestania mówienia, ale jedynie próbować je ograniczyć do minimum, przechodząc na różne formy komunikacji niewerbalnych. Aby wprowadzić okres milczenia matka wzięła tygodniowy urlop i wyjechała z dzieckiem do wynajętego domku nad jeziorem. Zmiana miejsce pobytu może mieć pozytywny wpływ na poprawę płynności mówienia, o czym wiedział już Demostenes – słynny starożytny mówca, kiedyś jąkający się. Matka z córką były odizolowane od otoczenia, zdane tylko na swoje towarzystwo. Mogły bawić się, kąpać, spacerować, oglądać ilustracje, słuchać bajek, malować, rysować i wykonywać wiele innych czynności bez udziału mowy dziewczynki. Matka powiedziała jej, że zabawa polega na porozumiewaniu się bez słów. Kiedy dziewczynka zaczynała mówić, matka kładła palec na buzi, jako znak, że ma przestać. Miała pokazać to, o czym zamierzała powiedzieć lub czekać, aż matka odczyta intencję jej wypowiedzi. Natomiast ona mówiła wolno, krótko i śpiewnie, tak jak zazwyczaj mówi się do małych dzieci. Obniżanie napięcia mięśniowego występującego u Ani odbywało się na różne sposoby, to znaczy poprzez stosowanie hydroterapii, relaksacji, leczenia snem przedłużonym i ziołolecznictwa.

Wykorzystano możliwość częstego kąpienia się i polewania letnią wodą. Matka muskała lub głaskała ciało dziecka zgodnie z wzorem relaksu Wintreberta, sprawiając tym dziewczynce dużą przyjemność. Mogła też ona wysypiać się do woli, gdyż nie musiała chodzić do przedszkola. Jedynie przyjmowanie ziół obniżających napięcie mięśniowe, przygotowane przez matkę na podstawie receptury O. Klimuszko, nie było tak przyjemne. Po powrocie do domu przedłużono o tydzień okres względnego milczenia. Dziecko nie chodziło do przedszkola i zostawało w domu pod opieką ojca. Po dwóch tygodniach nastąpił powrót do naturalnej komunikacji rodzinnej. Objawy sporadycznej nie płynności mówienia ignorowano. Rodzice mieli interweniować jedynie w przypadku wystąpienia u córki wyraźnych bloków w ten sposób, że mówili za nią blokowane słowo, aby nie dopuścić do utrwalania się nawyku jąkania się. W czasie kolejnej wizyty terapeuta stwierdził – na podstawie analizy kolejnej próbki mowy dziecka oraz rozmowy z nauczycielką z przedszkola – znaczne zmniejszenie natężenia nie płynności mówienia. Ponadto nastąpiła istotna jej zmiana jakościowa. Niepłynność napięta zaczęła przekształcać się w niepłynność nienapiętą, czyli bez wzmoczonego napięcia mięśniowego. Równolegle z oddziaływaniem na mowę dziecka terapeuta zajmował się jej rodzicami, którzy odmiennie reagowali na zaburzenia płynności mówienia występujące u córki. Różnice wystąpiły w 10 na 30 ocenianych reakcji i dotyczyły głównie ich aspektów poznawczych i emocjonalnych. Na przykład zdaniem matki dziecko się jąkało, a ojciec nie potwierdzał tej opinii. Ponadto uważał on, że jąkanie minie samo i na terapię zgodził się pod presją żony, która uważała, że nie można z nią zwlekać. Ich reakcje emocjonalna były także zróżnicowane. Na przykład większą irytację i niepokój wyzwalalo jąkanie u matki niż ojca. Okazało się też, dziecko śpi z rodzicami, co wprowadzało niepotrzebne napięcie między małżonkami i dawało poczucie dyskomfortu. Pod wpływem terapeuty postanowili oni przenieść dziewczynkę do własnego łóżka, ryzykując nasilenie objawów nie płynnego mówienia. Jak należało się spodziewać postawiła ona opór i wracała do łóżka rodziców o różnych porach nocy. Ojciec (a nie matka) odprowadzał ją do jej łóżka, które stało początkowo we wspólnym pokoju, a potem zostało przeniesione do pokoju dziecka. Po tygodniowej próbie dziewczynka spała już sama i przychodziła do łóżka rodziców

jedynie rano. Niepłynność mówienia nie zwiększyła się. Oczekiwano na dalszy jej spadek, jeśli zostaną wyeliminowane inne źródła napięć między małżonkami. Służyła temu rozmowa z nimi mająca na celu ograniczenie negatywnych reakcji na niepłynność mówienia i ujednolicenie postaw. Terapeuta uznał, że nie ma potrzeby głębszego wchodzenia w życie małżeństwa, które nie zgłaszało dodatkowych problemów. Kiedy Ania zaczęła mówić bez objawów nie płynności mówienia i wzmoczonego napięcia mięśniowego uznano terapię za zakończoną i wprowadzono okres kontrolny trwający do 6 r.ż. dziecka. W tym czasie rodzice telefonowali do terapeuty raz w miesiącu lub rzadziej i informowali o stanie mowy córki. W przypadku nawrotu jąkania mieli natychmiast zgłosić się na konsultację.

### STJ w wieku szkolnym

*Paweł jąkał się od najmłodszych lat i korzystał z wielu form terapii. Na kolejną został zgłoszony, kiedy przechodził z gimnazjum do liceum. Wcześniej był otoczony parasolem ochronnym, a teraz obawiał się, że w nowym środowisku szkolnym jego jąkanie nie będzie tolerowane i dostarczy mu przykrych przeżyć. Demonstrował zarówno bloki kloniczne, polegające jak wielokrotnym powtarzaniu tego samego ruchu mięśni aparatu mowy, jak i bloki toniczne, polegające na nadmiernym wydłużaniu tego ruchu. Bloki te utrudniały mu rozpoczęcie wypowiedzi lub jej kontynuowanie. Towarzyszyły im drganie warg i zuchwy, odrzucanie głowy do tyłu oraz zaciskanie splecionych dłoni i ich pocenie się. Jąkanie nasilało się w czasie odpowiedzi ustnych w klasie.*

Zdecydowanie częściej jąkają się chłopcy niż dziewczynki, ale ten specyficznie „męski” problem próbują rozwiązywać głównie kobiety (terapeutki wraz z matkami). Tymczasem udział ojców w STJ jest bardzo wskazany, szczególnie wtedy, gdy natężenie nie płynności mówienia jest większe w rozmowie z ojcem niż matką. Należy pamiętać, że ta niepłynność stanowi ważny wskaźnik relacji międzyludzkich, w tym rodzinnych. Podstawowe znaczenie ma kształtowanie motywacji do terapii jąkania, które przecież nie sprawia bólu fizycznego i nie zagraża zdrowiu. Sama niepłynność mówienia nie jest problemem. Można z nią żyć lepiej lub gorzej. Problem powstaje wówczas, gdy jąkanie stanowi przeszkodę w realizacji celu. Nie ma go, kiedy uczeń jąkający się jest zwalniany z ustnych odpowiedzi w klasie i przechodzi w fazę wyuczonego mutyzmu wybór

czego, co jest niestety częstym zjawiskiem. Podstawowym celem STJ w wieku szkolnym jest płynne mówienie w klasie, czyli w trudnej sytuacji komunikacyjnej. Cel ten realizowany jest etapami:

1. Wybór stresującej sytuacji komunikacyjnej.
2. Relaksacja
3. Desensytyzacja, czyli odczulanie
4. Przyswojenie techniki płynnego mówienia.
5. Rozmowa terapeutyczna.
6. Socjoterapia.
7. Ocena efektów terapii.

Kolejność tych etapów nie jest sztywna i powinna być dostosowana do problemu i potrzeb pacjenta.

#### Terapia Pawła

W czasie pierwszej wizyty z udziałem całej rodziny wykonano badania 16 letniego Pawła za pomocą *Skali Samooceny i Oceny Jąkania* oraz *Skali Motywacji do Terapii* (obie autorstwa Góral – Półroli i Tarkowskiego). W samoocenie młodzieńca jąkanie było umiarkowane, zaś w ocenie ojca oraz terapeuty było ono znaczne. Natomiast jego motywacja do terapii była na umiarkowanym poziomie. Paweł nie akceptował jąkania i był gotów podjąć z nim walkę, mimo wcześniejszych niepowodzeń wynikających głównie z braku zaangażowania w terapię, którą odbierał jako nudne zajęcie. Teraz liczył na wsparcie rodziny. Najbardziej zaangażował się ojciec, który dowoził syna na terapię i czynnie w niej uczestniczył. Pozostali członkowie rodziny pozostawiali do dyspozycji terapeuty i sprawowali kontrolę na zachowaniem słownym Pawła w domu. Na podstawie wyników *Kwestionariusza Niepłynności Mówienia i Logofobii* (opracowaniu Tarkowskiego) terapeuta ustalił, że u Pawła występuje mieszany typ jąkania (psychologiczno-fizjologiczny), w którym na wysokim poziomie występuje zarówno niepłynność mówienia jak i strach przed nim w czasie lekcji oraz czytaniem tekstów w kościele. Osiągnięcie płynności kontrolowanej w tych trudnych sytuacjach komunikacyjnych stało się głównym celem terapii, określonego jasno w ramach zawartego kontraktu terapeutycznego. Przewidywał on także zaprzestanie jej w przypadku braku zaangażowania ucznia w terapię. Rozpoczęto ją od poprawiania koordynacji oddechowo-artykulacyjnej oraz opanowania relaksu metodą Jacobsona, polegającą na naprzemiennym wykonywaniu ruchów

napinających i rozluźniających poszczególnych grup mięśni aparatu mowy. Ze względu na silne ich napięcie oraz pośpiech w czasie wykonywania ćwiczeń, wspomniane techniki okazały się trudne do opanowania. Terapeuta zalecił Pawłowi pływanie oraz korzystanie z masażu wodnego, ale ze względu na znaczną odległość do basenu, zadanie nie było systematycznie. Po opanowaniu relaksu przystąpiono do łączenia go z wyobrażeniami bodźców lękowych związanych z mówieniem w klasie lub kościele (desensytyzacja). Starano się obniżyć oczekiwania na wystąpienie jąkania, co ma bardzo ważne. W tym celu dokładnie przeanalizowano myśli pojawiające się u Pawła zanim zacznie mówić. Świadczyły one o czarnowidztwie, gdyż automatycznie pojawiała się myśl, że będzie się jąkał. Podjęto próbę zamiany jej na pozytywną: „będę mówił płynnie” za pomocą techniki autoafirmacji. Ponadto terapeuta zaproponował dwie różnice się zdecydowanie techniki poprawiające płynność mówienia: naturalnej albo nienaturalnej mowy. Pierwsza technika polegała na korekcie oddychania i artykułowania w czasie wypowiadania fraz na jednym wydechu z wyraźnie zaznaczonymi pauzami między nimi. Druga technika należała do bardziej popularnych i polegała na napięciu przeciąganiu sylab, co powoduje wyraźne zwolnienie tempa mówienia. Pawłowi łatwiej było opanować tę drugą technikę, ale nadmierne przeciąganie narażało go na ośmieszenie się. Aby tego uniknąć skracał odcinki nie płynnego mówienia i przyspieszał jego tempo. Technika przeciągania miała stosować jedynie w czasie wystąpienia bloku, aby wyjść z niego. W pozostałych wypowiedziach miał rytmicznie oddychać i frazować i ten sposób utrzymywał swoją potencjalną płynność mówienia. Niestety Paweł miał kłopoty z płynnym startem mowy i często zapominał o stosowaniu właściwej techniki, co wynikało przede wszystkim z pośpiechu, stanowiącego cechę jego temperamentu. Miał on poinformować swoją klasę, że podjął walkę z jąkaniem i prosi o zrozumienie jego zachowania. Otrzymał wsparcie od kilku uczniów i uczennic, a także od wychowawczynie klasy, która obiecała, że porozmawia z innymi nauczycielami, aby pytali Pawła możliwie często, a szczególnie wtedy, gdy sam się zgłasza do odpowiedzi. I tak się działo. Z drugiej strony książkę angażował jękającego się ministranta do śpiewania i czytania różnych tekstów. Dla Pawła najtrudniejszym wyzwaniem była msza niedzielne z udziałem rodziny,

kiedy miał czytać odpowiedni tekst, który wcześniej przygotowywał razem z terapeutą. Ponadto zaprosił on Pawła i ojca na dwa różne seminaria dla profesjonalistów, podczas których była omawiana i demonstrowana STJ. W czasie pierwszego spotkania stres komunikacyjny był na początku tak duży, że młodzieniec nie poradził sobie z nim. Wystąpił silny blok kloniczno-toniczny ze współruchem na starcie wypowiedzi, a Paweł nie był w stanie zastosować żadnej wyuczonej techniki poprawiającej płynność mówienia. Terapeuta polecił mu głęboko oddychać, a napięcie mięśniowe obniżyć się. Powiodło się i Paweł zaczął mówić płynnie odpowiadając na pytania uczestników seminarium. Drugie spotkanie rozpoczęło się okresem względnego milczenia, gdyż terapeuta celowo nie zabierał głosu jako pierwszy, wytwarzając w ten sposób pewne napięcie związane z oczekiwaniem. Potem poprosił Pawła, aby powiedział coś o sobie. Wolał jednak mówić w swoim jękaniu i czynił to płynnie, ku pewnemu zaskoczeniu uczestników seminarium. Równie płynnie odpowiadał na ich pytania. Mowa Pawła pogorszyła się, gdy terapeuta polecił mu zadawać pytania, a jeszcze większe miał trudności, kiedy miał mówić komplementy paniom. To drugie zadanie okazało się także trudne, dla panów uczestniczących w seminarium. Kiedy poproszono Pawła o wyrażenie opinii na temat spotkania to oświadczył, że myśli o nich długo wcześniej i próbuje się „pozytywnie do nich nastroić”. Najgorszy jest początek, a potem idzie zdecydowanie lepiej, bo czuje, że „stres ze mnie spływa”. Tym niemniej te spotkania były dla niego łatwiejsze (stres krótkoterminowy) niż konieczność mówienia w klasie lub kościele (stres długoterminowy). „Z państwem się rozstanę, a do siebie wracam” – powiedział Paweł. Jego domownicy różnie reagowali na objawy jąkania. Matka i brat byli skłonni do ich tolerowania, zaś ojciec i siostra zwracali mu uwagę, gdy mówi nie płynnie i nie stosuje techniki poprawiających, co prowadzi do ograniczenia komunikacji słownej między. Relacje wewnątrzrodzinne były skomplikowane. Paweł rywalizował z siostrą o względy matki przy raczej biernej postawie ojca i brata, którzy zaciśkali sojusz między sobą. Ponadto robiła na przekór jękającemu się bratu i była bezwzględna w wytykaniu jego niepłynności. Paweł czuł do niej złość skrywaną pod płaszczykiem poprawności zadawalającej rodziców. Terapeuta postanowił ją ujawnić w czasie scenki psychodramatycznej, w której zastosował technikę zamiany ról. Próba

powiodła się częściowo, bo okazało się, że Paweł ma szerszy problem z ujawnianiem emocji negatywnych, związanych nie tylko z jękaniem. Rozładowanie ich stało się kolejnym celem terapii. Podczas jednej z jej sesji wykorzystał technikę *porozmawiaj ze swoim jękaniem*. Wykazała ona, że nadal dostrzega on korzyści emocjonalne i społeczne z niego płynące. Nie można było mówić o rozwodzie z jękaniem, a tylko o separacji. Terapeuta pracował nad zbliżeniem ojca i syna nie tylko w czasie sesji terapeutycznych, ale także w sytuacjach rodzinnych i pozarodzinnych, widząc w tym istotny czynnik podnoszący efekty terapii. Były one monitorowane przez terapeutę, do którego codziennie telefonował pacjent, składając krótkie sprawozdanie z realizacji podstawowego zadania, jakim było możliwie częste wypowiadanie się publiczne. Paweł donosił, że coraz lepiej radzi sobie ze strasem komunikacyjnym, jest bardziej pewny siebie i generalnie mówi zdecydowanie płynniej, aczkolwiek występują czasem objawy nie płynności. Jego samoocena pokrywała się z oceną ojca i terapeuty. Ustalono więc, że sesje terapeutyczne będą odbywały się coraz rzadziej i zakończą się okresem kontrolnym.

### STJ w wieku dojrzałym

Duchowny zgłosił się powtórnie na terapię, gdyż obawiał się, że zacznie się jękać w czasie mszy i jej nie skończy. Wyznał, że omija pewne fragmenty tekstu z obawy, że ich płynnie nie wypowie, ale nie chce, aby ta strategia została rozpoznana. Parafianie byli tolerancyjni wobec szybkiej i niekiedy nie płynnej mowy proboszcza. On sam był w krytycznym okresie: miał przestać być proboszczem, a taka decyzja była dla niego trudna do przyjęcia.

Zdaniem psychoanalityków u podłoża jękania leżą nierozwiązane konflikty, tworzące napięcie emocjonalno-mięśniowe, które z kolei wywołują nie płynność mówienia. Blokowanie wypowiedzi jest objawem tłumionej złości, a powtarzanie głosek lub sylab jest wyrazem regresji do dziecięcej paplaniny. Analiza psychologiczna nie płynności mówienia ma ważne znaczenie, ale nie można na niej poprzestać. Już sam Z. Freud stwierdził, że jękania nie da się wyleczyć samą psychoterapią. W STJ są więc prowadzone równolegle lub stopniowo:

- trening płynnego mówienia,
- psychoterapia,
- socjoterapia

Wykorzystuje się różne kombinacje technik terapeutycznych dostosowanych do problemu pacjenta, który ma zostać rozwiązany.

### Terapia duchownego

Terapię rozpoczęto od wywiadu dotyczącego wydarzeń z ostatnich lat oraz omówieniu planów na przyszłość. Ksiądz mówił dużo i szybko, ale był komunikatywny. Mimo to po pewnym czasie terapeuta odczuł pewne zmęczenie odbiorem jego wypowiedzi. Kilka razy przerwał monolog duchownego pytaniem lub komentarzem. Pod koniec spotkania mówił on coraz szybciej i wówczas pojawiły się objawy nie płynności mówienia – głównie powtarzanie sylab lub ich blokowanie. Terapeuta dowiedział się, że ksiądz może stracić stanowisko proboszcza, na którym mu zależało. Zauważył, że w czasie prowadzenia mszy pojawia się u niego silny lęk, że jej nie zakończy z powodu zahamowania mowy. Obawiał się czytania pewnych fragmentów tekstu i opracował kilka sposobów ich pomijania lub zastępowania, ale nie chciał, aby parafianie zorientowali się w jego manipulacjach. Te podszyte lękiem zachowania występowały przede wszystkim w drugiej części mszy, którą starał się możliwie szybko zakończyć. Terapeuta umówił się z księdzem, że będzie uczestniczył w prowadzonym przez niego niedzielным nabożeństwie. Celowo stanął w pierwszym szeregu wiernych, aby mógł obserwować zachowanie proboszcza i zostać przez niego zauważony. Terapeuta stwierdził, że ksiądz bez pośpiechu wygłosił ładnym, doniosłym głosem ciekawe kazanie. Wprawdzie nie nawiązywał kontaktu wzrokowego z wiernymi, ale pannał na sytuacją i nie wykazywał oznak zdenerwowania. W drugiej części mszy jego zachowanie zmieniło się diametralnie. Mowa uległa znacznemu przyspieszeniu, zaczął „zjadać głoski“, powtarzać sylaby a wypowiedź stała się trudna w odbiorze oraz pojawiły się oznaki niepokoju ruchowego. Widać było, że bardzo mu się spieszy, co mogło wszystkim zebrany dawać pewne poczucie dyskomfortu. Zachowanie księdza podczas mszy zostało dokładnie przeanalizowane w czasie kolejnej sesji terapeutycznej. W celu nieznacznego zwolnienia tempa mówienia terapeuta zaproponował techniki pauzowania i frazowania zapożyczone z retoryki, a ćwiczone na tekstach kościelnych. Efekt był niemal natychmiastowy i należało go jedynie ugruntować codziennymi ćwiczeniami. Terapeuta zalecił księdzu, aby zwolnił nie tylko

tempo mowy, ale i życia. Miał znaleźć czas na skupienie się, zrelaksowanie i wyciszenie przed mszą. Niestety ta podstawowa zasada dobrego oratora okazała się trudna do wprowadzenia ze względu na nadmiar obowiązków proboszcza, brał za dużo ich na siebie. Poprawianie jego mowy okazało się zadaniem o wiele łatwiejszym niż próba zmiany stylu życia. Ksiądz potrzebował jednak przede wszystkim rozmowy terapeutycznej, która została ukierunkowana na rozwiązanie jego podstawowego konfliktu między potrzebą zarządzania parafią a pogodzeniem się z odejściem ze stanowiska proboszcza, co powinien przyjąć z pokorą. Okazało się, że ksiądz utalentowanym menedżerem, a zarządzanie i organizacja są jego żywiołem. Trudno jest mu się rozstać z dziełem, które stworzył. Chciał mieć poczucie ciągłości i stabilności działania. Nie wiedział, gdzie zostanie przeniesiony, gdy wróci „do szeregu“. Chciał nadal wykorzystać swoje umiejętności menedżerskie, ale nie miał pewności, że powtórzy się taka okazja. Wiedział, że powinien pogodzić się z wyrokiem opatrności, ale przychodziło mu to z trudem. Uważał, że stoi na rozdrożu i ta sytuacja męczy go i budzi w nim niepokój i napięcie. Postanowił pogodzić się z myślą, że prawdopodobnie opuści parafię, ale żyje nikłą nadzieją, że w niej zostanie. W ferworze pracy, posług osoby duchownej i natłoku obowiązków jękanie wróciło i było symptomem trudnej sytuacji życiowej. Zaniepokojony tym nawrotem ksiądz zgłosił się szybko do swojego terapeuty. Powiedział, że radzi sobie z jękaniem bardziej od strony „technicznej niż emocjonalnej“. Nie zdradzał nasilonych objawów nie płynnego mówienia, ale mówił szybko. Pragnął uczestniczyć w indywidualnych sesjach terapeutycznych raz w miesiącu, do czasu podjęcia decyzji w jego sprawie.

### Efekty terapii

Panuje przekonanie o małej efektywności terapii osób jękaących się, ale w rzeczywistości jest ona zadawalająca i porównywalna ze skutecznością psychoterapii nerwicy (Humeniuk, Tarkowski, 2017). Całkowite wyleczenie jest najczęściej obserwowane w wieku przedszkolnym, ale jest możliwe także u osób starszych. Rzeczywistym problemem jest to, że logopedzi i psychoterapeuci sporadycznie podejmują się terapii osób jękaących się, a jeszcze rzadziej współpracują ze sobą.

## Literatura

HUMENIUK, Ewa a Zbigniew TARKOWSKI, 2017. Overview of research over the efficiency of therapies of stuttering. *Polish Annals of Medicine*, Poland, Vol. 24, Iss. 1: 99-103

TARKOWSKI, Zbigniew, 2017. *A new approach to stuttering: diagnosis and therapy*. New York: Nova Science Publishers. ISBN 978-163-4856-409.

TARKOWSKI, Zbigniew, 2016. *Dzieci z zaburzeniami zachowania, emocji i mowy*. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis. ISBN 978-8377440568.

TARKOWSKI, Zbigniew, 2007. *Psychosomatyka jękania: dlaczego osoby jękające się mówią płynnie*. Lublin: Wydawn. Fundacji „Orator”. ISBN 978-839-1610-749.