

WANDA KOSTECKA

ZABURZENIA PŁYNNOŚCI MOWY I KIERUNKI TERAPII LOGOPEDYCZNEJ

Badania nad zaburzeniami płynności mowy i wpływ tych zaburzeń na porozumiewanie się międzyludzkie wnoszą wiele niezbędnych informacji do poznania mechanizmów mowy, a także pełnią funkcję praktyczną – pozwalają na określenie zasad profilaktyki i terapii.

W literaturze tematu brakuje jasno określonej koncepcji płynności. Uważa się, że „naturalne” zakłócenie płynności mówienia występuje u wszystkich; zależy to od sytuacji, od stanu emocjonalnego mówiących i złożoności tego, co chcą powiedzieć. Punkt, od którego zaczyna się patologia, wyznaczany jest subiektywnie. W większości przypadków jąkania i gielkotu zakłócenia płynności mówienia są traktowane, zarówno przez mówiących jak i słuchaczy jako takie, które utrudniają wyrażanie myśli i zrozumienie tego, co zostało powiedziane. W niektórych wypadkach świadomy trudności może być mówiący normalnie, choć może wypowiadać się bardziej płynnie niż osoba, która robi liczne przerwy w mówieniu czy powtarza się nie zdając sobie z tego sprawy.

Aby dostarczyć teoretycznych podstaw do dyskusji nad patologicznymi zjawiskami płynności w mówieniu, należy rozważyć etapy konstrukcji wypowiedzi w warunkach normalnych. Model mówienia przedstawiony przez Dalton i Hardcastle (1977) oparty jest na koncepcji Lavera i opisuje 5 etapów procesu mówienia:

1. Etap ideacji, gdzie pojawia się zamiar powiedzenia czegoś – myśl.
2. Neurolingwistyczny etap planowania, dzięki któremu dla powstającej myśli programowana jest odpowiednia fonologiczna, syntaktyczna i seman-

tyczna postać słowa wydobywanego z wewnętrznego magazynu leksykalnego. Etap ideacji i neurolingwistyczny nazywane są centralnymi etapami planującymi.

3. Motoryczny etap regulacji, dzięki któremu program neurolingwistyczny jest przetransformowany na motoryczne sygnały dla odpowiednich grup mięśni narządów oddechowych, fonacyjnych i artykulacyjnych.

4. Miodynamiczny etap wykonawczy, gdzie organy mowne: oddechowe, artykulacyjne, fonacyjne realizują właściwe ruchy wyznaczone przez sygnały motoryczne. Etapy motoryczny i miodynamiczny autorzy łączą we wspólny etap wykonawczy.

5. Etap kontrolny, dzięki któremu wychwytywane są błędy w mówieniu na każdym poziomie konstruowania wypowiedzi. Jest to szczególnie ważne przy odpowiednim dobieraniu metod usuwania tych błędów.

Etap kontrolny występuje łącznie z poprzednimi zabezpieczając prawidłowy przebieg procesu mówienia. Jednak jego rola w generowaniu wypowiedzi jest różna. Na poziomie motorycznym kontrolowana jest poprawność artykulacyjna, a główną rolę odgrywa mechanizm sprzężenia zwrotnego. Na wyższym, bardziej abstrakcyjnym poziomie dobierane są schematy neurolingwistyczne dla wyrażenia określonych myśli.

Płynność mówienia wyraża się w sprawności wiązania poszczególnych elementów wypowiedzi, właściwym stosowaniu przerw, odpowiednim rytmie i tempie mówienia. Sprawność wiązania poszczególnych elementów wypowiedzi obejmuje segmentalną oraz suprasegmentalną organizację ciągu fonicznego zawierającą cztery poziomy. Na poziomie artykulacyjno-fonetycznym zakłócenia wiązania płynności mówienia przejawiają się w przedłużaniu, opuszczaniu, powtarzaniu głosek i sylab, na poziomie gramatycznym w postaci opuszczania spójników **i**, **aby**, **oraz** itp., na poziomie prozodycznym w zachowaniu relacji pomiędzy sąsiednimi zestrojami, natomiast na poziomie semantycznym w dobieraniu nieadekwatnych słów lub nieuzasadnionych, zaskakujących odbiorcę zmianach tematu wypowiedzi.

Nie ma zgodności co do kryteriów, które z punktu widzenia płynności pozwoliłyby oddzielić mówienie normalne od zaburzonego. Sama płynność przejawia się w kilku postaciach, co utrudnia klasyfikację normy i patologii.

1. Postać pierwsza to przerwy w mówieniu zależne od wielu czynników, takich jak miejsce zastosowania przerwy, nawyk mówienia z przerwami, cechy suprasegmentalne wypowiedzi. Nieciągłość wywołana tego rodzaju przerwami normalnie nie jest uważana za przerwę aż do momentu, gdy zostanie oceniona przez słuchaczy jako zaburzenie płynności mówienia.

2. Postać druga związana jest z fizjologią wdechu i wydechu. Chodzi tu o tzw. pauzy oddechowe, występujące po zakończeniu cyklu oddechowego. Dla diagnozy zaburzenia bierze się pod uwagę częstotliwość tych pauz oraz ich rozmieszczenie.

3. Postać trzecia to „pauzy niezdecydowania”, które bezpośrednio nie są związane z procesem mówienia. Rozmieszczenie tych pauz i ich funkcje są przedmiotem zainteresowania psychologów i językoznawców. Psychologów, ponieważ wiążą się one z przebiegiem procesów emocjonalnych i myślowych mówiącego. Językoznawców, ponieważ dostarczają informacji o podstawowych jednostkach dekodowania syntaktycznego.

Biorąc pod uwagę zaburzenie językowych elementów w j ą k a n i u, Woźniak (1993) definiuje płynność mówienia jako bezproblemowe budowanie ciągu fonicznego zrozumiałego dla odbiorcy. Niepłynnością mówienia nazywa to, co w istotny sposób przeszkadza w budowaniu ciągu fonicznego, a u słuchacza powoduje trudności w odbiorze. Dalton i Hardcastle (1977) określają niepłynność jako przerwy w sygnale akustycznym – tzw. momenty ciszy, które występują między okresami mówienia ciągłego. Pauzy, jak twierdzi von Essen (1967), są okresami spoczynku podczas mówienia. Występują po zrealizowanych wypowiedziach, stanowiąc moment braku napięcia. Osoba mówiąca posługuje się nimi w celu przygotowania wypowiedzi oraz zaczerpnięcia powietrza. Stosunek długości wypowiedzi do pauzy nie jest stały i może ulegać znacznym przesunięciom. Jeżeli czas trwania pauzy przekracza 2 sekundy, to należy zwrócić uwagę czy jest to przerwa wynikająca z napięcia mięśni narządów mowy, czy też służy przygotowaniu wypowiedzi (Tarkowski 1987).

G i e ł k o t to zaburzenie mowy objawiające się jego nieświadomością, małym zakresem uwagi, zakłóceniem percepcji artykułowania i formowania wypowiedzi. Jest to również zaburzenie procesów myślowych programujących mowę, a bazujących na dziedzicznych predyspozycjach. Gielkot manifestuje centralne zaburzenie mowy, które oddziałuje na wszystkie kanały komunikacji: czytanie, pisanie, rytm, muzykalność i zwykłe zachowanie (Weiss 1964). Gielkot to syndrom rozwojowy, który objawia ogólne trudności językowe (Brandford 1970). Rozwija się na bazie konstytucjonalnych zadatków i może zawierać kilka lub wszystkie z następujących cech charakterystycznych dla rozwoju mowy: mowę opóźnioną, zaburzenia artykulacyjne, słabą zdolność słuchowego różnicowania, trudności w czytaniu i pisaniu, zaburzenia lateralizacji, ogólną niezborność ruchową. Mowa u osób z gielkotem jest przyspieszona i jest to zaburzenie koordynacji o podłożu dziedzicznym (Wulff

1983). Często rozpoczyna się w okresie wczesnego dzieciństwa i może trwać do okresu dojrzewania, a nawet dłużej. Terapia gielkotu charakteryzuje się kompleksowym podejściem do tego zaburzenia. Obejmuje terapię logopedyczną, psychologiczną lub farmakoterapię. Ze względu na specyfikę problemów właściwym podejściem będzie logoterapia, psychoterapia lub leczenie farmakologiczne. O kierunku postępowania zdecyduje logopeda. Jeżeli przeważają objawy wskazujące na gielkot, to podstawową zasadą terapii jest skierowanie uwagi pacjenta na proces mówienia. Postępowanie logopedyczne w tym przypadku będzie miało na celu:

- ustalenie właściwego tempa mówienia,
- usuwanie trudności w czytaniu,
- rozwijanie zdolności muzycznych,
- wzbogacanie słownictwa czynnego,
- poszerzenie koncentracji uwagi.

Właściwe tempo mówienia logopeda może ustalić wspólnie z pacjentem przez porównanie z zapisem poprawnym nagranych uprzednio wypowiedzi osoby z gielkotem. Równoczesne odtwarzanie nagrania ułatwi wychwycenie różnic w tempie czytania i uświadomienie pacjentowi jego zaburzenia. Można tutaj użyć techniki sylabizowania, czyli wolnego wypowiedziania poszczególnych sylab, w różnych przedziałach czasowych. Sylabizowanie zgodne z wystukiwaniem rytmu lub taktem metronomu poprzedza głośnie czytanie coraz to dłuższych tekstów. Inną techniką może być równoczesne czytanie tekstu przez logopedę i pacjenta. Podczas wspólnego czytania prostego tekstu terapeuta narzuca pacjentowi zwolnione tempo mówienia. Po pewnym czasie stopniowo wycofuje się ścisząc i zniżając głos.

W celu usuwania trudności w czytaniu stosowane są: czytanie z przesłoną, czytanie wsteczne, równoczesne czytanie i pisanie tekstu. Zastosowanie przesłony w czytaniu mobilizuje pacjenta do lepszej koncentracji uwagi i odczytywania tekstu bez opuszczania liter. Dla dobrego rozumienia tekstu należy łączyć czytanie z dopowiedzeniem lub dopisaniem dalszego ciągu czytanego opowiadania. Technika czytania wstecznego zmusza pacjenta do pełnej koncentracji przez dokładne literowanie lub sylabizowanie tekstu od końca. Technika ta może przybierać różne formy zabawy, co doskonale daje się realizować w terapii z dziećmi. Wiele zalet ma równoczesne czytanie i pisanie tekstu. Technika ta zmusza do uważnego czytania, stwarza możliwość większej świadomości poprawnego literowania oraz powoduje zwolnienie tempa mówienia przez sylabizowanie tekstu.

Bardzo ważne w terapii gielkotu jest rozwijanie poczucia rytmu i zdolności muzycznych. Zaleca się tu wszelkie ćwiczenia umuzykalniające: śpiewanie piosenek z ruchem całego ciała, przesadne akcentowanie odpowiednich sylab oraz rozpoznawanie coraz bardziej skomplikowanych struktur rytmicznych.

W terapii gielkotu nie można pominąć rozwijania słownictwa zarówno biernego jak i czynnego. Mogą to być ćwiczenia uważnego i głośnego czytania zmuszającego do poprawnego wypowiedzania zdań, recytacje, opis historyjek, opowiadanie. Systematycznie prowadzone ćwiczenia głośnego i wyraźnego czytania tekstów, z przestrzeganiem zasady stopniowania trudności oraz odpowiedniego akcentowania i użycia znaków interpunkcyjnych, przynoszą dobre rezultaty. Recytacje pozwalają na opanowanie rytmicznego mówienia, wzbogacają słownictwo, uczą poprawnego formułowania wypowiedzi.

Zwiększanie koncentracji uwagi można osiągnąć przez ćwiczenia: liczenie od końca, uczenie się na pamięć nic nie znaczących sylab lub wyrazów.

Powyższe metody korekcyjne logopeda powinien łączyć z oddziaływaniem psychoterapeutycznym oraz terapią rodziny i środowiska szkolnego. Te oddziaływania winny mieć na celu podtrzymywanie dobrej kondycji psychicznej osoby z gielkotem, nagradzanie za wszelkie przejawy poprawnego mówienia oraz przygotowanie środowiska rodzinnego i szkolnego do pomocy tej osobie.

Gielkot jest często mylony z jąkaniem. Do logopedy należy rozstrzygnięcie z jakim zaburzeniem ma do czynienia, gdyż każde z nich wymaga odmiennego sposobu terapii. W przypadku dominacji cech jąkania nad objawami gielkotu odwracamy uwagę pacjenta od jego sposobu mówienia.

Zaburzenia płynności mówienia w j a k a n i u obserwowane są już w początkowych etapach rozwoju mowy dziecka, kiedy jest poprawiane i poddawane naciskom otoczenia, by mówiło poprawnie. Taka korekcja pełni rolę oceniającą i w pewnych sytuacjach może być traktowana jako ocena nie tylko mowy, lecz dziecka w ogóle. Na rolę oceny dziecka w rozwoju jąkania wskazał Johnson (1959). W swojej socjogenicznej teorii stwierdza, że istotę problemu stanowi nastawienie osób znaczących z otoczenia dziecka i ich tolerancji wobec tego zjawiska. Zwykle rodzice lub dziadkowie stają się nadmiernie wrażliwi na niepłynności i poprawiają je. Dziecko uświadamia sobie problem i stara się za wszelką cenę mówić płynnie.

Według Bloodsteina (1981) rozwój zaburzeń płynności mówienia przechodzi przez cztery formy:

- fazę epizodycznej niepłynności,
- fazę zaburzeń chronicznych i zwiększających się w stanach napięcia emocjonalnego,

– fazę uzależniającą wielkość zaburzenia od sytuacji (jeszcze bez unikania mówienia),

– fazę unikania pewnych słów, osób i sytuacji.

Van Riper (1963, 1973, 1982) stwierdza, że jąkanie zanim osiągnie swoją ostateczną postać wykazuje znaczne oscylacje rozwojowe. Opisuje pewne charakterystyczne dla poszczególnych stadiów jąkania objawy ujmując je w cztery drogi, którymi może podążać dziecko. Na pierwszej drodze dziecko jest nieświadome nie płynności w mówieniu, nie jest sfrustrowane z tego powodu. Bez wysiłku powtarza lub wydłuża głoskę lub sylabę początkową słowa. Na drugiej drodze powtórzenia i przedłużanie stają się silniejsze i bardziej nieregularne. Dziecko odczuwa, że nie może czegoś powiedzieć, ale nie jest jeszcze świadome nie płynności mówienia. Na trzeciej drodze uświadamia sobie trudności i jest sfrustrowane. Zaczyna unikać trudnych słów z obawy, że powie je nie płynnie. W walce z jąkanem zatrzymuje naturalny oddech, zaciska wiązadła głosowe, nie może opanować drżenia lub napięcia narządów artykulacyjnych. Na czwartej drodze swojej podróży do jąkania prezentuje lęk i unikanie mówienia na skutek doświadczonych kar i frustracji. Wzrasta u jąkającego się lęk i obrona przed pewnymi dźwiękami, wyrazami, osobami i sytuacjami. Występują wyraźne trudności w porozumiewaniu się, a także poczucie winy za nieudaną rozmowę. Przeżywa wrogość do siebie i słuchaczy. Zmiany w jego osobowości wyzwalaają wtórne jąkanie jako zaburzenie samoutrwalające się i samozasilające się z rzadko pojawiającymi się okresami swoistej poprawy.

Starkweather (1990) uwzględniając jąkanie i jego rozwój stworzył użyteczny w terapii nie płynności mówienia u dzieci model wagi z szalkami. Na lewej szalce ułożone są klocki przedstawiające możliwości dziecka związane z nabywaniem języka i z ogólnym jego rozwojem. Na prawej umieszczone są odważniki prezentujące wymagania stawiane dziecku przez nie samo i te narzucone przez otoczenie. Warunki dobrego rozwoju mowy to równowaga lewej i prawej szali. Możliwości dziecka są skorelowane z wymaganiami środowiska. W terapii logopedycznej bierzemy pod uwagę następujące fakty:

1. Każde dziecko jest inne. Celem terapii powinno być stworzenie schematu indywidualnej wagi, czyli oszacowanie czynników wpływających na płynność mówienia każdego dziecka oddzielnie.

2. Liczba klocków na lewej szali zwiększa się w miarę rozwoju dziecka. Nie powinniśmy sami dokładać „obciążenia” ani zmuszać dziecka, aby to czyniło. Natomiast możemy pomóc dziecku wykorzystywać te klocki we właściwy sposób.

3. Prawa strona wagi związana jest głównie ze środowiskiem. W przeciwieństwie do lewej strony, łatwiej ją podnieść zmieniając jej obciążenie. Możemy wpływać na rodzinę i zmieniać warunki, w jakich dziecko mówi oraz dyskutować o problemach dziecka z jego opiekunami czy nauczycielami.

Tak więc terapia logopedyczna skierowana będzie na środowisko rodzinne, przedszkolne, szkolne (Kostecka 2000). Pomoc logopedyczna obejmuje: poradnictwo, terapię rodziny, współpracę logopedy z przedszkolem i szkołą. Te pośrednie oddziaływania będą miały na celu zapobieganie negatywnym relacjom emocjonalnym związanym z mówieniem oraz otoczenie dziecka szeroko pojętą profilaktyką. Dziecko powinno być włączone we wszystkie sytuacje wymagające mówienia. Bardzo atrakcyjne dla dziecka jękającego się są grupowe zajęcia terapeutyczne, gdzie prowadzi się różne ćwiczenia mające na celu rozwinięcie płynności mówienia.

Jąkanie dorosłych stanowi odrębny problem. Różni się ono zasadniczo od jąkania dzieci zarówno zespołem objawów, jak i sytuacją psychologiczną pacjenta. Istotę problemu stanowi poczucie, czy jest się osobą jękającą, czy nie (Byrne 1989). Wśród dorosłych obserwuje się dużą rozpiętość objawów i zmienną częstotliwość, z jaką się one manifestują. U jednego pacjenta mogą występować tylko powtórzenia, u innego przeciąganie i bloki mowy. Nawet chroniczny pacjent może mieć okresy naturalnego, płynnego mówienia lub okresy przejściowego zaburzenia. Zależy to od wielu czynników, także zewnętrznych, np. od konkretnej sytuacji, odbiorcy czy wielkości grupy słuchaczy.

U wielu dorosłych pacjentów jąkanie występuje jedynie wówczas, gdy znajdują się wśród bliskich sobie ludzi, wśród których swobodnie się czują. Dzieje się to tak dlatego, że kontrola nad płynnością mówienia osiągnięta w wyniku terapii dokonuje się łatwiej w warunkach pewnego napięcia emocjonalnego. Wielu dorosłych nie jąka się w sytuacjach odgrywania ról w czasie terapii, a także mówiąc językiem obcym czy zmienionym głosem.

Świadomość trudności w mówieniu sprawia, że dorośli unikają kontaktu wzrokowego ze słuchaczami – bardzo istotnego czynnika psychologicznego. Zespół objawów psychologicznych jest niejednorodny u poszczególnych pacjentów. Zależy on nie tylko od obserwowanych obiektywnie objawów, ale i od subiektywnego odczucia przez dorosłego jękającego się rozmiaru własnej trudności. W tej sytuacji ze względu na dobór odpowiedniego postępowania terapeutycznego uzasadnione wydaje się badanie nastawienia pacjenta do komunikacji słownej.

Terapia dorosłych będzie polegała na określeniu wszystkich jawnych i ukrytych objawów zaburzenia manifestowanych przez pacjenta. Jeżeli ustalili się, że jękanie jest wtórnym objawem głębszych zaburzeń osobowości – terapia powinna mieć na celu w pierwszej kolejności usunięcie przyczyny zasadniczej. Dla innej grupy pacjentów decydujące będzie usunięcie lęku przed mówieniem i ćwiczenia kształtujące płynność mówienia (Kostecka 2004).

Terapię osób jękakających się można poprowadzić stosując różne sposoby uczące płynnego mówienia, np. technika połączona ze słyszeniem własnego głosu w postaci echa, powolna przedłużona mowa przez przeciąganie na samogłoskach, używanie właściwych pauz w mówieniu, stosowanie miękkiego kontaktu narządów artykulacyjnych, techniki swobodnego przepływu powietrza, koordynacja oddechu, fonacji i artykulacji w metodzie (Engiel 1976, 1977) i in.

Dla osób, które będą musiały nauczyć się panowania nad uczuciami towarzyszącymi mówieniu oraz zdobyć umiejętność przewycięzania jękania, logopeda może zastosować metodę van Ripera (1973, 1982) i zalecenia Sheehana (1970). Van Riper (1973, 1982) opisując swą metodę ujmuje ją w cztery fazy: identyfikacji, odczulania, modyfikacji i utrwalania. Celem terapii nie jest uzyskanie stuprocentowej płynności, ale takiej, która będzie satysfakcjonująca dla pacjenta. Terapia zaplanowana przez logopedę – według powyższych faz i w oparciu o konkretne indywidualne objawy pacjenta – przewiduje pewien proces rozwoju płynności mówienia. Pierwsza faza zawiera różne ćwiczenia indywidualne lub grupowe, na których pacjent poznaje i identyfikuje się ze swoimi problemami w mówieniu. Druga faza zmierza do zredukowania lęku przed mówieniem, złagodzenia uczuć towarzyszących mówieniu, takich jak: poczucie winy, zakłopotanie, gniew i in. Celem tego etapu jest zaakceptowanie zaburzenia przez osobę jękakającą się. Faza modyfikacji obejmuje różne sposoby przewycięzania zaburzenia i dotyczy samego procesu jękania. Zachęca się pacjenta do łagodnego przechodzenia przez bloki w sposób mniej napięty oraz zaprzestanie unikania trudnych słów w różnych sytuacjach i w obecności różnych osób. Jeżeli nie możemy uzyskać całkowitej płynności akceptujemy „płynne jękanie się” (Byrne 1989). Uczymy pacjenta, że mimo zacinania się powinien mówić dalej to, co chce powiedzieć, bez zatrzymywania się i cofania. W fazie utrwalania jękakający się w sposób samodzielny uczy się używania nowych, świeżo wypracowanych sposobów przewycięzania jękania. Musi on stale uważać, aby zwalczony lęk nie powrócił i stare nawyki nie pojawiły się na nowo.

Istotnym uzupełnieniem metody van Ripera może być podejście psychologiczne Józefa Sheehana. Uważa on, że terapia powinna rozpocząć się od pracy nad ukrytymi objawami jąkania, a nie od usuwania objawów jawnych. Logopeda powinien pomóc pacjentowi w redukcji potrzeby unikania jąkania, w zaakceptowaniu zaburzenia oraz w stosowaniu bardziej naturalnego frazowania i pauzowania. Autor sugeruje stosowanie psychoterapii zawierającej działania o charakterze leczniczym w stosunku do trudności natury psychicznej. Najlepiej jest jednak wtedy, gdy logopeda łączy terapię mowy z oddziaływaniem psychoterapeutycznym skierowanym na wadliwą postawę i niewłaściwe odczucia dotyczące mówienia (Kostecka 2004).

Istotne znaczenie w terapii niektórych pacjentów jąkających się ma relaksacja. Zaobserwowano, że gdy jąkający się jest rozluźniony (zrelaksowany), wtedy częstość i ciężkość jego zaburzenia zmniejszają się. Ponadto jąkający, mając zwiększoną kontrolę nad napięciem mięśni biorących udział w mówieniu, mogą łatwiej skoncentrować się na danej technice uczącej płynności mówienia i stosowaniu jej w życiu codziennym.

Istnieje wiele programów, metod i technik terapii osób jąkających się. Jednak decyzja o podjęciu odpowiedniego działania powinna być pozostawiona logopedzie, który po wnikliwej diagnozie podejmie odpowiednie kroki postępowania terapeutycznego i będzie czuwał nad prawidłowym procesem kształtowania się płynności mówienia oraz dokonaniem zmiany postawy osoby jąkającej się wobec prezentowanego zaburzenia.

BIBLIOGRAFIA

- B l o o d s t e i n O. (1981). *A Handbook on Stuttering*. Chicago: National Easter Seal Society for Crippled Children and Adults.
- B r a n d f o r d D. (1970). Cluttering. *Folia Phoniatica* 1970, No 4-5.
- B y r n e R. (1989). *Pomówmy o zacinaniu*. Warszawa: PZWL.
- D a l t o n P., H a r d c a s t l e W. J. (1977). *Disorders of Fluency and their Effects on Communication*. London: Edward Arnold (Publishers) Ltd.
- E n g i e l Z. (1976). Próba opracowania systemu ćwiczeń logopedycznych w rehabilitacji jąkania. Cz. I. *Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne*, 6.
- E n g i e l Z. (1977). Próba opracowania systemu ćwiczeń logopedycznych w rehabilitacji jąkania. Cz. II. *Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne*, 3.
- E s s e n O. von (1967). *Fonetyka ogólna i stosowana*. Warszawa: PWN.

- G a ł k o w s k i T., J a s t r z ę b o w s k a G. (1999). *Logopedia*. Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- G u i t a r B., P e t e r s J. T. (1985). Stuttering: An Integratin of Contemporary Therapies. *Published by Speech Foundation of America*, No 16.
- G r a b i a s S. (1994). *Język w zachowaniach społecznych*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- J o h n s o n W. (1959). *The Onset of Stuttering*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- K o n e c z n a H. (1965). *Charakterystyka fonetyczna języka polskiego na tle innych języków słowiańskich*, Warszawa.
- K o s t e c k a W. (1999). Pomoc logopedyczna dziecku jąkającemu się. *Logopedia* 26, 66-85.
- K o s t e c k a W. (2000). *Dziecko i jąkanie. Poradnik dla rodziców, nauczycieli i logopedów*. Lublin: Wyd. PTL.
- K o s t e c k a W. (2000). Model „góry lodowej” w opisie objawów jąkania u młodzieży i osób dorosłych. *Biuletyn Logopedyczny* 3, 45-47.
- K o s t e c k a W. (2001). Ramowy program diagnozy i terapii wczesnej niepełności. *Biuletyn Logopedyczny* 2 (5), 37-40.
- K o s t e c k a W. (2004). *Zintegrowany program terapii osób jąkających się*. Lublin: AWH Antoni Dudek.
- Ł u r i a A. R. (1976). *Podstawy neuropsychologii*. Tłum. D. Kądziaława. Warszawa: PZWL.
- R i c h t e r E. (1967). Fizjopatologiczne podłoże jąkania. *Logopedia* 6.
- S h e e h a n J. G. (1970). *Stuttering: Research Therapy*. New York: Harper Row.
- S t a r k w e a t h e r C. W., G o t t w a l d S. R. (1990). The Demands & Capacities Model II: Chiminal Applications. *Journal of Fluency Disorders* 15.
- S t y c z e k I. (1979). *Logopedia*. Warszawa: PWN.
- T a r k o w s k i Z., S m u l M. (1988). *Gielkot*. Warszawa: Wyd. ZSL.
- T a r k o w s k i Z. (1999). *Jąkanie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- V a n R i p e r Ch. (1963). *Speech Correction: Principles and Methods 4th edn*. New Jersey: Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- V a n R i p e r Ch. (1973). *The Treatment Of Stuttering*. New Jersey: Prentice-Hall Englewood Cliffs.
- V a n R i p e r Ch. (1982). *The Nature of Stuttering*. New Jersey: Prentice-Hall Englewood Cliffs.
- W a l s h K. (1998). *Neuropsychologia kliniczna*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- W e i s s D. A. (1964). *Cluttering*. Prentice-Hall Foundation of Speech Pathology Series.
- W i e r z c h o w s k a B. (1971). *Wymowa polska*. Warszawa: PZWS.
- W o ź n i a k T. (1994). *Pojęcie jąkania a metodyka postępowania logopedycznego*, w: *Opuscula Logopaedica*, Lublin: Wyd. UMCS, 313-319.

DISTURBANCES IN SPEECH FLUENCY AND TRENDS IN SPEECH-THERAPY

S u m m a r y

Research on disturbances in speech fluency and effect of these disturbances on inter-human communication make it possible to get a more complete knowledge about the mechanisms of speech. Results of this kind of investigations have also a practical function, as they allow defining the principles of prophylaxis and therapy in people who have trouble with speaking.

It should be noted that fluency of speech is expressed in the skill of connecting particular elements of an utterance, in a proper use of pauses, adequate rhythm and pace of speaking. Efficiency in connecting particular elements of an utterance comprises segmental and supra-segmental organization of the phonic sequence containing four levels. On the articulatory-phonetic level disturbances of fluency of speech are manifested in prolongation, omitting and repeating sounds and syllables. In this situation the speech therapist makes the decision concerning the kind of proceedings. Logotherapy, psychotherapy of pharmacological treatment are the most frequent methods. Logopedic proceedings aim at determining the proper pace of speaking, removing the difficulties in reading, developing musical capabilities, enriching the active vocabulary or broadening the concentration of attention. Therapy in people who stutter may be conducted by using various ways of teaching fluent speech. Relaxation is significant in therapy. When a stuttering person is relaxed the gravity of his disturbance decreases.

There are many programs, methods and techniques of therapy in stuttering persons. However, the decision about starting a proper action should be made after a thorough diagnosis. Then proper steps in therapy may be taken.

Translated by Tadeusz Karłowicz

Słowa kluczowe: płynność mowy, jąkanie, gielkot, diagnoza, terapia, relaksacja.

Key words: speech fluency, stuttering, cluttering, diagnosis, therapy, relaxation.