

Forum Lingwistyczne

nr 10
2022



UNIWERSYTET ŚLĄSKI
WYDAWNICTWO



Forum **Lingwistyczne**

nr 10
2022

INTERDYSCYPLINARNOŚĆ LOGOPEDII
I WSPÓŁCZESNE TRENDY W NAUKACH
O KOMUNIKACJI I JEJ ZABURZENIACH

STUDIA

VARIA

POLEMIKI



**Instytut Językoznawstwa
Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach**

Redakcja:

Redaktor naczelna – Magdalena Pastuch
Zastępca redaktor naczelnej – Katarzyna Sujkowska-Sobisz
Sekretarz naukowa – Karolina Lisczyk

Komitet Redakcyjny:

Aleksandra Janowska, Iwona Loewe, Mirosława Siuciak, Jacek Warchała, Katarzyna Węsierska

Redakcja naukowa numeru:

Katarzyna Węsierska, Monika Pakura

Recenzenci:

Lista wszystkich recenzentów jest publikowana raz w roku na stronie internetowej: <https://www.journals.us.edu.pl/index.php/FL>

Rada naukowa:

Nam-Shin Cho (Yonsei University, Seul), Mario Enrietti (Università degli Studi di Torino), Jewgenija Karpilowska (Ukraińska Akademia Nauk, Kijów), Stanisław Koziara (Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie), Aleksander Łukaszaniec (Białoruska Akademia Nauk, Mińsk), Ewa Malinowska (Uniwersytet Opolski), Swietłana Mengel (Uniwersytet Marcina Lutra w Halle), Galina Niezszymienko (Rosyjska Akademia Nauk, Moskwa), Radosław Pawelec (Uniwersytet Warszawski), Ewa Sławek (Uniwersytet Śląski w Katowicach), Jan Sokołowski (Uniwersytet Wrocławski), Irena Stramljič Breznik (Uniwersytet w Mariborze, Słowenia), Ewa Teodorowicz-Hellman (Uniwersytet w Sztokholmie), Martine Vanryckeghem (University of Central Florida, USA), Piotr Wierchoń (Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu), Maria Wojtak (Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin)

Redakcja:

Instytut Językoznawstwa Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach
ul. Uniwersytecka 4, 40-007 Katowice
tel. +48 32 200 95 15, ij-k.wh@us.edu.pl
forumlingwistyczne@us.edu.pl, <https://www.journals.us.edu.pl/index.php/FL>

Wersją referencyjną czasopisma od 2019 roku jest wydanie elektroniczne.
Wcześniej czasopismo ukazywało się w wersji drukowanej z numerem ISSN 2449-9587.
W formie elektronicznej publikacja dostępna jest w zasobach:

Central and Eastern European Online Library
(www.ceeol.com)

Open Journal Systems
(<http://www.journals.us.edu.pl>)

The Central European Journal of Social Sciences and Humanities
(<http://cejsh.icm.edu.pl>)

Gold open access

SPIS TREŚCI

STUDIA 1

Kenneth St. Louis, Özlem Öge-Daşdöğen, Lauren E. Johnson, Jennifer G. Litzinger, Lauren E. Myers, Jeremy J. Donai

Relationships between public attitudes toward stuttering and autonomic and subjective indices of anxiety

Agnieszka Płusajska-Otto, Agnieszka Myszka

Rola filmów w kształtowaniu właściwych postaw wobec jąkania. Refleksje z polskiej projekcji filmu *When I stutter*

Kamila Kuros-Kowalska, Natalia Moćko

Postawy społeczne polskich nauczycieli oraz uczniów wobec niepełności mowy

Magdalena Knapiek, Paulina Wójcik-Topór

Diagnoza logopedyczna dzieci w wieku poniemowlęcym z paralizem fałdów głosowych. Studium przypadku

Agata Deckert-Brzezińska, Kamil Brzeziński

Palin PCI – terapia interakcyjna rodzic – dziecko dla jąkających się dzieci w praktyce – studium przypadku

Henriette Langdon, Terry Irvine Saenz

Speech-language pathologists' collaboration with interpreters: How to reach successful outcomes

Maria Fańciszevska

Wykorzystanie metody *Kids' Skill – Dam Radę!* Bena Furmana w terapii dzieci z jąkaniem w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym

VARIA 2

Marta Smykała

Interlinguistische und interdiskursive Kontrastivität am Beispiel der linguistischen Forschung zum Migrationsdiskurs in Polen und in Deutschland

Ewelina Zając

Dziecięce interpretacje związków frazeologicznych z komponentem *głowa*

POLEMIKI 3

Monika Kaźmierczak

Co pacjent może wiedzieć o gielkocie? Kilka refleksji po lekturze książki *Too fast for words. How discovering that I don't stutter but clutter changed my life* Rutgera Wilhelma (Big Time Publishers, Nijmegen 2020, ss. 175, ISBN: 979-86-664-4439-9)

Mirosław Daniel Michalik

Naukowo-terapeutyczne rozprawy o jąkaniu. Uwagi na temat książki *Dialog bez barier – kompleksowa interwencja logopedyczna w jąkaniu*, zredagowanej przez Katarzynę Węsierską i Hildę Sønsterud

Noty o autorkach i autorach

TABLE OF CONTENTS

STUDIES 1

Kenneth St. Louis, Özlem Öge-Daşdöğen, Lauren E. Johnson, Jennifer G. Litzinger, Lauren E. Myers, Jeremy J. Donai

Relationships between public attitudes toward stuttering and autonomic and subjective indices of anxiety

Agnieszka Płusajska-Otto, Agnieszka Myszka

The role of films in shaping appropriate attitudes towards stuttering. Reflections from screenings of the film *When I stutter* in Poland

Kamila Kuros-Kowalska, Natalia Moćko

Social attitudes of Polish teachers and students towards fluency disorders

Magdalena Knappek, Paulina Wójcik-Topór

Speech therapy diagnosis of toddlers with vocal fold paralysis: A case study

Kamil Brzeziński, Agata Deckert-Brzezińska

Palin PCI – Parent-Child Interaction Therapy for stuttering children in practice – a case study

Henriette Langdon, Terry Irvine Saenz

Speech-language pathologists' collaboration with Interpreters: How to reach successful outcomes

Maria Faściszewska

The use of Ben Furman's *Kids' Skills* method in the therapy of stuttering for pre- and early-school age children

VARIA 2

Marta Smykała

Interlinguistic and interdiscursive contrasts as exemplified by linguistic research on migration discourse in Poland and Germany

Ewelina Zając

Children's interpretations of the idiomatic expressions with the *head* component

POLEMICS 3

Monika Kaźmierczak

What can the patient/client know about cluttering? Some reflections on the book by Rutger Wilhelm *Too fast for words. How discovering that I don't stutter but "clutter" changed my life* (Big Time Publishers. Nijmegen 2020, 175 s., ISBN: 979 86 664 4439 9)

Mirosław Daniel Michalik

Scientific-therapeutic dissertations on stuttering. Remarks on the book *Dialog bez barier – kompleksowa interwencja logopedyczna w jąkaniu* [*Dialogue without Barriers – a Comprehensive Speech Therapy Intervention in Stuttering*], edited by Katarzyna Węsierska and Hilda Sønsterud

Notes about the authors

STUDIA

Relationships between public attitudes toward stuttering and autonomic and subjective indices of anxiety

Rola filmów w kształtowaniu właściwych postaw wobec jąkania. Refleksje z polskich projekcji filmu *When I stutter*

Postawy społeczne nauczycieli oraz uczniów szkół polskich wobec niepełności mowy


Diagnoza logopedyczna dzieci w wieku poniemowlęcym z paraliżem fałdów głosowych. Studium przypadku

Palin PCI – terapia interakcyjna rodzic – dziecko dla jąkających się dzieci w praktyce – studium przypadku

Speech-language pathologists' collaboration with interpreters: How to reach successful outcomes

Wykorzystanie metody *Kids' Skill – Dam Radę!* Bena Furmana w terapii dzieci z jąkaniem w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym




Kenneth O. St. Louis
West Virginia University, Morgantown, WV, USA
 <https://orcid.org/0000-0002-9727-9348>
ken.stlouis@mail.wvu.edu


Forum Lingwistyczne
2022, nr 10, s. 1–34
ISSN 2450-2758 (wersja elektroniczna)




DOI: <http://doi.org/10.31261/FL.2022.10.01>


zgłoszone: 5.03.2021
zaakceptowane: 18.05.2021
opublikowane: 9.02.2022

Özlem Öge-Daşdöğen
İstinye University, Faculty of Health Sciences,
Department of Speech and Language Pathology,
İstanbul, Turkey
 <https://orcid.org/0000-0002-8954-0980>
oge.ozlem@gmail.com

Lauren E. Johnson
West Virginia University, Morgantown, WV, USA
 <https://orcid.org/0000-0002-3853-250X>
lauren1191995@aol.com

Jennifer G. Litzinger
Thompson School District, Loveland, CO, USA
 <https://orcid.org/0000-0002-0117-9714>
jchichilla14@gmail.com

Lauren E. Myers
West Virginia University, Morgantown, WV, USA
 <https://orcid.org/0000-0001-5450-9839>
laurenmy15@gmail.com

Jeremy J. Donai
Change to Texas Tech University Health Sciences Center,
Texas, USA
 <https://orcid.org/0000-0002-3822-8735>
jedonai@mail.ttuhs.edu

Relationships between public attitudes toward stuttering and autonomic and subjective indices of anxiety

Relacje między postawami wobec jąkania a autonomicznymi i subiektywnymi wskaźnikami lęku

Abstract

Introduction: Research has shown that adults who stutter have reacted with increased skin conductance and lower heart rates when confronted with videos of severe stuttering compared to videos of fluent speech. It has not been clearly established how these physiological indices or autonomic arousals are related to stuttering attitudes. The current study sought to compare physiological and psychometric measures of anxiety with stuttering attitudes.

Method: In a multiple-baseline design, 18 normal hearing university students listened to short samples of stuttered, masked, and normally fluent speech while their skin conductance and heart rate variability were being monitored by an Empatica E4 wristband device. Pre-experimentally and after each speech condition, they rated their comfort level on a 1–9 scale. Participants filled out the *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)* (Spielberger, 1977) prior to the physiological measures and the short

Kenneth St. Louis, Özlem Öge-Daşdöğen, Lauren E. Johnson, Jennifer G. Litzinger, Lauren E. Myers, Jeremy J. Donai

state anxiety inventory afterwards. At the end, they filled out the *Public Opinion Survey of Human Attributes–Stuttering (POSHA–S)*.

Results: No significant main effects were observed for either autonomic measure for the three speech conditions, but interactions were significant. Individual participant analysis revealed that every respondent reacted differently to the skin conductance or heart rate variability. By contrast, mean subjective comfort ratings were more often lower after hearing stuttered or masked speech and higher after hearing fluent speech. Correlations between all the measures and the *POSHA–S* summary scores revealed little relationship between the autonomic measures and stuttering attitudes, but higher levels of state or trait anxiety were associated with more positive beliefs about people who stutter. In contrast, lower levels of anxiety tended to be associated with more positive self-reactions to those who stutter.

Conclusion: This study did not replicate previous reports of heightened autonomic reactions to stuttering among nonstuttering adults, although psychometric measures suggest a relationship between anxiety and stuttering attitudes. Further research should explore these relationships, especially with young children.

Key words: stuttering attitudes; anxiety; autonomic measures; psychometric measures; *POSHA–S*

Abstrakt

Wprowadzenie: Badania wykazały, że dorosłe osoby jękające się zareagowały podwyższeniem przewodnictwa skóry i obniżeniem tętna podczas nagrań filmów prezentujących silne jękanie w porównaniu z filmami z płynną mową. Nie ustalono jednoznacznie, w jaki sposób te wskaźniki fizjologiczne lub pobudzenia autonomiczne są powiązane z postawami wobec jękania. Obecne badanie miało na celu porównanie fizjologicznych i psychometrycznych miar lęku z postawami wobec jękania.

Metoda: W badaniu eksperymentalnym, z wykorzystaniem pomiaru kilku poziomów wyjściowych, 18 normalnie słyszących studentów słuchało krótkich próbek mowy jękającej się, zamaskowanej i mowy normatywnie płynnej, ich przewodnictwo w skórze i zmienność rytmu serca były wtedy monitorowane przez urządzenie zamocowane na nadgarstku (typ Empatica E4). Uczestnicy oceniali przed eksperymentem oraz po każdym nagraniu (mowy z jękaniami i płynnej) swój poziom komfortu w skali od 1 do 9. Przed pomiarami fizjologicznymi uczestnicy wypełnili *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI)* (Spielberger, 1977), a następnie krótki inwentarz lęku stanowego. Na koniec wypełnili *Ankieta Opinii Publicznej o Ludzkich Atrybutach – Jękanie (POSHA–S)*.

Wyniki: Nie zaobserwowano żadnych znaczących głównych efektów dla żadnej miary autonomicznej dla trzech stanów mowy, ale interakcje były znaczące. Indywidualna analiza uczestników wykazała, że każdy respondent inaczej reagował na przewodnictwo skóry czy zmienność rytmu serca. Natomiast średnie oceny komfortu subiektywnego były częściej niższe po usłyszeniu mowy z jękaniami lub zamaskowanej, a wyższe po usłyszeniu mowy płynnej. Korelacje między wszystkimi pomiarami a wynikami sumarycznymi *POSHA–S* ujawniły niewielki związek między pomiarami autonomicznymi a postawami wobec jękania, ale wyższy poziom lęku jako stanu lub cechy wiązał się z bardziej pozytywnymi przekonaniem na temat osób jękających się. W przeciwieństwie do tego, niższy poziom lęku wiązał się z bardziej pozytywnymi reakcjami własnymi u osób jękających się.

Wnioski: Badanie to nie potwierdziło wcześniejszych doniesień o nasilonych autonomicznych reakcjach na jękanie wśród niejękających się osób dorosłych, chociaż pomiary psychometryczne sugerują związek między lękiem a postawami wobec jękania. Dalsze badania powinny eksplorować te relacje, zwłaszcza u małych dzieci.

Słowa kluczowe: postawy wobec jękania, lęk, pomiary autonomiczne, pomiary psychometryczne, *POSHA–S*

1. Introduction

1.1. Attitudes

Despite the lack of universal agreement, one of the more widely accepted conceptions of “attitudes” holds that there are affective (emotional), behavioral, and cognitive components, or ABCs (Allport, 1954). Attitudes have been measured in numerous ways, but two that are well known are implicit and explicit (Bhoner & Dickel, 2011). Implicit attitudes focus on emotional and cognitive domains that often operate under the radar of one’s awareness while explicit attitudes can comprise all three components (affective, behavioral, and cognitive) and are typically ascertained through thoughtful self-report.

A large body of research deals with public attitudes toward stuttering, primarily measured as explicit beliefs or reactions, with the overarching goal of ameliorating negative attitudes such that the “attitude environments” in which those who stutter grow up and live are maximally supportive and empathetic (St. Louis, 2015). This research has explored myriad factors that affect, or are related to, negative public attitudes, such as demographic, geographic, linguistic, and other variables (Hughes, 2015).

Unquestionably, the cognitive component of attitudes toward stuttering has received the most research attention. The most widely used instruments have been lists of bipolar adjectives, also known as semantic differential scales, regarding personality or other characteristics of stuttering persons (e.g., aggressive—submissive) (Woods & Williams, 1976) or questions about the nature of stuttering or what a person who stutters might think, feel, or do (e.g., “People who stutter are shy and reserved”, “Stuttering is caused by psychological problems”, or “People who stutter should not seek work that requires speaking to the public”) (St. Louis, 2011).

Considerable—but less—emphasis has been placed on measuring the emotional aspects of the nonstuttering individuals whose attitudes were being measured. Examples of questions about how one feels when talking with a stuttering person would include “If I were talking to a person who stutters, I would feel comfortable” or “I would be worried or concerned if my neighbor stuttered” (St. Louis, 2011).

No doubt, the least emphasis has been on the behavioral component of stuttering attitudes. Ratings about what one would actually do when confronting stuttering would include such items as “If I were talking with a person who stutters, I would tell the person to »Slow down«” (St. Louis, 2011).

1.2. Measuring emotion in stuttering

Investigations of emotions in general have utilized subjective, physiological, and behavioral methods. Subjective data collection can obviously be from verbal self-report but typically involves paper-and-pencil assessment tools from which participants’ feelings to various stimuli are inferred. One widely used instrument is the *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*, which measures both “state” (currently felt) and “trait” (habitually felt) anxiety (Spielberger, 1977). In addition to subjective response evaluation, physiological, and neuroimaging methods measure participants’ emotional processes via autonomic nervous system

Kenneth St. Louis, Özlem Öge-Daşdöğen, Lauren E. Johnson, Jennifer G. Litzinger, Lauren E. Myers, Jeremy J. Donai

activation and brain states. Examples include electrodermal, cardiovascular, and pupillary response measures (Mauss & Robinson, 2009).

It is widely known that emotional responses such as anxiety, fear, anger, and disgust increase physiological arousal, which is modulated by the autonomic nervous system (Kreibig, 2010; Levenson, 1992; Sinha, Lovallo, & Parsons, 1992). The autonomic nervous system is divided into the sympathetic and parasympathetic components. These antagonistic subsystems mediate both electrodermal activity and heart rate variability. Autonomic markers such as skin conductance, heart rate, and blood pressure are considered objective indicators of emotional processes (Boucsein, 2012).

Aberrant patterns of speech fluency in stuttering have been reported to elicit negative emotional responses and negative attitudes in fluent listeners toward stuttering (Guntupalli, Everhart, Kalinowski, Nanjundeswaran, & Saltuklaroglu, 2007; Walden & Lesner, 2018). Such emotional reactions in the nonstuttering population could be the genesis of negative attitudes that, in turn, can affect peers who stutter in terms of their self-images, social relationships, academic and/or vocational careers, and their psychological states (Blumgart, Tran & Craig, 2010; Plexico, Hamilton, Hawkins, & Erath, 2019; Tran, Blumgart, & Craig, 2011).

A series of studies have shown that when fluent speakers were exposed to video clips of stuttering versus video clips of fluent speakers, their skin conductance levels were significantly elevated, and their heart rates were lowered (Guntupalli, Kalinowski, Nanjundeswaran, Saltuklaroglu, & Everhart, 2006; Guntupalli et al., 2007; Guntupalli, Nanjundeswaran, Dayalu, & Kalinowski, 2012; Zhang, Kalinowski, Saltuklaroglu, & Hudock, 2010). As well as collecting physiological data, these researchers obtained subjective behavioral responses via self-assessment scales. The results showed that participants exposed to video clips of stuttering generally rated their feelings as highly aroused and negatively valent.

Most of these studies on attitudes toward stuttering are based on watching videos of stuttered speech. Some studies, however, have presented listeners with audio recorded speech samples with stuttering and evaluated listeners' attitudes only with self-report scales (e.g., Allard & Williams, 2008; Amick, Chang, Wade & McAuley, 2017).

2. What are the origins of public attitudes toward stuttering?

In contrast to what stuttering attitudes consist of in terms of their ABCs, relatively little research emphasis has been directed to understanding where these attitudes come from in the first place. How, for example, does a mentally stable person with a healthy personality come to believe that stuttering is due to a psychological problem? Why do most people conclude that stuttering would likely be unacceptable, or at least an unnecessary burden, in such professions as teaching or arguing cases in front of a jury? Implicit attitudes might uncover a few of these reasons (Walden & Lesner, 2018), but most likely would not elucidate exactly where they came from.

2.1. Listener role when the speaker does not communicate as expected

To address the issue of the origin of negative attitudes toward stuttering, it is instructive to consider the acts of normal speaking and listening in what speech scientists (Denes & Pinson, 1963) many years ago termed the “speech chain”. In any natural language, detailed rules govern the expected phonological, syntactic, semantic, and pragmatic nature of what is spoken both for the speaker and for the listener. When something goes awry in any of those processes, the speech chain is broken or compromised. And when that happens as a conversation partner is listening to another person speaking, the listener will proceed through a partly conscious and partly unconscious thought process about what went wrong. With a misarticulation of one phoneme, such as /r/, most listeners will quickly conclude that the speaker probably cannot produce that sound, and then proceed to make the appropriate adjustments in their own phonological encoding in order not to misunderstand the speaker.

With stuttering, the weak link in the speech chain can be minor, as in a speaker producing a few more than expected sound or syllable repetitions. And for some listeners, this might not be perceived as a problem at all. However, when the speaker produces long sound or syllable repetitions, tense prolongations or complete blocks (stoppages), accompanied by auditory evidence of tension and struggle, and even visual aspects of facial grimaces or atypical body movements, the listener is obliged to make dramatic adjustments in the decoding of the intended message. In the process, it is almost inevitable that listener hypotheses are generated to explain this highly atypical speaking pattern and that emotions emerge that are unrelated to the speaker’s intended message. One of the thoughts that nearly always comes to the listener’s mind is that of not knowing how to react to a speaker’s atypical speech. Simultaneously, it is reasonable to assume that the listener would feel discomfort or a number of related emotions, such as anxiety, frustration, annoyance, helplessness, or even disgust (Panico, Healey, Brower, & Susca, 2005; Park, Schaller, & Crandall, 2007; van Leeuwen, Hunt, & Park, 2015). These emotions would result from an activation of the sympathetic branch of the autonomic nervous system that “kicks in” for “fight, flight, or freeze” reactions.

In fact, the overwhelming majority of nonstuttering people do not react overtly and strongly when confronted with most instances of stuttering. Presumably, they have learned to temper their reactions and typically use the hypotheses they may have generated or adopted from others to “explain” the stuttering in their minds. They may look surprised or make a non-humorous smile and then wait anxiously while the speaker works his way through a stuttered message, trying to appear as unconcerned as possible. But subtle, presumably unconscious, changes do occur in listeners’ behavior when confronted with stuttered speech. Bowers, Crawcour, Saltuklaroglu, & Kalinowski (2010) documented that listeners’ eyes were more likely to fixate on a fluent speaker’s eyes when fluent, but more likely to avert to the same speaker’s nose when he stuttered. White and Collins (1984) advanced the notion that nonstuttering people default to those few times when they, themselves, were “stuttering”, usually when nervous, and thereby assume that people who stutter are always nervous. Extending this argument, MacKinnon, Hall, and Macintyre (2007) advanced the “anchoring-adjustment” hypothesis for formation of the stuttering stereotype, that is, the view that those who stutter are regarded as nervous, shy, introverted, and so

Kenneth St. Louis, Özlem Öge-Daşdöğen, Lauren E. Johnson, Jennifer G. Litzinger, Lauren E. Myers, Jeremy J. Donai

on. People anchor their stereotypes first in their own experiences but then adjust them based on what they know or learn about the targets of their stereotypes later.

2.2. Development of stuttering attitudes in children

Until recently, it was assumed that young children would not have negative reactions to stuttering but would learn these negative reactions from parents or older children. That turned out *not* to be the case in explicit attitude measures. Weidner, St. Louis, Burgess, and LeMasters (2015) found that preschoolers had more negative attitudes toward stuttering than did kindergarten children. The preschoolers' only experience with stuttering prior to an orally administered instrument was a 1.5 min cartoon video featuring two children stuttering as they talked about neutral topics. After responding to the questionnaire, none of the preschoolers were able to give any semblance of a description or definition of stuttering (St. Louis et al., 2018). The results for American preschoolers were replicated in remarkably similar ratings by Turkish preschoolers in their language (Weidner, St. Louis, Nakıscı, & Özdemir, 2017). Further, kindergarten through fifth or sixth grade children from the US, and later from Bosnia and Herzegovina, showed a pattern of increasingly more positive attitudes as they got older (Glover, St. Louis & Weidner, 2019; Weidner, Junuzović-Žunić, & St. Louis, 2020). Their parents' attitudes were stable in both studies, and the parents' level of positivity was only approached by the oldest children in the fifth or sixth grades. These results were consistent with an earlier study in Turkey that showed sixth graders' stuttering attitudes to be nearly identical to the attitudes of their parents, grandparents, and neighbors (Özdemir, St. Louis, & Topbaş, 2011). If unconscious, sympathetic autonomic reactions to the stuttering video had occurred in the Weidner et al. (2015), Weidner et al. (2017), Glover et al. (2019, and Weidner et al. (2020) studies, we assume that they would have occurred most dramatically in the youngest children, given that their stuttering attitudes were the most negative.

3. Issues in measurement of public attitudes

The current study sought to further clarify the relationship between measured attitudes toward stuttering and emotions or autonomic responses elicited by actual stuttering. In the process, it would be an attempt to replicate the findings of Guntupalli et al. (2006, 2007, 2012) of autonomic arousal in response to stuttered speech in adults. Before proceeding to the purpose and methodology, the important issue of variability must be considered.

Clearly, stuttering can be highly variable, as can individuals who stutter (Tichenor & Yaruss, 2021; Van Riper, 1971). Similarly, it has been shown that attitudes toward stuttering can be highly variable (Hughes, 2015; St. Louis, 2015). Some of the sources of variability in the public's attitudes toward stuttering are relevant to this study. One's experience with stuttering would almost certainly be related to one or more unique individuals who stutter with whom one has interacted. Those could be siblings, parents, relatives, close friends, acquaintances, or strangers. Each stuttering individual would make a specific impression on the person that would affect their attitude (St. Louis, Kuhn, & Lytwak, 2015). If the public is to rate their ABCs of stuttering attitudes without—or even to some extent

with—prior exposure to a stuttering individual, what they know and do not know about stuttering will no doubt come into play. If a definition or description of stuttering were given beforehand, respondents' attitudes could also be affected positively or negatively. If nonstuttering people are exposed to an actual model of stuttering (video, audio, or actual person), the speaker's stuttering symptoms and severity would likely affect group or individual attitudes. This would very likely be the case if the exemplar of stuttering was associated with accessory or secondary behaviors such as jaw tightening, head nodding, or facial grimaces. It is reasonable to further assume that viewing and listening to the speech of a person with such accessory behaviors might evoke greater emotional arousal than if listeners were exposed to the auditory stuttering symptoms only. Additionally, a stuttering speaker's accent, language content, vocal pitch and loudness, articulation, accent, prosody, and facial expressions could also affect a listener's stuttering attitudes, as could the speaker's gender, race, or cultural familiarity. And, finally, if attitudes were to be compared across different languages, all the differences inherent in different linguistic styles and perhaps even word order could be sources of variability.

Research methods have dealt with such variability in different ways. For a generation, nearly all investigators of stuttering attitudes have subjected group samples to inferential statistical analysis of quantitative results with the purpose of generalizing to various groups making up the general public. In all of these studies, measures such as standard deviations are taken as indices of variability and accounted for by conventional limits that determine statistical significance. An almost universally accepted assumption in these studies is that in the face of individual participant variability, even wide variability, the preponderance of participants will respond or react similarly enough to justify mean values as being regarded as valid indices of group trends (Babbie, 2021).

In contrast, a small but growing number of investigations have employed qualitative methods to understand a few individuals rather than a population. Using guided interviews, investigators have sought to bore down further into individual reactions to stuttering in order to root out some of the sources of variability that would not be apparent in group studies (e.g., Babbie, 2021; Hughes & Strugalla, 2015; Panico et al., 2005).

Another infrequently used approach currently is the so-called single-subject research method, derived from behavioral research that was often guided by operant procedures to change behaviors (Skinner, 1957). It typically employs only a few participants but uses a longitudinal strategy of multiple baselines and treatments (e.g., St. Louis & Martin, 1978). In pure single-subject research, like qualitative research, the intent is not to generalize to a population but to describe and document in detail how individuals may similarly or differently respond to the same experimental conditions. We submit, however, if a sufficient number of participants is included, and if the experimental conditions are presented systematically, multiple baseline data can be analyzed not only in terms of individual responses to a variety of experimental conditions, but also as group quantitative data. Such a strategy was utilized in the current study.

4. Purpose

The purpose of this investigation was to determine the relationship between public attitudes toward stuttering and anxiety, considering both one's subjective anxiety levels and one's autonomic arousal resulting from exposure to severe stuttering. Two research questions guided the design, data analysis, and organization of results: (a) As a group and as individuals, to what extent do young adults react autonomically and cognitively to stuttered speech as compared to difficult-to-understand and normal speech? (b) As a group and as individuals, how and to what degree are young adults' self-reported levels of anxiety and cognitive ratings of comfort related to their measured attitudes toward stuttering?

5. Method

5.1. Participants

University students served as participants. In addition to being available for testing in a lab at a mid-Atlantic American university, students would represent the population of young adults who would most likely influence young children who stutter in the future. Additionally, college students are free to select their own social media; thus, to the extent that they may have been influenced by recently posted or circulated accounts or stories of stuttering, it is likely that their attitudes would reflect the most recent—and potentially dynamic—public perceptions of stuttering.

5.2. Experimental design

5.2.1. Attitudes toward stuttering

The *Public Opinion Survey of Human Attributes–Stuttering (POSHA–S)* (St. Louis, 2011, 2012, 2015), a standardized self-report instrument, was chosen to measure their beliefs and self reactions to stuttering. A database taken from more than 16,000 individuals from 47 countries and administered in 28 languages permits comparison to “average” attitudes around the world. It should be noted that, in its standard use, neither the disorder of “stuttering” nor the other “anchor attributes” (i.e., obesity, mental illness, left handedness, and intelligence) are defined for *POSHA–S* participants.

Thus, in most previous research, the *POSHA–S* has been administered to naïve respondents in the sense that they are given no a priori information about, or perspectives related to, stuttering (St. Louis, 2015). In this study, however, it was necessary to administer this instrument at the end of the experiment because its introduction at the beginning could affect subjective and autonomic measures of anxiety. Therefore, if, as Guntupalli et al. (2006, 2007, 2012), Zhang et al. (2010), and others have concluded, exposure to stuttering is related to heightened autonomic arousal, it would be plausible to expect that stuttering attitudes could be less positive than would be the case with naïve respondents.

5.2.2. Psychometric self-report measures of anxiety

The widely used *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)* (Spielberger, 1977) was chosen as a standardized measure because it permits estimates of one's general level of anxiety (trait anxiety) as well as one's momentary level (state anxiety). Participants filled out the long forms (20 items each) for both state and trait anxiety at the beginning of the experiment. About midway through the experiment, we decided to modify the protocol slightly to add the *STAI* short form to look at state anxiety (10 items) as the last measure taken for participants in order to estimate whether the entire experiment changed participants' state anxiety.

Additionally, we needed a measure that could be obtained easily and repeatedly in just a few seconds several times during the experiment. We asked participants to report their "level of comfort" on a 1–9 scale, with 1 indicating "very uncomfortable" and 9 indicating "very comfortable". We assumed that the "comfort" would roughly parallel the inverse of their subjective anxiety level.

5.3. Experimental measures and stimuli

The autonomic reactivity aspect of the study involved listening to three speaking conditions: stuttered, masked, and normal, each preceded by an identical baseline. As further summarized below, the experimental design was informed by the following constraints or guidelines. First, we sought a technology that could be used with a wide age range, including children. Second, we sought stimuli to minimize the confounding inherent in using different speakers with different physical characteristics by using only one speaker for all three conditions. Third, since we wanted to imply that listeners were listening to three different speakers, we utilized a recorded audio signal only and showed a slightly different computerized image of a face with a neutral emotional expression for each. Fourth, we sought to minimize experiment-induced uncertainty and discomfort during baseline measures. Fifth, we wanted participants to hear stuttering so severe that none could reasonably be expected not to notice it.

5.3.1. Physiological instrumentation

As noted, procedures were fashioned to be robust enough to be utilized later with a wide age range, including young children. Accordingly, rather than use conventional psychophysiological experimental instrumentation that was bulky and fixed in place, as used in most previous autonomic physiological research studies, we determined that the recording device should be unobtrusive and permit a modest range of movement to participants. The Empatica E4 Wristband (E4) (Empatica, 2018) was used to record participants' electrodermal skin conductance in microsiemens (identified in the E4 and in this report as EDR) and heart rate variability or variation in inter-beat intervals in seconds (referred to in the E4 and herein as IBI). Resembling a large watch or wrist-worn step counter, the E4 operates with a rechargeable battery and Bluetooth transmission of data to a computer with no wires or electrodes on the hands, the ear, or the chest.

Kenneth St. Louis, Özlem Öge-Daşdöğen, Lauren E. Johnson, Jennifer G. Litzinger, Lauren E. Myers, Jeremy J. Donai

5.3.2. Speech stimuli

Three approximately 30-sec speech samples were recorded in a sound-treated booth. The content of these samples—all produced by the same male speaker (first author)—were similar but not identical. The content was very simple, that is, a few simple sentences about the speaker and his family, which would be completely understandable to all ages (See Appendix A). The speaker was a mostly recovered stutterer, with years of experience producing voluntary stuttering. He spoke fluently for two conditions and faked very severe stuttering in a third condition. One of the two fluent samples was mixed with “20-talker babble” or speech noise at a -5 signal-to-noise ratio such that five communication sciences and disorders students rated it from 2%–80% intelligible or understandable (mean = 32%). As with the stuttered sample, the other fluent sample was free of noise and was uniformly rated as 100% intelligible. After being recorded digitally into Adobe Audition using a 44.1 kHz sampling frequency and 16-bit resolution recorder, all samples were RMS equalized for intensity in MATLAB.

The aforementioned research of Guntupalli et al. and Zhang et al. utilized videos from different stuttering speakers. They did control for visual aspects of stuttering or visual characteristics of various speakers, which, according to Richardson et al. (2020), can affect electrodermal reactivity in some people. Relatedly, implicit attitudes of race, for example, cannot be voluntarily inhibited (Project Implicit Social Attitudes, 2021). Our intention was to control as much as possible for these and other potentially confounding variables.

Many previous studies have asked respondents to look at a large plus sign during baselines while being recorded for electrophysiological responses, sometimes for up to five minutes (e.g., Braithewaite, Watson, Jones, & Rowe, 2015). We reasoned that some respondents would become anxious simply wondering how long they would need to sit and watch such a plus sign, especially those most uncomfortable with silence. Adopting the idea of moving bars showing time elapsed and time remaining in computer downloads, we provided a bar, which respondents could watch, that filled progressively from left to right in increments across the screen for each baseline.

Our three speech samples were recorded to represent three different speaking situations and/or different environments, with the implication that each would be a different speaker. Accordingly, we used the Avatar Maker program (<https://avatarmaker.net>) to select three unique—but similar—computer-generated male faces with neutral emotional expressions to represent the “three speakers”. They were chosen to show medium brown to almost black hair and a complexion almost equidistant from a clearly Caucasian or a clearly African-American face in order that a distinctive race would be minimized as much as possible. We reasoned that slightly different faces would highlight the fact that, even though older participants might well recognize that the same voice produced the speech samples, they were to be rated as different speakers and/or different environments.

A Latin Square strategy was utilized to generate nine different PowerPoint presentations to be shown to participants with equally counterbalanced orders of presentations of the three audio samples (masked, stuttered, and fluent) and the three different faces. The nine were assigned in order of participant testing. The Latin Square design permitted data analysis for equivalent tokens, not only for the three conditions (stuttered, masked, and fluent) but also for the order of each of these in the sequence (first, second, or third order).

5.3.3. Experimental sequence

Each participant was run individually through the following protocol. Prior to participants' arrival, earphones of a portable audiometer and the E4 were cleaned and disinfected. PowerPoint slides were loaded on a Macintosh desktop computer and questionnaires and paperwork were readied. Upon arrival, the experimenter(s) first screened participants' hearing, left and right ears, at 500, 1000, 2000, 3000, and 4000 Hz at 25 dB HL. Anyone failing the screening would have been dismissed immediately, but this did not occur.

Each subject was read an overview of what would occur during the approximately half-hour experimental session. Any questions were answered before participants were asked to sign a consent form approved by the Institutional Review Board at West Virginia University (No. 1702445283R001). Next, they were asked to fill out the *STAI* and a questionnaire (see Appendix B). Following that, they were told to go to a nearby bathroom, to use the restroom if needed or to get a drink of water if desired. They were instructed to then wash their hands and wrists with water only, without soap, and dry them thoroughly. Upon returning to the lab, the experimenter then fitted the E4 wristband on the participant's non-dominant wrist (previously recorded on the questionnaire) and then helped them place the hand on a soft towel placed on the desk in front of the computer screen comfortably such that it would not likely be moved for about 10 minutes.

Participants were then asked to rate their level of comfort by saying a number from "one" to "nine". Headphones were then placed over the participants' ears and adjusted until they stated that they were satisfied that the headphones would not need to be touched or adjusted for the duration of the experiment. The experimenter(s) instructed participants not to move or talk except to report their level of comfort a few times when asked and shown a 1–9 scale on the screen. At that point, a pre-experimental self-rating for comfort occurred.

Next, the experimenter turned on the E4 and asked each participant to sit quietly during the first of three baseline periods and watch the computer screen for two minutes while a colored bar moved every 15 seconds from left to right across the screen to let them know the time elapsed and remaining. At the end of two minutes, the first face appeared on the computer screen and the first audio speech sample began. After it was finished in about 30 seconds, a comfort rating scale appeared, and the experimenter asked participants to verbally rate their comfort level on the 1–9 scale. This was followed by a second two-minute baseline, then the second face and second audio sample. After another comfort level rating, the sequence was repeated a third time with the third face and third audio sample, which was then followed by the final comfort level rating.

At this point, the E4 was turned off and the earphones were removed. Lastly, all participants filled out the *POSHA-S*, but eight of them were first asked to fill out the short form of the state portion of the *STAI*. Upon completion of the questionnaire(s), participants were dismissed.

5.3.4. Data analyses

The *POSHA-S* was analyzed in the standard way (St. Louis, 2015). In addition to demographic items, 45 items were averaged into 11 components, and those components further averaged into three subscores, and the two stuttering-related subscores (Beliefs and Self Re-

Kenneth St. Louis, Özlem Öge-Daşdöğen, Lauren E. Johnson, Jennifer G. Litzinger, Lauren E. Myers, Jeremy J. Donai

actions) were averaged into an Overall Stuttering Score (OSS). All of these 60 ratings were then compared to the *POSHA-S* database of more than 16,000 respondents from nearly 50 countries around the world in terms of percentiles of mean ratings of our respondents compared to the mean ratings of the nearly 200 samples from previous investigations.

The *STAI* ratings were analyzed in terms of means for both state and trait anxiety. These were compared to norms available for college students in the *STAI* manual.

For the first research question, we identified the beginning of each E4 Wristband recording from the Unix time stamp on the datafile and the actual time recorded by the experimenter on her smartphone. From those, we determined each successive baseline and speaking condition, again by identifying beginning times recorded by the experimenter. Using SPSS software, we ran ANOVAs for main effects and interactions for the three conditions (masked, stuttered, and normal) as well as for the three counterbalanced orders of the three conditions (first, second, and third). These were carried out for EDR and for IBI in order to compare (a) changes from baseline and (b) differences among the three speaking conditions. Additionally, means for each condition were calculated and graphed in terms of consecutive autonomic measures and then separated by condition. In the consecutive graphs, if a progressively decreasing pattern or increasing pattern of means occurred, or if all means were the same, rather than showing reversals in the profile presumably occasioned by alternating baselines and conditions as sought in single-subject research methodology, then the individual analyses for conditions were not carried out. In such cases, we would assume that it was some extraneous variable, such as progressive habituation throughout the experiment, that was responsible for the changes in autonomic reactivity rather than the masked, stuttered, and normal speech, or the resting baseline periods in between.

Comfort level ratings were simply averaged across conditions for four occasions: before the autonomic recording and then after each of the three speaking conditions. Pre-experimental *STAI* trait and state raw scores were determined for each respondent and averaged for all participants. Post short-form *STAI* state questionnaire results were compared with the pre-full form *STAI* trait results. Similarly, the standard summary measures of the *POSHA-S* were determined for each participant as well as for the group. Those included components and subscores as follows: Obesity/Mental Illness subscore, Beliefs subscore and its four components (Traits/Personality, Help From, Cause, and Potential), Self Reactions subscore and its four components (Accommodating/Helping, Social Distance/Sympathy, Knowledge/Experience, and Knowledge Source), and Overall Stuttering Score (mean of the Beliefs and Self Reactions subscores).

We generated multiple baseline graphs for each participant. We also ran Pearson correlation coefficients between all pairs of individual participant means among the autonomic, comfort, *STAI*, and *POSHA-S* ratings.

Overall, we predicted for both group data and for individual data that masked and stuttered speech would be associated with increased autonomic reactivity and also with less comfort (more discomfort) compared to baseline conditions. We were uncertain whether stuttering or masked speech would generate greater reactivity or discomfort, but we hypothesized that arousal and subjective discomfort would be greater than for baseline or normal speech.

6. Results

6.1. Participants

Eighteen university students served as participants. None of them majored in communication sciences and disorders or had taken clinical courses in the major. All had normal screened hearing levels. Thirteen were undergraduates; five were graduate students. Their ages ranged from 19.4 yr to 27.7 yr, with a mean age of 22.1 yr. Eight (44%) were male; 10 (56%) were female. None were or had been married or were parents. None reported stuttering, mental illness, or left handedness. One (6%) reported being obese, and four (22%) reported being intelligent. Additional information about participants is provided in Appendix B.

6.2. Group data

6.2.1. Public attitudes toward stuttering

Table 1 shows the mean ratings for the components, subscores, and OSS for the 18 participants along with the percentiles relative to the median of the mean sample ratings for 208 previous *POSHA-S* samples. The mean *OSS* of +26 was well above the worldwide sample average of +20 (75th percentile) even after being exposed to severe stuttering. Beliefs were about average at +35 (47th percentile), but Self Reactions at +17 were much more positive than average (91st percentile). The Obesity/Mental Illness of -32 was also about average (51st percentile). Of all the 60 individual and combined ratings, 52% were in the interquartile range (25th-75th percentile), 17% were in the first quartile (0-25th percentile), and 32% in the fourth quartile (75th-100th percentile). Summary *POSHA-S* ratings are shown in Figure 1 relative to the highest, lowest, and median sample mean values in the database.

Table 1
Mean *POSHA-S* summary scores of the 18 participants in comparison to the 208 samples in the *POSHA-S* database in terms of percentiles.

<i>POSHA-S</i> Rating	Mean Value (-100 to +100)	Percentile
Overall Stuttering Score	+26	75th percentile
Beliefs about People Who Stutter	+35	47th percentile
Traits/Personality	+9	30th percentile
Help From	+6	64th percentile
Cause	+34	46th percentile
Potential	+72	62nd percentile
Self Reactions to People Who Stutter	+17	91st percentile
Helping/Accommodating	+69	92nd percentile
Distance/Sympathy	+24	60th percentile
Knowledge/Experience	-29	59th percentile
Knowledge Source	+7	73rd percentile
Obesity/Mental Illness	-32	51st percentile
Impression	-4	71st percentile
Want/Have	-93	8th percentile
Amount Known	+1	68th percentile

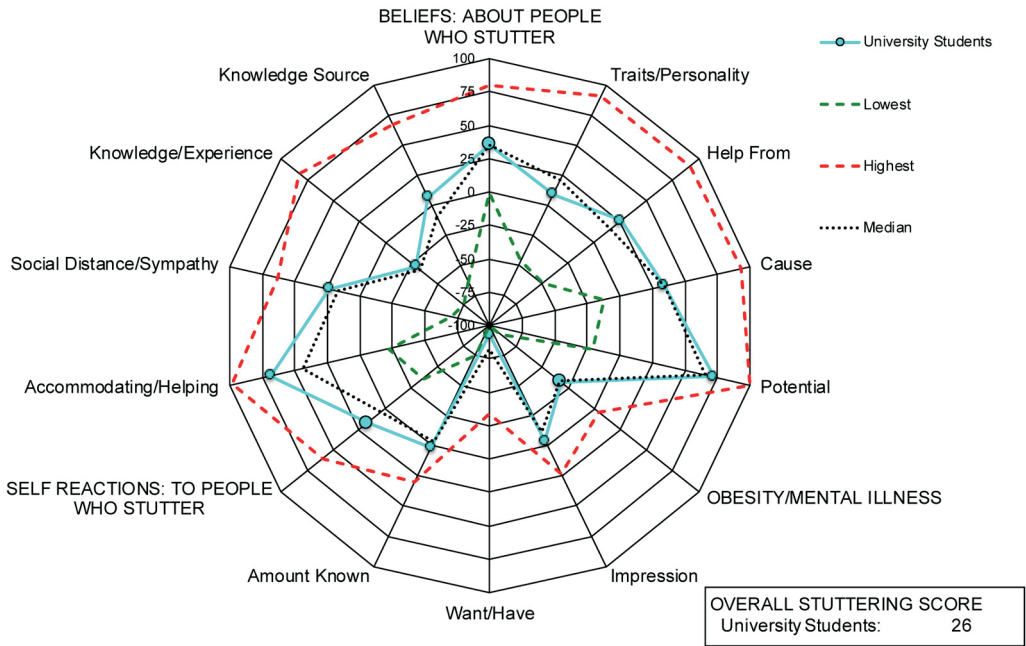


Figure 1. Radial graph showing POSHA-5 summary scores (Overall Stuttering Scores, subscores, and components) in relation to the lowest, highest, and median of sample means in the POSHA-5 database.

6.2.2. Self-report of anxiety

The mean of STAI state anxiety raw scores was 28.1, and the mean of STAI trait anxiety raw scores was 32.1. Our participants had lower anxiety scores than the means in the normative sample for college students as follows: state—12th to 30th percentile, trait—22nd to 32nd percentile. These results indicate clearly that the participants in this study subjectively did not experience even average levels of state or trait anxiety. For the last eight participants who filled out the STAI short form for state anxiety, the mean score was 15.3 or between the 32nd to 36th percentile.

6.2.3. Subjective comfort levels

The mean 1–9 self-rating for comfort level before the 1st condition was 7.8. After counterbalanced conditions, mean ratings were as follows: masked = 6.2, stuttered = 6.2, and normal = 7.6. Dependent *t* tests were run between each of the pairwise comfort ratings. There was no significant difference between the pre-experimental comfort rating and the post-normal speech rating ($p = .528$) or between the post-masked and post-stuttered speech ($p = .875$). By contrast, the remainder of the contrasts were significant: pre versus masked ($p = .001$), pre versus stuttered ($p < .001$), normal versus masked ($p = .016$), and normal versus stuttered ($p = .003$).

6.2.4. Autonomic reactions

Table 2 shows the means and standard deviations of the EDR and IBI results for the entire duration (~30 sec) of the three conditions: stuttering, masked, and fluent along with the full 2-min baselines that preceded each of them. Given that there were nine different orders of audio and facial stimuli, each of the nine pairs occurred twice.

Table 2

Mean values and standard deviations for the EDR results (in microsiemens) and IBI results (in seconds) for three audio conditions and their preceding baselines.

		Baseline Masked	Masked	Baseline Stuttering	Stuttering	Baseline Normal	Normal
EDR	Mean	1.0541	1.0662	0.9049	0.9566	0.7931	1.0028
	SD	1.8594	1.7452	1.6586	1.6612	0.9418	1.7404
IBI	Mean	0.8591	0.7738	0.7727	0.7821	0.7636	0.7854
	SD	1.0418	0.1203	0.1299	0.1326	0.1117	0.1317

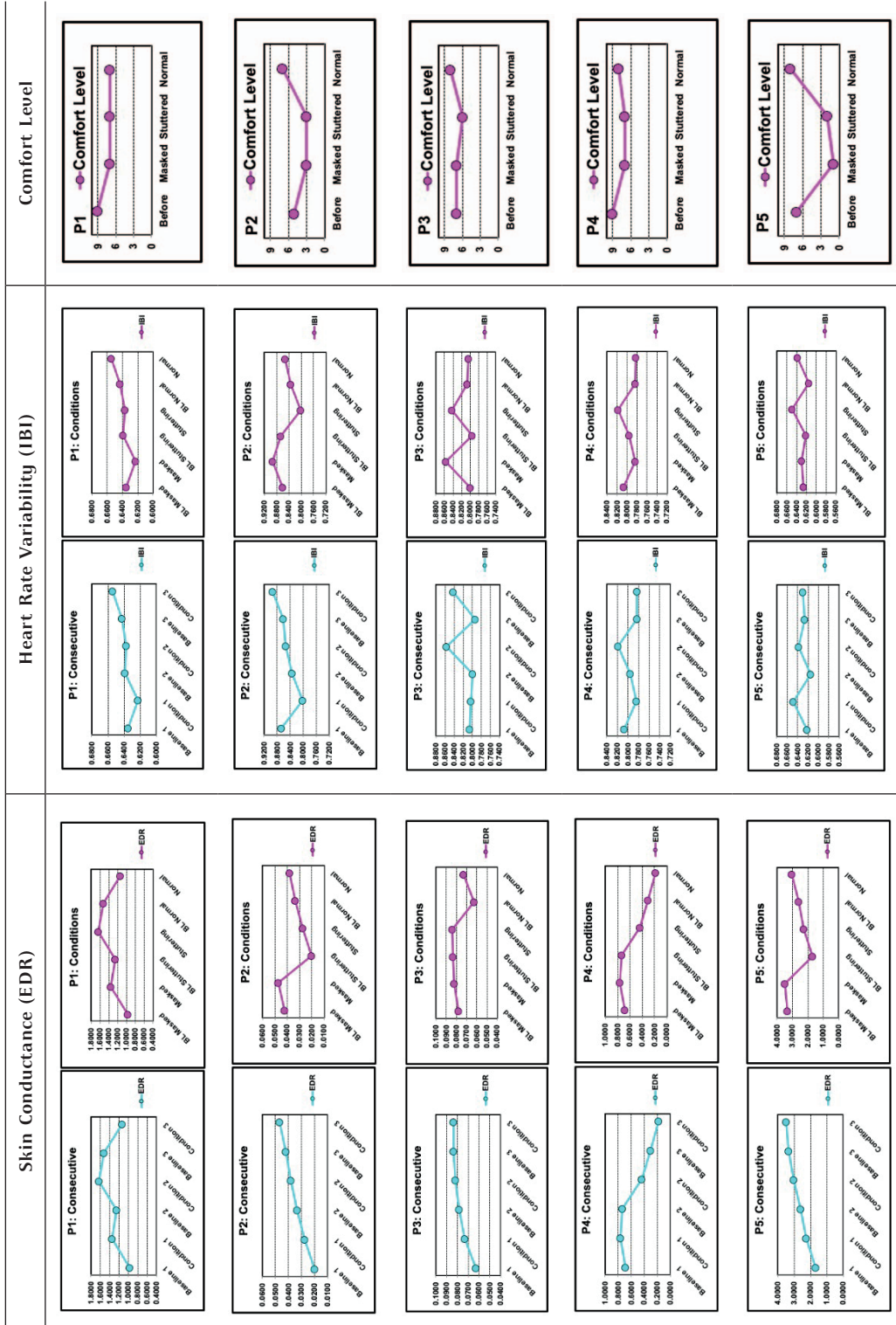
Univariate ANOVAs revealed that masked, stuttered, and normal conditions, as well as their presentation in first, second, or third positions, were not significantly different for either EDR or IBI ($p > .05$), but there were significant interactions between condition and order for both measures. Importantly, considering ANOVAs as well only on baseline data preceding each listening condition, conditions, orders, and interactions were statistically significant for both physiological measures. It appeared that individual participants reacted differently to the various conditions.

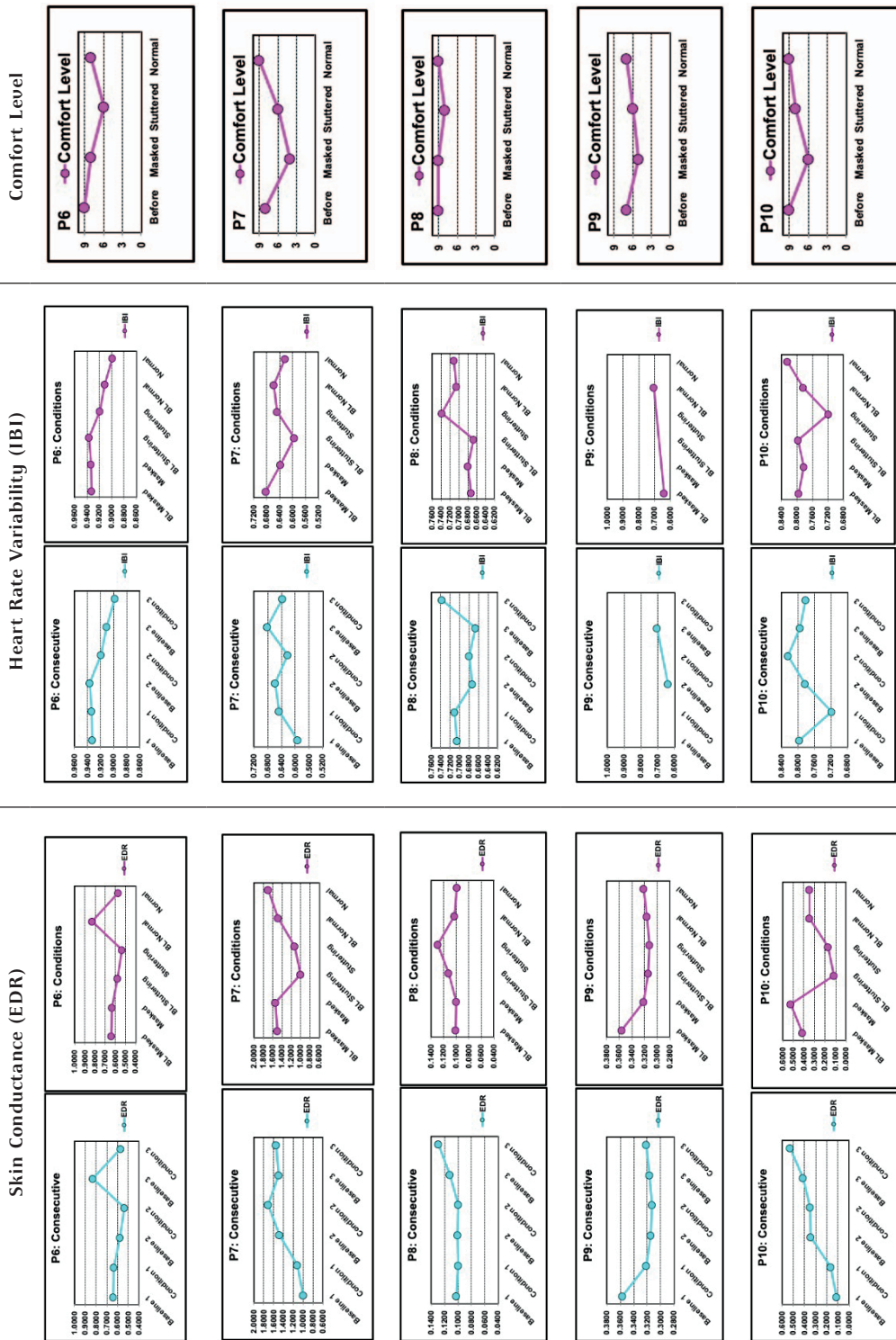
6.3. Individual data

6.3.1. Autonomic reactions

Figure 2 shows profiles for the two physiological responses and the self-report comfort ratings individually from left to right for all 18 participants. Regarding EDR and IBI reactivity, the left tracing in each pair of graphs in blue-green color shows the consecutive responses, and the right shows them for the three conditions in pink color, each preceded by its baseline. It must be noted that in one-third of the cases, by design, the consecutive and conditions were the same, that is, P1, P4, P6, P9, P12, and P16 whose experimental sequences were: (1) baseline, (2) masked, (3) baseline, (4) stuttered, (5) baseline, and (6) normal. On the far right are the four comfort ratings in pink for the pre-experimental rating and then after each of the speech conditions, i.e., masked, stuttered, and normal. These means and standard deviations for the physiological data are shown in tabular form in Appendices C and D.

Table 3 summarizes the individual data from Figure 2 in terms of change from baseline for the EDR and IBI profiles and from the pre-experimental (considered a baseline) and the three speech conditions for the comfort level ratings. The table illustrates the following: increase from baseline with the > symbol, decrease from baseline with the < symbol, and equal (or virtually equal) with the = symbol. It also color-codes these in terms of expected results as follows for EDR and IBI: green if masked or stuttered speech elicited greater autonomic responses compared to baseline while normal speech elicited equal or smaller

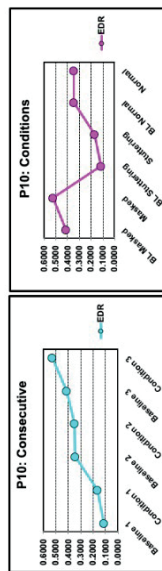
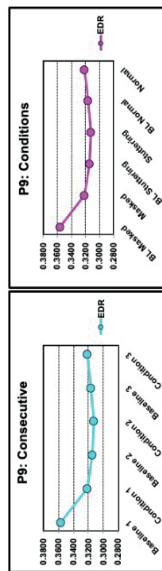
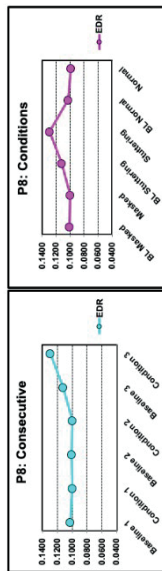
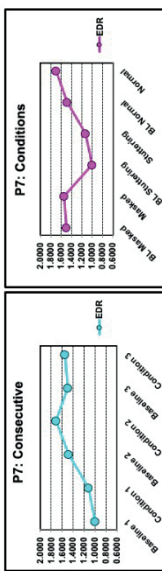
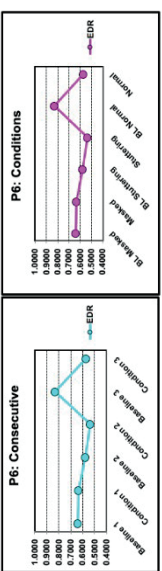
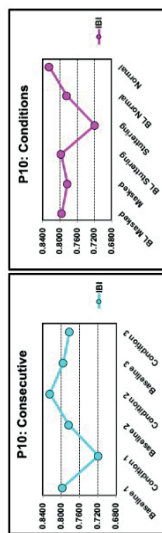
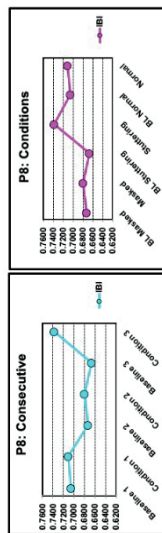
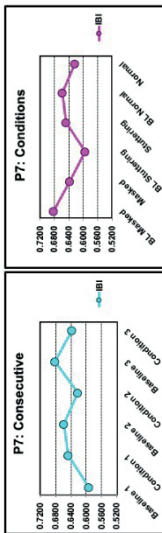
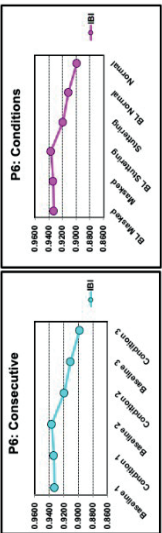
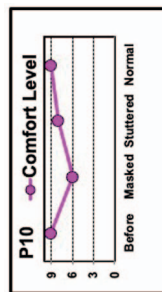
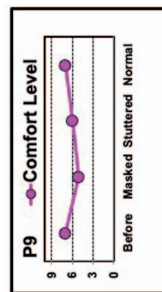
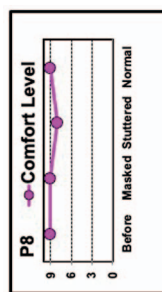
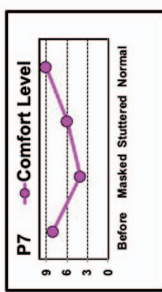
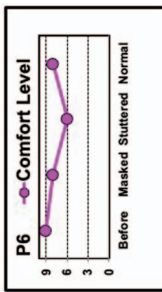




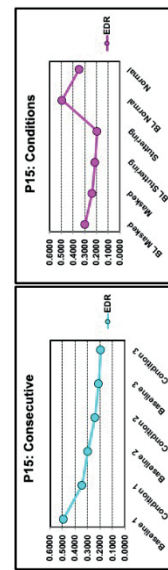
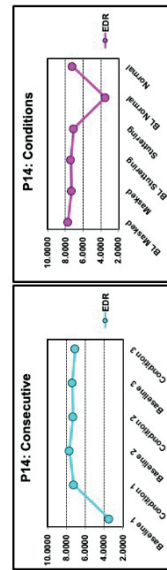
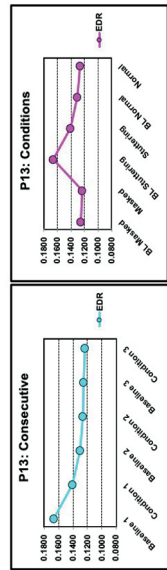
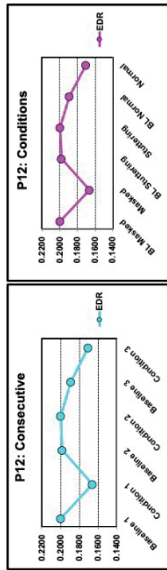
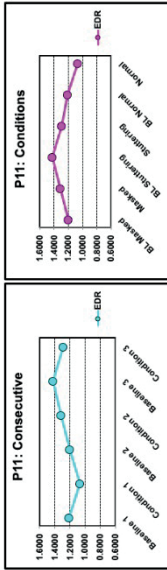
Comfort Level

Heart Rate Variability (IBI)

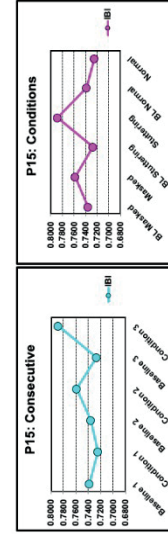
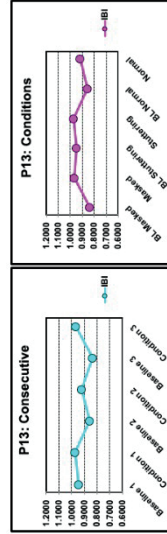
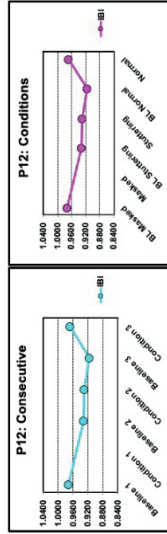
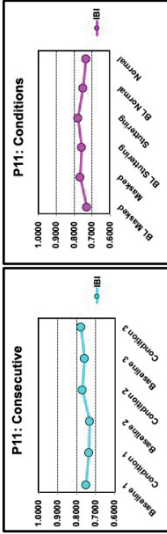
Skin Conductance (EDR)



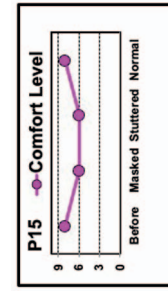
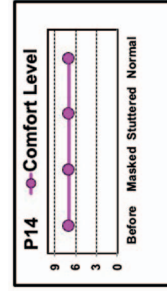
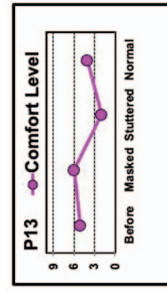
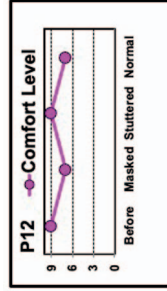
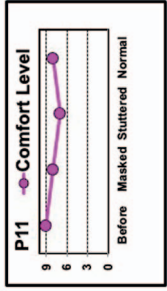
Skin Conductance (EDR)



Heart Rate Variability (IBI)



Comfort Level



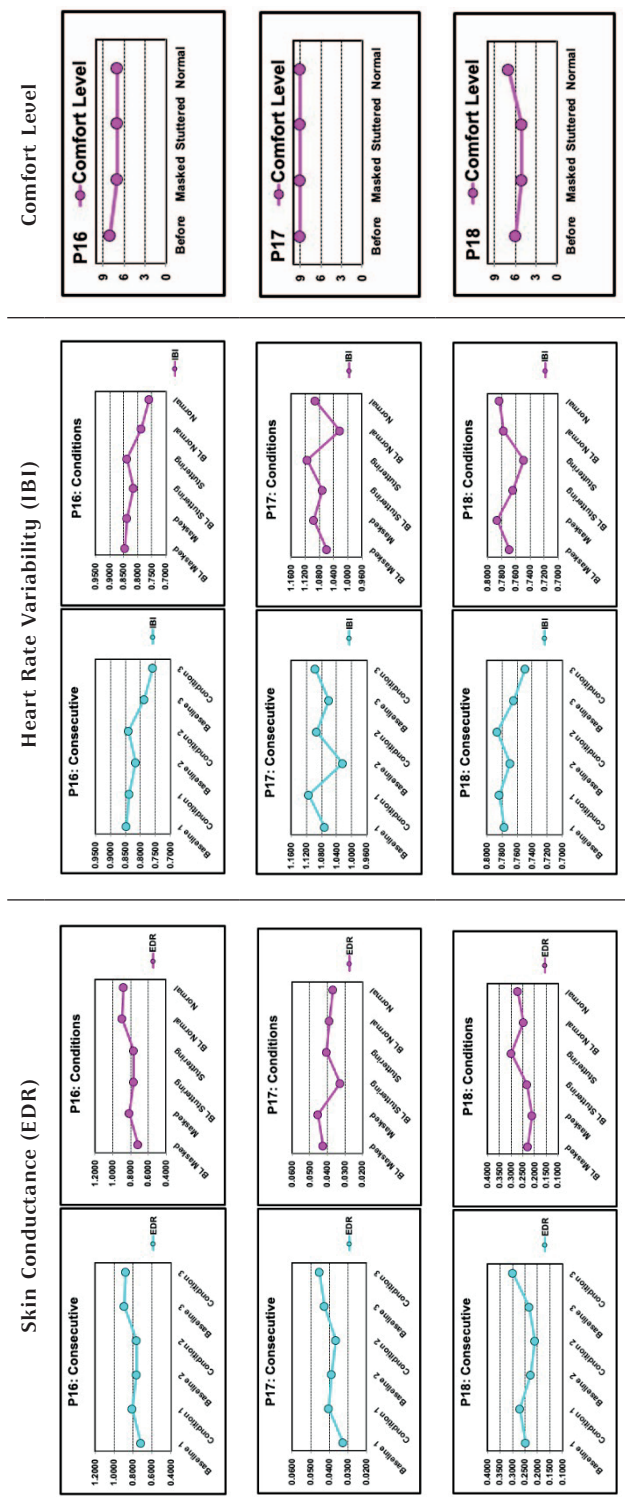


Figure 2. Profiles for 18 individual participants for autonomic reactions of skin conductance (EDR) in microsiemens and heart rate variability (IBI) in seconds followed by subjective comfort levels. Blue-green profiles show mean levels for consecutive baselines and conditions while pink profiles show conditions and their preceding baselines for three speaking conditions: masked, stuttered, and normal. Pink comfort level profiles show 1–9 ratings after a pre-experimental rating and after each speaking condition.



autonomic responses; red if the opposite occurred. Equal signs for no change for masked or stuttered conditions are shown in blue. Comfort ratings were similarly coded, but since higher numbers on the 1–9 scale indicated greater comfort, the color codes were reversed for > and < symbols. At the bottom, the total number and percent of each symbol and color code are shown. Omitted items are included in the percentages. The text to the right of each triad of conditions shows whether or not reversals occurred in the autonomic responses in the consecutive graphs shown in Figure 2, designated by “yes”, “no”, or “maybe”. In those cases where progressive increases or decreases occurred, i.e., P2, P5, and P15 for EDR and either no changes or incomplete data were generated for IBI, i.e., P11 and P9, respectively, the data were not included in these individual analyses. Similarly, the results for comfort ratings were not included for P14 and P17, for whom all four 1–9 ratings were the same. Finally, the letter “P” follows “yes” in the text when all three predicted changes occurred: greater autonomic reactivity occurred for masked and stuttered speech compared to baseline and less for normal speech compared to baseline, i.e., P1, P10, and P17 (3/18) for EDR and P3 and P15 (2/18) for IBI. Predicted ratings for all three speech conditions for comfort ratings occurred for P2, P4, P7, P9, P10, P15, and P18 (7/18).

Table 3
Results of individual profile analysis of 18 participants in terms of changes from baseline for autonomic reactions of skin conductance (EDR) and heart rate variability (IBI) as well as change from pre-experimental ratings for subjective comfort. Greater than (>) symbols indicate an increase from baseline; less than (<) symbols indicate a decrease from baseline. Equal (=) symbols represent no change from baseline. Green symbols indicate expected results assuming that greater autonomic arousal and lower comfort ratings are associated with masked and stuttered speech; red symbols indicate unexpected less autonomic arousal and higher comfort ratings associated with masked or stuttered speech. For normal speech, green indicates expected equal or less than baseline (or equal or greater comfort levels), and red indicates unexpected greater than baseline (or equal or lower comfort levels). Pink cells indicate that the responses were invalid due to progressive increases or decreases in consecutive baseline conditions or no change in the comfort conditions. “Yes-P” indicates predicted profiles for all three conditions.

Participant	EDR: Masked	EDR: Stuttering	EDR: Normal	EDR: Reversals in Consecutive Graphs (P = Predicted for 3 Conditions)	IBI: Masked	IBI: Stuttering	IBI: Normal	IBI: Reversals in Consecutive Graphs (P = Predicted for 3 Conditions)	Comfort: Masked	Comfort: Stuttering	Comfort: Normal	Comfort: Change from Initial Rating (P = Predicted for 3 Conditions)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	>	>	<	Yes-P	<	<	>	Yes	<	<	<	Yes
2	Progressive Increase			No	>	<	>	Yes	<	<	>	Yes-P
3	>	=	>	Maybe	>	>	<	Yes-P	=	<	>	Yes
4	>	<	<	Yes	<	>	<	Yes	<	<	>	Yes-P
5	Progressive Increase			No	>	>	>	Yes	<	<	<	Yes
6	=	<	<	Yes	>	<	<	Yes	<	<	<	Yes

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
7	>	>	>	Yes	<	>	<	Yes	<	<	>	Yes-P
8	=	>	<	Yes	>	>	>	Yes	=	<	=	Yes
9	<	<	>	Yes	Incom- plete	Incom- plete	Incom- plete	N/A	<	<	=	Yes-P
10	>	>	=	Yes-P	<	<	>	Yes	<	<	=	Yes-P
11	>	<	<	Yes	No Change			No	<	<	<	Yes
12	<	=	<	Yes	Incom- plete	=	>	Maybe	<	=	<	Yes
13	=	<	<	Maybe	>	>	>	Yes	>	<	<	Yes
14	<	<	>	Yes	<	>	<	Yes	All Equal		No	
15	Progressive Decrease			No	>	>	<	Yes-P	<	<	=	Yes-P
16	>	=	<	Yes	<	>	<	Yes	<	<	<	Yes
17	>	>	<	Yes-P	>	>	>	Yes	All Equal		No	
18	<	>	>	Yes	>	<	=	Yes	<	<	>	Yes-P
Pre- dicted	3/18 pre- dicted			2/18 pre- dicted				7/18 pre- dicted				
>	8	6	6	9	10	8	1	0	9			
<	4	6	9	6	5	8	13	15	7			
=	3	3	0	0	1	0	2	1	0			
Omit	3	3	3	3	2	2	2	2	2			
>	44%	33%	33%	50%	56%	44%	6%	0%	50%			
<	22%	33%	50%	33%	28%	44%	72%	83%	39%			
=	17%	17%	0%	0%	6%	0%	11%	6%	0%			
Omit	17%	17%	17%	17%	11%	11%	11%	11%	11%			

It is clear from Figure 2 and Table 3 that each of the 18 participants responded differently to the experimental stimuli. Inspecting the percentages at the bottom of Table 3, only one-third (33%) of the 18 participants reacted with increased skin conductance (EDR) to stuttering as predicted. Only 44% reacted as expected to masked speech and 50% to normal speech. Fifty-six percent demonstrated increased heart rate variability (IBI) to stuttering and 50% to masked speech. An equal number demonstrated increased or decreased variability to normal speech. The percentages for less self-rated comfort were 83% for stuttering and 72% for masked speech. Equal or increased comfort, compared to the first rating, occurred for 50% of participants after normal speech.

6.4. Correlations of stuttering attitudes with anxiety measures

Pearson correlation coefficients between the components, subscores, and OSS of the POSHA-S and the various measures of anxiety or comfort are shown in Table 4. With only

Kenneth St. Louis, Özlem Öge-Daşdöğen, Lauren E. Johnson, Jennifer G. Litzinger, Lauren E. Myers, Jeremy J. Donai

18 participants, a correlation coefficient of $R = \pm.47$ is required for statistical significance at $p \leq .05$ (identified with asterisks) and $\pm.41$ at $p \leq .01$. These are all shown in shading to identify potential relationships. Intercorrelations among the *STAI* and comfort ratings are boxed in a matrix and shown twice.

STAI state and trait anxiety were highly correlated ($R = .78$), and for the eight respondents who also filled out the short form of the *STAI* state measure, the correlation was even higher at $R = .92$. Similarly, the four comfort ratings were all intercorrelated between .53 and .81, except between the post-masked and post-normal speech conditions. *STAI* ratings were moderately correlated between both pre-experimental and post-normal speech comfort ratings ($R = .43-.64$) but less or unrelated to post-masked or stuttered speech ($R = .06-.31$).

Inspecting *STAI* versus *POSHA-S* correlations, the only ones large enough to reach the $p < .10$ or $.05$ thresholds of significance were in the Beliefs subscore and two of its components, i.e., Traits/Personality and Help From ($R = .43-.55$). This indicates that the greater the amount of trait and state anxiety, even though lower than normal in our sample, the more positive were participants' beliefs about stuttering. In fact, of the 10 correlations for Beliefs, all but one were positive. These stand in contrast to the Self Reaction correlations, wherein none reached the .41 threshold but eight of the ten correlations for components and the subscore were negative. These results suggest that higher anxiety ratings were associated with less positive Self Reactions to stuttering. We looked at one *POSHA-S* item in the Social Distance/Sympathy component, "If I were speaking to a person who stutters, I would feel comfortable", in order to compare it with the comfort ratings. As could be expected, it correlated most highly ($R = .42$) with comfort after the stuttered condition.

Aside from this item rating, otherwise, the correlations between comfort ratings and other *POSHA-S* summary scores were generally very low but with a possible trend for the opposite signs of the comfort after stuttered speech and Beliefs and Self Reactions subscore correlations. This would be consistent with the above-mentioned findings with *STAI*-measured anxiety, assuming that comfort is the inverse of anxiety. It is further confirmed at the bottom of the table in the first two columns where the pre-experimental comfort rating and post-normal speech were negatively correlated with the two *STAI* raw scores ($R = -.43$ to $-.64$).

The EDR autonomic reactions following stuttered speech were mostly uncorrelated with *POSHA-S* components or subscores, but there were exceptions that could not be easily interpreted. These were (a) a negative correlation between EDR and Potential ($R = -.48$) (e.g., greater skin conductance associated with less positive beliefs about a stuttering person's potential to do any job they wanted), (b) a negative correlation between EDR and Social Distance/Sympathy ($R = -.65$) (e.g., less skin conductance associated with being worried or concerned if a sibling stuttered), and (c) a positive correlation between EDR and Helping/Accommodating ($R = .41$) (e.g., greater skin conductance associated with affirming that the respondent should help a person who stutters). Only one *POSHA-S* rating correlated significantly with IBI, that is, Knowledge/Experience ($R = -.43$). This suggests lower heart rate variability is associated with more knowledge or experience with stuttering. Higher heart rate variability correlated as well with only one comfort rating, inexplicably with higher ratings after masked speech ($R = .50$). None of the anxiety or comfort measures correlated with ratings related to obesity or mental illness.

Table 4

Pearson correlation coefficients between summary scores of the POSHA-S and the various subjective and physiological measures of anxiety or discomfort. Also shown are inter-correlations among the anxiety/discomfort measures. Shading represents correlations significant at $p \leq .01$; asterisks show correlations significant at $p \leq .05$.

	STAI State	STAI Trait	Comfort Pre	Comfort Masked	Comfort Stuttering	Comfort Normal	EDR Stuttering	IBI Stuttering
Overall Stuttering Score	0.17	0.30	0.03	0.30	0.03	0.42	-0.28	0.00
Beliefs about People Who Stutter	0.43	0.55*	-0.22	0.08	-0.28	0.37	-0.10	0.27
Traits/Personality	0.43	0.53*	-0.22	0.13	-0.45	0.26	0.01	0.28
Help From	0.39	0.52*	0.28	-0.08	-0.20	0.19	-0.07	-0.10
Cause	0.32	0.25	-0.27	-0.20	-0.09	0.12	0.14	0.29
Potential	-0.13	0.06	0.29	0.40	0.13	0.43	-0.48*	0.15
Self Reactions to People Who Stutter	-0.21	-0.13	0.29	0.41	0.37	0.28	-0.35	-0.31
Helping/Accommodating	-0.03	0.22	0.35	0.46	0.13	0.49*	0.41	-0.11
Social Distance/Sympathy	-0.26	-0.22	0.37	0.49*	0.22	0.47*	-0.65*	0.15
Item: Comfort Talking with a Person Who Stutters	-0.40	-0.36	0.26	0.38	0.42	0.20	-0.25	0.06
Knowledge/Experience	0.00	-0.10	-0.03	0.08	0.11	-0.28	0.04	-0.43
Knowledge Source	-0.16	-0.06	0.14	0.14	0.34	0.17	-0.30	-0.28
Obesity/Mental Illness	-0.04	0.19	0.04	0.10	0.00	0.23	-0.07	-0.02
Impression	-0.19	0.07	0.17	0.30	0.12	0.40	-0.18	0.36
Want/Have	-0.16	-0.17	0.01	-0.04	0.08	-0.01	-0.15	-0.25
Amount Known	0.17	0.33	-0.10	-0.09	-0.14	0.03	0.09	-0.27
STAI State		0.78*					0.25	0.04
STAI Trait	0.78*						0.27	-0.16
STAI State (Short Form)	0.92*							
Comfort Pre	-0.54*	-0.59*		0.60*	0.81*	0.65*	-0.07	-0.02
Comfort Masked	-0.30	-0.06	0.60*		0.74*	0.16	-0.06	0.50*
Comfort Stuttering	-0.30	-0.31	0.81*	0.74*		0.53*	0.00	0.20
Comfort Normal	-0.43	-0.64*	0.65*	0.16	0.53*		-0.09	-0.24

7. Discussion

A number of intriguing results emerged from this preliminary study of the relationships between public attitudes toward stuttering and people's levels of anxiety or discomfort. The few studies available (e.g., Guntupalli et al., 2006, 2007, 2012; Zhang et al., 2010) led us to predict that listening to severe stuttering would occasion increased autonomic arousal in the form of increased skin conductance (EDR) and heart rate variability (IBI) as well as reduced self-rated comfort in most participants. That decidedly did *not* occur in a preponderance of participants. Group parametric analyses of both EDR and IBI ANOVAs revealed no significant differences for the main effect of speaking condition or even of baselines preceding them, but both were associated with significant interactions. By contrast, *t*-test comparisons of the post-speech comfort levels showed significant reductions from the pre or normal speech ratings for both stuttering and masked speech, but no differences between these two "abnormal" speech conditions.

Using the multiple baseline strategy, we found that every single participant reacted differently to these two autonomic and one self-report measures. Two or three *different* participants showed no identifiable reactions to any of the three speaking conditions across the three measures, with no change or progressively increasing or decreasing reactions from the beginning to the end of the experiment. Excluding these respondents and inspecting changes from baseline in the EDR and IBI reactions to masked, stuttered, or normal speech, or changes from pre- to post-speech comfort ratings, only about a third to a half of the participants changed in the expected direction for the autonomic measures. Considering changes from pre- to post-speech comfort ratings, about half of the post-normal speech ratings were expected, but about three-fourths to five-sixths of the post-stuttered and post-masked speech comfort ratings were lower as expected. Taking a more conservative view wherein all three speech conditions (masked, stuttered, and normal) occasioned the expected results, only a small minority (two or three of 18 participants) reacted autonomically as expected. About half rated all three comfort levels as predicted.

We are unaware of any previous normative study of subjective anxiety and public attitudes toward stuttering. State and trait anxiety, measured by the *STAI* at the outset of the experiment revealed that our participants were less anxious than Spielberger's (1977) normative samples. Even so, their scores for both state (current) and trait (habitual) anxiety were related in intriguing ways to their attitudes toward stuttering. It appeared that self-rated anxiety—but not physiological indices—might well have predictive potential for public attitudes toward stuttering. We recognize that our sample size was too small to offer any firm conclusions, but we highlight the following correlational trends. Beliefs on the *POSHA-S*, which are opinions that do not involve the respondent personally, appear to be improved when accompanied by increased levels of trait and state anxiety. By contrast, Self Reactions, all ratings of which involve the respondents themselves, appear to show the opposite trend, that is, they are improved when associated with reduced levels of trait and state anxiety. And the same trends occur, in the predicted opposite directions, in post-stuttered speech comfort ratings. Interestingly, the post-stuttered speech comfort ratings in this study were only moderately correlated with the *POSHA-S* item related to feeling comfortable while interacting with a stuttering person.

The question arises, “Why did we fail to replicate the findings of previous research showing that observing or listening to stuttering produces unconscious increases in autonomic arousal?” It is impossible to answer that question conclusively from our results; yet, the question remains as an important issue to be explained. We offer several hypotheses to explain our disparate results.

Guntupalli et al.’s (2006, 2007, 2012) and Zhang et al.’s (2010) studies involved participants watching videos of a number of different stuttering and normal speakers. It is possible that the visible aspects of stuttering were more impactful on their autonomic ratings than the auditory aspects. (Evidence for listener reaction to stuttering being related to their eye gaze [Bowers et al., 2010] might be related to visible symptoms of stuttering.) Relatedly, it is also possible that differences in the speakers, unrelated to their stuttered or fluent speech, such as their age, gender, race, facial expressions, accent or dialect, language content, stuttering severity, or other variables were more than minimally influential in participants’ autonomic reactions. Alternatively, it could be that we controlled potentially confounding variables to such an extent that we removed much of the “shock value” of stuttering. We do not believe that is so, given the severity of the stuttering recorded and played; however, the content was designed for all ages and perhaps it was too “childish” for the university students (see Appendix A) such that they did not take it seriously.

Another possibility for our failure to replicate the autonomic results was that the Empatica E4 Wristband was not as sensitive as the laboratory-style equipment utilized in previous research. Again, we doubt that because a few of our respondents demonstrated wide variability in their reactivity to the various baselines and experimental conditions. A related issue that potentially affected our results was the number of tokens available for analysis within each two-minute baseline and 30-second speech condition was much lower for IBI than for EDR. IBI readouts only occurred when a threshold of heart rate variability occurred—not every 250 msec as with EDR.

The testing environment can have important influences on autonomic arousal (Boucsein et al., 2012). It is possible that differences in laboratory conditions may have played a role in our different findings. For example, we monitored the temperature of the room where the physiological recording took place, and it ranged from 70–76 degrees Fahrenheit.

Participant characteristics can also play a role in autonomic arousal (Boucsein et al., 2012). We doubt that these affected our results in any meaningful way, but, for example, our initial questionnaire asked participants to report their ingestion of water and alcohol in the previous 24 hours as well as any drugs they had taken (see Appendix B).

8. Cautions and future directions

The results of this study should be considered preliminary but clearly indicate a number of important directions for future research. Following are some cautions and suggested studies.

Our results were based on a small number of participants for a group study, yet, a larger than usual number for individual analyses. The ANOVAs, *t*-tests, and correlations were based on only 18 participants; therefore, small differences would not be statistically

Kenneth St. Louis, Özlem Öge-Daşdöğen, Lauren E. Johnson, Jennifer G. Litzinger, Lauren E. Myers, Jeremy J. Donai

significant. A considerably larger sample size, perhaps at least 100 participants, would confirm or de-confirm our important finding that subjective anxiety might well play different roles in the “other-centered” Beliefs about people who stutter and “personally centered” Self Reactions to people who stutter. And, with adults at least, rather than carrying out the complex and difficult enterprise of measuring physiological reactivity, subjective measures of comfort or related feelings might permit a more user-friendly way of determining at least an estimate of autonomic arousal to exemplars of stuttering in adults. This option would be attractive in light of our preliminary finding that adults may have little or no physiological reactions to observed stuttering.

The participants in this study had more positive attitudes and less subjective anxiety than many other samples of adults. It would seem important to carry out at least the *STAI* and *POSHA-S* aspects of this study with samples from populations found in previous research to have much less positive stuttering attitudes and to compare them to samples found to have quite positive attitudes. It would be advisable to have a much increased sample size over this study in order to consider such variables as the sex of the participants, particularly because males and females report different levels of anxiety on the *STAI* (Spielberger, 1977).

Comparing only the *POSHA-S* and *STAI* would also control for another potential confounding factor in the current study, that is, that the *POSHA-S* had to be administered after participants had witnessed severe stuttering, and, thus, may not be entirely comparable to previous *POSHA-S* means and percentiles. Yet, we hasten to point out that this potential weakness is also a strength of the current study. We expected that the measured attitudes of the university students would be negatively affected by the previous exposure to severe stuttering and their ratings of comfort following it. It is possible that it did, and their attitudes would have been even more positive had they been given the *POSHA-S* before hearing the speech samples, but similar studies argue for the conclusion that our exemplars made little difference in participants’ attitudes. For example, a recent unpublished study of 39 undergraduate students in a small Midwestern city, not majoring in speech-language pathology, with a mean age of 21 and with approximately the same sex ratio as the current study had a mean OSS of 28 (Nelson, 2020). Another study of 50 USA non-SLP undergraduate students had an OSS of 24 (St. Louis et al., 2014). These compared closely to the OSS of 26 for our participants.

We believe this study should be replicated with children, perhaps as young as 3 or 4 years of age. The instrumentation and design of this study could be utilized with young children. Also, a child version of the *POSHA-S* is available (*POSHA-S/Child*, Weidner & St. Louis, 2014), as is a child version of the *STAI*. If such a study could expose young children to severe stuttering before they know what it is (see St. Louis et al., 2018; Weidner et al., 2015), and if they were to react physiologically more strongly than adults, it would help explain why preschool children have been shown in several samples to manifest the most negative stuttering attitudes (Weidner et al., 2015; Weidner et al., 2017; Glover et al., 2019; Weidner et al., 2020). Moreover, it would suggest that maturity fosters the ability to ignore or cognitively blunt stuttering’s emotional impact in older children and adults.

References

- Allard, E. R. & Williams, D. F. (2008). Listeners' perceptions of speech and language disorders. *Journal of Communication Disorders*, 41(2), 108–123. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2007.05.002>.
- Allport, G. W. (1954). *The Nature of Prejudice*. Addison-Wesley.
- Amick, L. J., Chang, S. E., Wade, J. & McAuley, J. D. (2017). Social and cognitive impressions of adults who do and do not stutter based on listeners' perceptions of read-speech samples. *Frontiers in Psychology*, 8, 1148. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01148>.
- Babbie, E. (2021). *The Practice of Social Research, 15th ed.* Centage Unlimited.
- Blumgart, E., Tran, Y. & Craig, A. (2010). Social anxiety disorder in adults who stutter. *Depression and Anxiety*, 27(7), 687–692. <https://doi.org/10.1002/da.20657>.
- Bohner, G. & Dickel, N. (2011). Attitudes and attitude change. *Annual Review of Psychology*, 62, 391–417. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.121208.131609>.
- Boucsein, W. (2012). *Electrodermal Activity*. 2nd ed. Springer US. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-1126-0>.
- Boucsein, W., Fowles, D. C., Grimnes, S., Ben-Shakhar, G., Roth, W. T., Dawson, M. E. & Filion, D. L. (2012). Publication recommendations for electrodermal measurements. *Psychophysiology*, 49, 1017–1034. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.2012.01384.x>.
- Bowers, A. L., Craucour, S. C., Saltuklaroglu, T. & Kalinowski, J. (2010). *Gaze aversion to stuttered speech: A pilot study investigating differential visual attention to stuttered and fluent speech*. "International Journal of Language and Communication Disorders" 45, 133–144. <https://doi.org/10.3109/13682820902763951>.
- Braithwaite, J. J., Watson, D. G., Jones, R. & Rowe, M. (2015). *A guide for analysing electrodermal activity (EDA) & skin conductance responses (SCRs) for psychological experiments (Revised version: 2.0)*. Technical Report, 2nd version: Selective Attention & Awareness Laboratory (SAAL). Behavioural Brain Sciences Centre, University of Birmingham, UK.
- Denes, P. B. & Pinson, E. N. (1963). *The Speech Chain: The Physics and Biology of Spoken Language*. Bell Telephone Laboratories.
- Empatica (2018). Retrieved from <https://www.empatica.com/research/e4/>.
- Glover, H. L., St. Louis, K. O. & Weidner, M. E. (2019). Comparing stuttering attitudes of preschool through 5th grade children and their parents in a predominately rural Appalachian sample. *Journal of Fluency Disorders*, 59, 64–79. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2018.11.001>.
- Guntupalli, V. K., Kalinowski, J., Nanjundeswaran, C., Saltuklaroglu, T. & Everhart, D. E. (2006). Psychophysiological responses of adults who do not stutter while listening to stuttering. *International Journal of Psychophysiology: Official Journal of the International Organization of Psychophysiology*, 62(1), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2005.11.001>.
- Guntupalli, V. K., Everhart, D. E., Kalinowski, J., Nanjundeswaran, C. & Saltuklaroglu, T. (2007). Emotional and physiological responses of fluent listeners while watching the speech of adults who stutter. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 42(2), 113–129. <https://doi.org/10.1080/10610270600850036>.
- Guntupalli, V. K., Nanjundeswaran, C., Dayalu, V. N. and Kalinowski, J. (2012). Autonomic and emotional responses of graduate student clinicians in speech-language pathology to stuttered speech. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 47, 603–608. <https://doi.org/10.1111/j.1460-6984.2012.00162.x>.
- Hughes, S. (2015). Attitudes toward stuttering: An annotated bibliography. In K. O. St. Louis (Ed.), *Stuttering Meets Stereotype, Stigma, and Discrimination: An Overview of Attitude Research* (pp. 310–350). West Virginia University Press.

Kenneth St. Louis, Özlem Öge-Daşdöğen, Lauren E. Johnson, Jennifer G. Litzinger, Lauren E. Myers, Jeremy J. Donai

- Hughes, S. & Strugalla, E. A. (2015). Recognizing positive aspects of stuttering: A survey of the general public. In K. O. St. Louis (Ed.), *Stuttering Meets Stereotype, Stigma, and Discrimination: An Overview of Attitude Research* (pp. 176–186). West Virginia University Press.
- Kreibig, S. D. (2010). Autonomic nervous system activity in emotion: A review. *Biological Psychology*, 84(3), 394–421. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2010.03.010>.
- Levenson, R. W. (1992). Autonomic nervous system differences among emotions. *Psychological Science*, 3(1), 23–27.
- MacKinnon, S. P., Hall, S. & MacIntyre, P. D. (2007). Origins of the stuttering stereotype: Stereotype formation through anchoring–adjustment. *Journal of Fluency Disorders*, 32(4), 297–309. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2007.03.003>.
- Mauss, I. B. & Robinson, M. D. (2009). Measures of emotion: A review. *Cognition & Emotion*, 23(2), 209–237. <https://doi.org/10.1080/02699930802204677>.
- Nelson, H. (2020). *Changing College Students' Attitudes Toward People who Stutter*. Unpublished Master's thesis. St. Cloud State University.
- Özdemir, R. S., St. Louis, K. O. & Topbaş, S. (2011). Stuttering attitudes among Turkish family generations and neighbors from representative samples. *Journal of Fluency Disorders*, 36, 318–333. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2011.07.002>.
- Panico, J., Healey, E. C., Brouwer, K. & Susca, M. (2005). Listener perceptions of stuttering across two presentation modes: A quantitative and qualitative approach. *Journal of Fluency Disorders*, 30(1), 65–85. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2005.01.003>.
- Park, J. H., Schaller, M. & Crandall, C. S. (2007). Pathogen-avoidance mechanisms and the stigmatization of obese people. *Evolution and Human Behavior*, 28, 410–414. <https://doi.org/10.1016/j.evolhumbehav.2007.05.008>.
- Plexico, L. W., Hamilton, M. B., Hawkins, H. & Erath, S. (2019). The influence of workplace discrimination and vigilance on job satisfaction with people who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 62, 105725. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2019.105725>.
- Project Implicit Social Attitudes* (2021). Retrieved at <https://implicit.harvard.edu/implicit/>.
- Richardson, D. C., Griffin, N. K., Zaki, L., Stephenson, A., Yan, J., Curry, T., Noble, R., Hogan, J., Skipper, K. I. & Devlin, J. T. (2020). Engagement in video and audio narratives: Contrasting self-report and physiological measures. *Scientific Reports*, 10, 11298. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-68253-2>.
- Sinha, R., Lovallo, W. R. & Parsons, O. A. (1992). Cardiovascular differentiation emotions. *Psychosomatic Medicine*, 54(4), 422–435. <https://doi.org/10.1097/00006842-199207000-00005>.
- Spielberger, C. D. (1977). *State-Trait Anxiety Inventory for Adults*. Mind Garden, Inc.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal Behavior*. Prentice Hall.
- St. Louis, K. O. (2011). The Public Opinion Survey of Human Attributes-Stuttering (POSHA-S): Summary framework and empirical comparisons. *Journal of Fluency Disorders*, 36, 256–261. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2011.02.003>.
- St. Louis, K. O. (2012). Research and development for a public attitude instrument for stuttering. *Journal of Communication Disorders*, 45, 129–146. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2011.12.001>.
- St. Louis, K. O. (2015). Epidemiology of public attitudes toward stuttering. In K. O. St. Louis (Ed.), *Stuttering Meets Stereotype, Stigma, and Discrimination: An Overview of Attitude Research* (pp. 7–42). West Virginia University Press.
- St. Louis, K. O., Kuhn, C. D. & Lytwak, L. (2015). The Appraisal of the Stuttering Environment (ASE): A new clinical tool to measure stuttering attitudes the client's environment. In K. O. St. Louis (Ed.), *Stuttering Meets Stereotype, Stigma, and Discrimination: An Overview of Attitude Research* (pp. 255–273). West Virginia University Press.

- St. Louis, K. O. & Martin, R. R. (1978). The effect of motor speech awareness on stuttering. *Human Communication* (later changed to: *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*), 3, 159–169.
- St. Louis, K. O., Przepiórka, A. M., Beste-Guldborg, A., Williams, M. J., Błachnio, A., Guendouzi, J., Reichel, I. K., Ware, M. B. (2014). Stuttering attitudes of students: Professional, intracultural, and international comparisons. *Journal of Fluency Disorders*, 39, 34–50. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2013.10.001>.
- St. Louis, K. O., Weidner, M. E., Putorek, M. A., Glover, H. L., Myers, L. E., Hall, B. M., Johnson, L. E. & Chichilla, J., G. (2018). *Development of explicit knowledge of what “stuttering” means in preschool through 5th grade children*. Poster presented at the Annual Convention of the American Speech-Language-Hearing Association. Boston, MA.
- Tichenor, S. E. & Yaruss, J. S. (2021). Variability of Stuttering: Behavior and Impact. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30, 75–88. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-20-00112.
- Tran, Y., Blumgart, E. & Craig, A. (2011). Subjective distress associated with chronic stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 36(1), 17–26. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2010.12.003>.
- Van Leeuwen, F., Hunt, D. F. & Park, J. H. (2015). Is obesity stigma based on perceptions of appearance or character? Theory, evidence, and directions for further study. *Evolutionary Psychology*, 13(3), 1–8. <https://doi.org/10.1177/1474704915600565>.
- Van Riper, C. (1971). *The Nature of Stuttering*. Prentice Hall.
- Walden, T. A. & Lesner, T. A. (2018). Examining implicit and explicit attitudes toward stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 57, 22–36. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2018.06.001>.
- Weidner, M. E. & St. Louis, K. O. (2014). *The Public Opinion Survey of Human Attributes–Stuttering/Child (POSHA–S/Child)*. Populore.
- Weidner, M. E., St. Louis, K. O., Burgess, M. E. & LeMasters, S. N. (2015). Attitudes toward stuttering of nonstuttering preschool and kindergarten children: A comparison using a standard instrument prototype. *Journal of Fluency Disorders*, 44, 74–87. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2015.03.003>.
- Weidner, M. E., St. Louis, K. O., Nakıscı, E. & Özdemir, R. S. (2017). A comparison of attitudes towards stuttering of non-stuttering preschoolers in the United States and Turkey. *South African Journal of Communication Disorders*, 64(1), 1–11. <https://doi.org/10.4102/sajcd.v64i1.178>.
- Weidner, M. E., Junuzović-Žunić, L. & St. Louis, K. O. (2020). A comparison of stuttering attitudes among nonstuttering children and parents in Bosnia & Herzegovina. *Clinical Archives of Communication Disorders*, 5, 42–53. <https://doi.org/10.21849/cacd.2020.00199>.
- White, P. A. & Collins, S. R. (1984). Stereotype formation by inference: A possible explanation for the “stutterer” stereotype. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 27(4), 567–570. <https://doi.org/10.1044/jshr.2704.567>.
- Woods, C. L. & Williams, D. E. (1976). Traits attributed to stuttering and normally fluent males. *Journal of Speech and Hearing Research*, 19(2), 267–278. <https://doi.org/10.1044/jshr.1902.267>.
- Zhang, J., Kalinowski, J., Saltluklaroglu, T. & Hudock, D. (2010). Stuttered and fluent speakers' heart rate and skin conductance in response to fluent and stuttered speech. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 45, 670–680. <https://doi.org/10.3109/13682820903391385>.

Kenneth St. Louis, Özlem Öge-Daşdöğen, Lauren E. Johnson, Jennifer G. Litzinger,
Lauren E. Myers, Jeremy J. Donai

Appendix A

Content of the speech samples. All were recorded for masked and normal samples; only the non-italicized versions were recorded for the stuttered samples in order to generate complete samples of about 30 seconds.

Sample 1

My name is Robert.
I live in a small town in West Virginia.
I have one brother; his name is Sam.
My brother and I go to the same school.
We also play basketball on the same team.
He is a really good player.
My father is a truck driver.
He drives a very big truck.
He goes to work very early in the morning.

Sample 2

My name is Jacob.
My family lives in Ohio.
We live in a small, red house on the corner.
Our street has big trees on both sides.
My father works in a car factory,
And my mother is a teacher.
She teaches children in the sixth grade.
Her school is close to our home.
She can walk to school.

Sample 3

My name is Jonathon.
I have lived in Pennsylvania all my life.
I have two sisters.
One of my sisters is married and has a baby.
My other sister is at the university.
She wants to become a doctor,
and would like to work in a hospital.
I want to be a teacher when I grow up.
I hope I can teach art and music.

Appendix B

Summary of participants' self reports prior to the experiment.

Relationships between public attitudes toward stuttering...

Participant	Age	Sex (M/F)	Hand Preference (L/R/N)	Days Since First day of Last or Current Period	Birth Control Pills (Y/N)	Pregnant (Y/N)	Race (List All)	Chronic Illness (List All)	Medications (Y/N)	Hearing or Vision Impairment (Y/N)	Hearing or Vision Impairment (List)	Drink ≥ 8 oz. Water	Take Prescribed Medication (Y/N)	Alcoholic Beverages (Y/N)	Caffeinated Beverages (Y/N)	Non-prescribed drugs (Y/N)	Smoke cigarettes (Y/N)	Room Temperature (Fahrenheit)
1	27.7	F	R	37	Y	N	Caucasian	-	Y Taytulla (Birth Control)	N	-	Y	Y Taytulla (Birth Control)	Y	Y	N	N	75
2	20.1	M	R	-	-	-	Caucasian	-	N	N	-	Y	N	N	N	N	N	74
3	22.2	F	R	33	Y	N	Caucasian	-	N	N	-	N	N	N	N	N	N	72
4	22.6	M	R	-	-	-	Caucasian	-	N	Y	Contacts & Glasses	Y	N	N	N	N	N	71
5	19.4	F	R	~2 yr	Y (shot)	N	Caucasian	-	N	N	-	Y	N	N	Y	N	N	71
6	21.8	M	R	-	-	-	Caucasian	-	N	N	-	Y	N	N	N	N	N	75
7	22.2	M	R	-	-	-	Caucasian	-	N	N	-	Y	N	N	Y	N	N	74
8	21.5	F	R	5	N	N	Caucasian	-	N	Y	Glasses & Contacts	Y	N	N	N	N	N	73
9	22.3	M	R	-	-	-	Caucasian	-	N	N	-	Y	N	N	N	N	N	75
10	25.7	M	R	-	-	-	Caucasian	-	Y Naproxen	N	-	Y	N	N	N	N	N	70
11	23.7	M	R	-	-	-	Caucasian	-	N	N	-	Y	N	N	N	Y Tylenol	N	71
12	20.3	F	R	8	Y	N	Caucasian	-	Y	N	-	Y	Y Sprintec	N	Y 2 Cups Coffee	N	N	71
13	22.0	F	Not Reported	56	Y	N	African-American	-	N	N	-	Y	N	N	N	N	N	70

Appendix C

Means and standard deviations (in italics) of the skin conductance in microsiemens (EDR) results for the 18 participants.

Participant	Baseline Masked	Masked	Baseline Stuttering	Stuttering	Baseline Normal	Normal
1	0.9745	1.3500	1.2574	1.6354	1.5286	1.1411
	<i>0.1154</i>	<i>0.0727</i>	<i>0.1335</i>	<i>0.1718</i>	<i>0.1722</i>	<i>0.0578</i>
2	0.0422	0.0470	0.0201	0.0274	0.0332	0.0380
	<i>0.0023</i>	<i>0.0009</i>	<i>0.0018</i>	<i>0.0013</i>	<i>0.0027</i>	<i>0.0009</i>
3	0.0782	0.0820	0.0836	0.0838	0.0627	0.0730
	<i>0.0021</i>	<i>0.0009</i>	<i>0.0010</i>	<i>0.0008</i>	<i>0.0060</i>	<i>0.0008</i>
4	0.6841	0.7636	0.7331	0.4396	0.3031	0.1844
	<i>0.0948</i>	<i>0.0457</i>	<i>0.2300</i>	<i>0.0205</i>	<i>0.0604</i>	<i>0.0120</i>
5	3.3261	3.5005	1.6817	2.2597	2.5990	3.0307
	<i>0.2414</i>	<i>0.3006</i>	<i>0.2688</i>	<i>0.1675</i>	<i>0.2388</i>	<i>0.1019</i>
6	0.6386	0.6339	0.5778	0.5342	0.8282	0.5727
	<i>0.0520</i>	<i>0.0346</i>	<i>0.0174</i>	<i>0.0113</i>	<i>0.1218</i>	<i>0.0288</i>
7	1.4954	1.5446	0.9993	1.1216	1.4875	1.7044
	<i>0.1258</i>	<i>0.0766</i>	<i>0.1048</i>	<i>0.0308</i>	<i>0.1124</i>	<i>0.0557</i>
8	0.1005	0.0997	0.1119	0.1297	0.1026	0.0992
	<i>0.0013</i>	<i>0.0008</i>	<i>0.0025</i>	<i>0.0099</i>	<i>0.0034</i>	<i>0.0010</i>
9	0.3565	0.3217	0.3143	0.3123	0.3167	0.3214
	<i>0.0367</i>	<i>0.0030</i>	<i>0.0036</i>	<i>0.0018</i>	<i>0.0016</i>	<i>0.0015</i>
10	0.4120	0.5251	0.1130	0.1681	0.3458	0.3468
	<i>0.0456</i>	<i>0.0384</i>	<i>0.0176</i>	<i>0.0097</i>	<i>0.0383</i>	<i>0.0234</i>
11	1.2038	1.3141	1.4259	1.2868	1.2117	1.0691
	<i>0.0708</i>	<i>0.0559</i>	<i>0.0987</i>	<i>0.0347</i>	<i>0.0702</i>	<i>0.0488</i>
12	0.1999	0.1660	0.1977	0.1996	0.1886	0.1706
	<i>0.0056</i>	<i>0.0068</i>	<i>0.0103</i>	<i>0.0034</i>	<i>0.0062</i>	<i>0.0016</i>
13	0.1254	0.1230	0.1666	0.1405	0.1302	0.1263
	<i>0.0022</i>	<i>0.0005</i>	<i>0.0138</i>	<i>0.0026</i>	<i>0.0033</i>	<i>0.0025</i>
14	7.7059	7.3259	7.3864	7.0558	3.4673	7.2259
	<i>0.4892</i>	<i>0.1119</i>	<i>0.1145</i>	<i>0.0844</i>	<i>0.4351</i>	<i>1.5619</i>
15	0.2989	0.2372	0.2090	0.1928	0.4938	0.3451
	<i>0.0344</i>	<i>0.0049</i>	<i>0.0093</i>	<i>0.0014</i>	<i>0.0655</i>	<i>0.0105</i>
16	0.7167	0.8105	0.7601	0.7617	0.8899	0.8779
	<i>0.0703</i>	<i>0.1234</i>	<i>0.0833</i>	<i>0.0530</i>	<i>0.0662</i>	<i>0.0310</i>
17	0.0426	0.0454	0.0327	0.0402	0.0387	0.0366
	<i>0.0024</i>	<i>0.0008</i>	<i>0.0062</i>	<i>0.0008</i>	<i>0.0038</i>	<i>0.0009</i>
18	0.2282	0.2089	0.2329	0.2992	0.2469	0.2705
	<i>0.0148</i>	<i>0.0090</i>	<i>0.0256</i>	<i>0.0054</i>	<i>0.0333</i>	<i>0.0016</i>
All	1.0350	1.0611	0.9057	0.9271	0.7930	0.9796
	<i>0.0782</i>	<i>0.0493</i>	<i>0.0635</i>	<i>0.0340</i>	<i>0.0801</i>	<i>0.1079</i>

Appendix D

Means and standard deviations (in italics) of heart rate variability in seconds (IBI) results for the 18 participants.

Participant	Baseline Masked	Masked	Baseline Stuttering	Stuttering	Baseline Normal	Normal
1	0.6350	0.6228	0.6390	0.6371	0.6430	0.6544
	<i>0.0650</i>	<i>0.0291</i>	<i>0.0393</i>	<i>0.0354</i>	<i>0.0454</i>	<i>0.0388</i>
2	0.8616	0.8933	0.8671	0.8025	0.8344	0.8533
	<i>0.0581</i>	<i>0.0451</i>	<i>0.0736</i>	<i>0.1231</i>	<i>0.0683</i>	<i>0.0436</i>
3	0.7997	0.8564	0.7944	0.8420	0.8059	0.8032
	<i>0.0583</i>	<i>0.0724</i>	<i>0.0459</i>	<i>0.0464</i>	<i>0.0614</i>	<i>0.0482</i>
4	0.8074	0.7837	0.7958	0.8183	0.7835	0.7825
	<i>0.0600</i>	<i>0.0496</i>	<i>0.0627</i>	<i>0.0345</i>	<i>0.0405</i>	<i>0.0275</i>
5	0.6265	0.6299	0.6217	0.6488	0.6150	0.6380
	<i>0.0338</i>	<i>0.0379</i>	<i>0.0310</i>	<i>0.0226</i>	<i>0.0419</i>	<i>0.0409</i>
6	0.9329	0.9339	0.9368	0.9193	0.9111	0.8985
	<i>0.0681</i>	<i>0.0338</i>	<i>0.0648</i>	<i>0.0755</i>	<i>0.0763</i>	<i>0.0376</i>
7	0.6823	0.6378	0.5938	0.6470	0.6585	0.6223
	<i>0.0563</i>	<i>0.0496</i>	<i>0.0504</i>	<i>0.0518</i>	<i>0.0653</i>	<i>0.0579</i>
8	0.6728	0.6802	0.6663	0.7383	0.7054	0.7104
	<i>0.0539</i>	<i>0.0486</i>	<i>0.0542</i>	<i>0.1382</i>	<i>0.0709</i>	<i>0.0656</i>
9	0.6407	–	–	–	0.7058	–
	<i>0.3094</i>	–	–	–	<i>0.2127</i>	–
10	0.7947	0.7818	0.7965	0.7184	0.7832	0.8249
	<i>0.0698</i>	<i>0.0450</i>	<i>0.0807</i>	<i>0.0478</i>	<i>0.0955</i>	<i>0.0494</i>
11	0.7292	0.7675	0.7565	0.7776	0.7484	0.7348
	<i>0.0398</i>	<i>0.0322</i>	<i>0.0394</i>	<i>0.0712</i>	<i>0.0424</i>	<i>0.0368</i>
12	0.9719	–	0.9323	0.9297	0.9159	0.9679
	<i>0.1079</i>	–	<i>0.0971</i>	<i>0.0773</i>	<i>0.0808</i>	<i>0.0656</i>
13	0.8347	0.9674	0.9451	0.9730	0.8563	0.9187
	<i>0.1003</i>	<i>0.1440</i>	<i>0.1216</i>	<i>0.1084</i>	<i>0.1250</i>	<i>0.0889</i>
14	0.8112	0.7657	0.7869	0.8238	0.7994	0.7375
	<i>0.0904</i>	<i>0.0709</i>	<i>0.0900</i>	<i>0.0992</i>	<i>0.0984</i>	<i>0.0953</i>
15	0.7355	0.7584	0.7268	0.7881	0.7379	0.7249
	<i>0.0512</i>	<i>0.0468</i>	<i>0.0592</i>	<i>0.0666</i>	<i>0.0594</i>	<i>0.0517</i>
16	0.8456	0.8367	0.8154	0.8381	0.7859	0.7588
	<i>0.1144</i>	<i>0.1279</i>	<i>0.0899</i>	<i>0.1020</i>	<i>0.0832</i>	<i>0.0694</i>
17	1.0597	1.0966	1.0723	1.1135	1.0230	1.0927
	<i>0.1054</i>	<i>0.0953</i>	<i>0.1525</i>	<i>0.0769</i>	<i>0.0741</i>	<i>0.0361</i>
18	0.7692	0.7866	0.7645	0.7486	0.7771	0.7832
	<i>0.0500</i>	<i>0.0375</i>	<i>0.0655</i>	<i>0.0304</i>	<i>0.0472</i>	<i>0.0615</i>
All	0.7895	0.7999	0.7948	0.8097	0.7828	0.7945
	<i>0.0829</i>	<i>0.0604</i>	<i>0.0716</i>	<i>0.0710</i>	<i>0.0772</i>	<i>0.0538</i>



Rola filmów w kształtowaniu właściwych postaw wobec jąkania się Refleksje z polskich projekcji filmu *When I stutter*

The role of films in shaping appropriate attitudes towards stuttering.
Reflections from screenings of the film *When I stutter* in Poland

Abstract: Compared to other speech disorders, stuttering does not show a high frequency. However, it concerns people of different ages, living in different times and places, and coming from different backgrounds. For people who stutter, this condition is often a source of frustration and stress. Unfortunately, as research shows, in the whole society the level of knowledge about stuttering is not high, and people who do not speak fluently often experience negative social reactions (ridicule, derision, low assessment of their potential). Research confirms this by using standardized tools: *POSHA-S/C* and *POSHA-S-Child*. Among the reasons for the dissemination of the stereotypical image of stuttering and of myths on this subject are its representations in feature films. However, it is to be hoped that the documentaries made in recent years will bring about changes in this image.

In their article Agnieszka Płusajska-Otto and Agnieszka Myszka attempt to assess whether confronting students with the content of a full-length documentary about stuttering (*When I stutter*) can change the perception of this condition among respondents and, above all, whether such an experience can change social attitudes towards stuttering and stereotypical ideas about stutterers. The research, which included the use of the diagnostic survey method, was carried out on a group of 158 students from two Polish universities (the University of Rzeszów and the Stefan Batory State University in Skierniewice). The respondents completed questionnaires before and after the screening of the film. The results of the conducted analysis clearly showed a change in attitudes towards stutterers. Before the event, respondents believed that there were numerous impediments preventing stutterers from carrying out many professions (mainly those of the speech therapist, the teacher, and the actor). After the screening, they changed their views on this issue and most of them no longer saw any impediments. Before the screening, 2/3 of the respondents considered stuttering people to be nervous, shy, and insecure. After watching the film, the prevailing opinion was that above all they are brave and sensitive. In the PRE survey, respondents suggested that stutterers should put more effort into working on their speech; after the screening, such suggestions there were decidedly fewer, and statements about acceptance and praise dominated.

All participants of the meetings emphasized the need to disseminate films and organize events that familiarize the public with the problems of people struggling with disabilities. The results of the research (both those presented in the article and those available in the literature on the subject) allow us to put forward the thesis that film – as a publicly available and relatively accessible medium – can

play a significant role in the changing of attitudes towards people struggling with various disorders. Therefore, it not only can but must be used as a tool of raising public knowledge about all kinds of disorders, diseases, and indispositions.

Key words: stuttering, videos, survey, shaping social attitudes, social awareness, attitudes towards stuttering

Abstrakt: Na tle innych zaburzeń mowy jąkanie nie wykazuje wysokiej frekwencji. Dotyczy jednak osób w różnym wieku z różnych środowisk, żyjących w różnych czasach i miejscach. Dla osób z nim się zmagających często stanowi źródło frustracji i stresu. Niestety – jak wykazują badania – w całym społeczeństwie poziom wiedzy na temat jąkania nie jest zbyt wysoki, a osoby mówiące nie płynnie często doświadczają negatywnych reakcji społecznych (wyśmiewanie, drwina, niska ocena ich potencjału). Potwierdzają to badania z wykorzystaniem wystandaryzowanych narzędzi: *POSHA-S/C* oraz *POSHA-S-Child*. Do przyczyn upowszechniania się stereotypowego obrazu jąkania i mitów na ten temat zaliczyć można m.in. portretowanie tego zjawiska w filmach fabularnych. Należy mieć jednak nadzieję, że powstające w ostatnich latach filmy dokumentalne mogą przyczynić się do zmiany tego obrazu.

W niniejszym artykule podjęto próbę oceny, czy skonfrontowanie studentów z treścią pełnometrażowego filmu dokumentalnego o jąkanii (*When I stutter – „Czasami się jąkam”*) może wpłynąć na zmianę percepcji tego zjawiska wśród respondentów, a przede wszystkim na zmianę postaw społecznych wobec jąkania i na zmianę stereotypowego postrzegania osób jąkających się. Badania metodą sondażu diagnostycznego przeprowadzono na grupie 158 studentów z dwóch polskich uczelni (Uniwersytet Rzeszowski i Państwowa Uczelnia im. Stefana Batorego w Skierniewicach). Ankietowani wypełnili kwestionariusze przed projekcją filmu i po niej. Wyniki przeprowadzonych analiz jednoznacznie pokazały zmianę postaw wobec osób jąkających się. Respondenci przed wydarzeniem uznawali, że istnieją liczne ograniczenia w wykonywaniu wielu zawodów (głównie logopedy, nauczyciela i aktora), po spotkaniu zmienili zdanie na ten temat – większość nie widziała już żadnych ograniczeń. Przed projekcją 2/3 ankietowanych uznało jąkających się za nerwowych, nieśmiałych i załkniionych, po obejrzeniu filmu dominowały opinie, że są oni przede wszystkim odważni i wrażliwi. W ankiecie PRE respondenci sugerowali, że jąkający się powinni wkładać więcej wysiłku w pracę nad swoją mową, po projekcji takich sugestii było zdecydowanie mniej, a dominowały stwierdzenia o akceptacji i pochwałach.

Wszyscy uczestnicy spotkań podkreślali potrzebę upowszechniania filmów oraz organizowania wydarzeń przybliżających problemy osób zmagających się z jakimikolwiek ograniczeniami. Wyniki badań (zarówno tych zaprezentowanych w artykule, jak i innych dostępnych w literaturze przedmiotu) pozwalają wysnuć tezę, że film – jako medium ogólnodostępne i stosunkowo łatwe w odbiorze – może odgrywać znaczącą rolę dla zmiany postaw wobec osób zmagających się z różnymi zaburzeniami. Nie tylko zatem można, ale wręcz trzeba go wykorzystywać dla podniesienia wiedzy społeczeństwa o różnych zaburzeniach, chorobach, niedyspozycjach.

Słowa kluczowe: jąkanie, filmy, sondaż, kształtowanie postaw społecznych, świadomość społeczna, postawy wobec jąkania

Jąka się ok. 1% osób dorosłych i ok. 5% dzieci w wieku przedszkolnym (Seery, Yairi, 2011). Jest to zatem niezbyt częste zaburzenie mowy. Jednocześnie dotyczy ono osób żyjących w różnych wiekach i we wszystkich warstwach społecznych, stanowi zatem zaburzenie stale obecne w historii ludzkości (Van Riper, 1982). Jego etiologia jest złożona i nie do końca

poznana. Do uwarunkowań jąkania się zaliczono: czynniki neurofizjologiczne, w tym genetyczne, czynniki lingwistyczne oraz psychologiczne (emocjonalne) i środowiskowe (Yairi, Ambrose, 2020). Dla osoby z tym zaburzeniem mowy jąkanie się jest źródłem stresu, prowadzi do nasilania obaw przed oceną i do unikania interakcji społecznych. Jąkający się często są też odbierani przez pryzmat zaburzenia jako osoby ciche, lękliwe, nieufne, introwertyczne, nerwowe, a nawet mniej inteligentne. Zwłaszcza dzieci doświadczają wielu przykrości ze strony rówieśników z uwagi na sposób komunikowania się. Są przedrzeźniane, wyśmiewane, żartuje się z ich odmienności oraz utrudnień w komunikowaniu się i używa stygmatyzujących określeń. Marilyn Langevin (2015) zwraca uwagę na to, że osoby jąkające się spotykają się z postawami nietolerancji i doświadczają mobbingu.

Badania prowadzone w ramach The International Project on Attitudes Toward Human Attributes (IPATHA) wskazują, że poziom wiedzy w społeczeństwie na temat jąkania się nie jest zbyt wysoki (St. Louis, 2015). Osoby jąkające się – zarówno dorośli, jak i dzieci – często doświadczają negatywnych postaw, które wynikają przede wszystkim z braku wiedzy na temat zaburzeń płynności mowy. Potwierdzają to badania z wykorzystaniem wystandaryzowanych narzędzi: *POSHA-S/C – Public Opinion Survey on Human Attributes – Stuttering / Cluttering* (St. Louis, 2011) oraz *POSHA-S-Child* (Weidner, St. Louis, 2014). Stygmatyzacja jąkania się prowadzi do wielu negatywnych konsekwencji, np. obniżenia poczucia własnej wartości i samooceny, izolacji społecznej, pogorszenia relacji interpersonalnych. Co więcej, osoby jąkające się mogą zmagać się z autostygmatyzacją (Boyle, Fearon, 2018). Do potencjalnych przyczyn upowszechniania się stereotypowego obrazu jąkania się i mitów na ten temat przyczyniło się zapewne m.in. portretowanie tego zjawiska w filmach fabularnych (Johnson, 2008), jednak powstające w ostatnich latach filmy dokumentalne (np. liczne produkcje The Stuttering Foundation), w tym dokumentalne filmy pełnometrażowe (takie jak *When I stutter* czy *My beautiful stutter*) mogą przyczynić się do zmiany tego trendu.

W przedstawionym projekcie badawczym podjęto próbę oceny, czy skonfrontowanie studentów z treścią pełnometrażowego filmu dokumentalnego o jąkaniu się (*When I stutter – „Czasami się jąkam”*) może wpłynąć na zmianę percepcji tego zjawiska wśród respondentów. Celem autorek niniejszego opracowania jest pokazanie, jak istotną rolę w kształtowaniu postaw społecznych wobec jąkania się ma przekaz medialny, w tym wypadku filmy zarówno fabularne, jak i dokumentalne. Poza tym chodziło o uświadomienie widzom tego, jakie działania mogą podejmować, by popularyzować wiedzę na temat tego zaburzenia mowy, aby osobom jąkającym się żyło się lepiej.

1. Badania dotyczące postaw wobec zaburzeń płynności mowy (jąkania się i giełkotu) wśród dorosłych oraz dzieci i młodzieży

W wypadku jąkania się kluczowe znaczenie ma postawa, i to rozumiana w dwojaki sposób – postawa osoby, która się jąka, do jąkania się jako zjawiska oraz postawa otoczenia w stosunku do osoby jąkającej się. Stefan Nowak definiuje pojęcie postawy następująco: „[...] postawą pewnego człowieka wobec pewnego przedmiotu jest ogół względnie trwałych dyspozycji do oceniania tego przedmiotu i emocjonalnego nań reagowania oraz ewentualnie towarzyszących tym emocjonalno-oceniającym dyspozycjom względnie trwałych przekonań

o naturze i własnościach tego przedmiotu i względnie trwałych dyspozycji do zachowania się wobec tego przedmiotu” (Nowak, 1973, s. 23). Postawa powinna być rozpatrywana na trzech poziomach w związku z komponentami, jakie się na nią składają:

- afektywny, emocjonalny (*affective*), czyli co czuję, jakie emocje wywołują we mnie dana osoba czy obiekt;
- kognitywny, poznawczy (*cognitive*) – co myślę na dany temat, czyli jakie mam osobiste przekonania;
- behawioralny (*behavioral*) – co w związku z tym robię (Bennett, 2006; Błachnio i in., 2015, s. 89).

Wchodząc w relacje z innymi ludźmi, nabywamy konkretnych przekonań na ich temat. To, w jaki sposób się one kształtują, zależy głównie od wcześniejszych doświadczeń z osobami o podobnych cechach. Jednocześnie, im mniej mamy do czynienia z danym zachowaniem, tym większe mogą być nasze uprzedzenia (por. Zajonc, 1984). Zmiana postaw jest procesem trudnym i długotrwałym. Wiąże się przede wszystkim z koniecznością nabywania wiedzy z danego zakresu i temu służą różne działania podejmowane na rzecz osób jękających się.

W ramach wspomnianego już wcześniej międzynarodowego projektu badawczego IPATHA realizowanego pod kierunkiem Kennetha O. St. Louisa (West Virginia University) z USA prowadzone są międzykulturowe badania dotyczące postaw społecznych wobec różnych ludzkich atrybutów – głównie jękania się i giełkotu, w odniesieniu do takich cech jak otyłość, leworęczność czy choroby psychiczne. W projekcie tym wykorzystuje się wystandaryzowane narzędzie diagnostyczne – *POSHA-S*, którego twórcą jest St. Louis. Wśród badań prowadzonych na grupie ponad 18 tys. respondentów w 45 krajach, w 30 językach, znalazło się także sześć projektów realizowanych w Polsce (Błachnio i in., 2015). W pierwszej kolejności badania prowadzone były wśród studentów psychologii, logopedii i pozostałych kierunków, a także w środowisku logopedów. Kolejne dwa projekty badawcze dotyczące postaw przeprowadzono wśród nauczycieli (Węsierska i in., 2015) oraz księży i kleryków (Węsierska i in., 2016). Badania te – zarówno na świecie, jak i w Polsce, koncentrujące się na sondowaniu ludzkich opinii na temat jękania się – wskazują na to, że postawy są często negatywne i stygmatyzujące. Funkcjonuje wiele mitów i błędnych przekonań na temat osób jękających się. Osoby te są postrzegane jako powściągliwe, unikające kontaktu, jako te, które nie mogą bądź nie powinny wykonywać niektórych zawodów. Jak można wnioskować, wynika to z faktu, że wiedza na temat jękania się jest ogólnie niska. Wyższe wyniki w tym zakresie uzyskują jedynie logopedzi i nauczyciele.

Negatywne postawy społeczne wobec jękania się pociągają za sobą konsekwencje dla funkcjonowania osób z zaburzeniami płynności mowy. Wśród tych konsekwencji wskazać należy obniżenie poczucia własnej wartości i samooceny, izolację społeczną oraz pogorszenie relacji interpersonalnych. Prowadzi to do przeżywania lęku społecznego oraz wpływa na obniżenie komfortu i jakości życia osób jękających się. Co więcej, przekonania społeczne stają się przekonaniami jednostki na jej temat i w efekcie zaczyna ona postępować zgodnie ze stereotypowymi oczekiwaniami (Boyle, Blood, 2015).

2. Wpływ filmów na postawy wobec jąkania się

Niebagatelny wpływ na społeczną ocenę jąkających się mają także wytwory kultury: literatura piękna, malarstwo czy film. Kinematografia to wynalazek cywilizacyjny i kultowy końca XIX wieku, a więc stosunkowo niedawny. Jak podkreślają badacze zajmujący się problemami z zakresu filmoterapii, na percepcję człowieka w sposób naturalny wpływają ruchome elementy wizualne, ruch bowiem jest „zjawiskiem mocno oddziałującym na wyobraźnię, sama zaś wyobraźnia ma charakter silnie kinetyczny, składając się w znacznej mierze z poruszających się, wzrokowych reprezentacji wszelkich przedmiotów i idei” (Mekhakyan i in., 2018, s. 128). Film ma możliwości najwierniejszego i najbogatszego w informację dokumentowania zdarzeń i opisywania zjawisk, cech i zachowań. Jest dzięki temu narzędziem, które uczy i oddziałuje na wyobraźnię widza.

2.1. Osoby jąkające się jako bohaterowie filmów fabularnych

W światowej kinematografii osoby jąkające się pojawiły się w latach 20. XIX wieku. Pierwszym filmem, w którym występuje bohater z tą przypadłością, jest produkcja USA *Ach te dziewczęta* w reżyserii Freda C. Newmeyera i Sama Taylora z 1924 roku. Osobą tą jest Harold, praktykant w sklepie krawieckim. Film jest klasyczną komedią romantyczną, dlatego bohater budzi sympatię widzów, a jąkanie się pokazane jest jako cecha dopełniająca nieśmiałości Harolda wobec kobiet. W 1932 roku, czyli w tzw. erze *Pre-Code*¹, na ekrany wszedł film *Dziwolągi* w reżyserii Toda Browninga. To amerykańska produkcja klasyfikowana jako horror. Akcja rozgrywa się w cyrku i budzi całkiem inne emocje niż wcześniej wspomniana komedia. Film wytwórni Metro-Goldwyn-Mayer nie był jednak typowym horrorem, bo – jak zauważają nawet krytycy – więcej w nim humoru (czarnego), groteski, a nawet kryminału. Tytułowymi dziwolągami nazywane są osoby pokrzywdzone przez los z uwagi na różne zaburzenia. To też sprawia, że wszyscy pracują w cyrku. Obok człowieka bez rąk i nóg czy bliźniaków syjamskich znalazł się także jąkający się. I choć nie jest on postacią pierwszoplanową, jego rola okazuje się bardzo wymowna. Przedstawiono go w bardzo niekorzystnym świetle, co może mieć znaczenie dla percepcji osób z zaburzeniami płynności mowy przez widzów.

Kolejne filmy powstające na przestrzeni wielu lat nie zmieniają tego obrazu. Jąkający się są zwykle przedstawiani jako osoby słabe, chore, a często zaburzenie to ściśle związane jest z depresją bądź nawet chorobą psychiczną. Dobrym na to przykładem jest bohater filmu *Lot nad kukułczym gniazdem* z 1975 roku w reżyserii Miloša Formana. Mimo że postać jąkająca się jest drugoplanowa, film ten wprowadził ogromne zamieszanie, sugerował bowiem, że jąkania się, a tym samym osób jąkających się, należy się obawiać. Poza tym obraz ten mógł zapaść widzom w pamięć, bo film był bardzo popularny, uzyskał wiele nagród filmowych².

¹ *Pre-Code Hollywood* – termin odnoszący się do krótkiego okresu (1929–1934) w amerykańskim przemyśle filmowym przed egzekwowaniem Kodeksu Haysa dotyczącego dopuszczalności określonych scen w filmach.

² Otrzymał m.in. 5 Oscarów przy 9 nominacjach (1976), 6 Złotych Globów (1976).

W następnych latach utrzymywała się tendencja do pejoratywnego przedstawiania osób doświadczających trudnień w płynnym komunikowaniu się. *Rybka zwana Wandą* to brytyjski, fabularny film komediowy z 1988 roku w reżyserii Charlesa Crichtona, nakręcony na podstawie scenariusza Johna Cleese'a, znanego z grupy Monty Pythona. Jeden z bohaterów bardzo się jąka i przez to spotyka się ze skrajnie negatywnymi postawami społecznymi. Rola ta, którą przyjął Michael Palin, spotkała się z niechęcią ze strony środowiska osób jąkających się. Aktor był tym zaskoczony, zwłaszcza że zagadnienie jąkania się dotyczyło bliskiej mu osoby – jego ojca. Ostatecznie rola ta była dla niego początkiem zaangażowania się w pracę na rzecz osób z podobnymi zaburzeniami. Działający od 1993 roku ośrodek terapii jąkania się w Londynie przyjął nazwę Michael Palin Center for Stammering Children³, a aktor stał się jego ambasadorem.

Kolejny film, o którym należy wspomnieć, to *Mój kuzyn Vinnie* – amerykańska komedia z 1992 roku w reżyserii Jonathana Lynna. Tu także jąkanie się traktowane jest jako atrybut, z którego należy się śmiać. Jeszcze inny obraz z tego okresu, w którym osoba jąkająca się ma cechy mogące świadczyć o tym, że takich ludzi należy się obawiać, to kryminał w reżyserii Gregory'ego Hoblita *Lęk pierwotny* z 1996 roku. Jąkający się bohater jest podejrzany o morderstwo, a linia obrony opiera się na kreowaniu jego wizerunku jako osoby o niższych walorach intelektualnych.

Do filmów, w których osoba jąkająca się jest główną postacią, zaliczyć należy także następujące produkcje: *Open all hours (24 godziny na dobę)* (1973–1985 [spisane z filmweb]), *Ja, Klaudiusz* (1976), *Buddy boy* (1999), *Mały Liam* (2000), *Kobieta w błękitnej wodzie* (2006), *Życiowa debata* (2007), *Blask tęczy* (2009) oraz *Miód* (2010). Z kolei produkcje, w których osoba z zaburzeniami płynności mowy nie jest kluczowym, ale jednak jednym z ważniejszych bohaterów, to m.in.: *Edi* (2002), *Wszystko zostaje w rodzinie* (2005), *Wspólna chata* (2012) czy *Amerykańska sielanka* (2016). Odnotować ponadto trzeba tytuły, w których osoba z jąkaniem się jest postacią epizodyczną, np. *Rób, co należy* (1989), *Zakochany Szekspir* (1998), *Pearl Harbour* (2001), *Żony ze Stepford* (2004) czy *Gwiazdne wojny: Ostatni Jedi* (2017).

Przez wiele lat jąkanie się było przedstawiane jako coś, czego należy się bać, z czego można się śmiać, co dobrze jest przedrzeźniać, bądź wręcz jako coś strasznego, co wiąże się z obciążeniami najprawdopodobniej psychicznymi. Zmiana w kreowaniu krzywdzącego wizerunku osób jąkających się zaszła stosunkowo niedawno. Zawdzięczamy ją filmowi z 2010 roku w reżyserii Toma Hoopera *Jak zostać królem*. To historia o królu Jerzym VI, który był osobą jąkającą się. Duże znaczenie ma tu też postać logopedy Lionela Logue'a i jego podejścia do pracy z podopiecznym. Co ciekawe, scenarzysta filmu David Seidler jest także osobą z jąkaniem się, co pomogło mu w budowaniu postaci zarówno króla, jak i terapeuty. Film ten wreszcie inaczej pokazuje sytuację osób jąkających się. Zmienia się dość stereotypowe postrzeganie tego zaburzenia mowy – przedstawione jest bowiem jako cecha, którą da się zaakceptować, a wręcz potraktować jako dar⁴.

³ Por. MPC: <https://michaelpalincenreforstammering.org>; data dostępu: 12.08.2021.

⁴ Oczywiście, przedstawione tu tytuły nie wyczerpują repertuaru wszystkich produkcji filmowych, w których wystąpiły osoby jąkające się. Są jednak – w przekonaniu autorek – wystarczającą ilustracją sposobów portretowania tego zaburzenia w filmie.

2.2. Filmy dokumentalne o jąkanii się

Oprócz filmów fabularnych powstało też wiele filmów dokumentalnych o jąkanii się. Organizacja The Stuttering Foundation⁵ – mająca siedemdziesięcioletni dorobek w pomaganiu osobom jąkającym się – od lat przygotowuje filmy o tej problematyce. Wiele z nich dostępnych jest także w języku polskim⁶. Ich rola to popularyzowanie wiedzy o jąkanii się – dokumenty pokazują, na czym polega zaburzenie, co przeżywa osoba jąkająca się, jak reagować i czy reagować. Wśród najważniejszych produkcji należy wymienić:

- „Mamy głos” (*We have a voice*),
- „Jąkanie się – dzieci dzieciom” (*Stuttering: For kids by kids*),
- „Jąkanie się – dzieci dzieciom. Wszyscy dorośliśmy” (*Stuttering: For kids by kids. All grown up*).

Kolejny znakomity film dokumentalny – „Poczekaj, poczekaj jeszcze nie skończyłem” (*Wait, wait I'm not finished yet*) powstał dzięki wcześniej wspomnianemu ośrodkowi terapii jąkania się z Londynu. W filmie zawarto dużo rzetelnej wiedzy na temat jąkania się i ważny przekaz, że o tym zaburzeniu trzeba otwarcie rozmawiać, a nie traktować go jak tematu tabu. W materiale można usłyszeć dziecięce opinie na temat jąkania się i sposobów radzenia sobie z nim. Zachwyca akceptacja wszelkich odmienności przez młodych, a dzięki temu, że nie czują się oni gorsi, uczą świat, czym jest jąkanie się i jak ważne jest kształtowanie właściwych postaw wobec tego zaburzenia mowy. Ważny przekaz na temat jąkania się płynnie także z edukacyjnej belgijskiej kreskówki pt. „Jąkanie się”⁷. Zawarto w niej najistotniejsze informacje na temat zjawiska – czym jest to zaburzenie, skąd się bierze, dlaczego ludzie się jąkają, co sprawia, że jąkają się bardziej bądź mniej i co wówczas robić.

Podkreślić należy, że bogaty materiał filmowy poświęcony jąkanii się jest dostępny dzięki działaniom śląskiego ośrodka logopedycznego, który słynie z zajmowania się tą problematyką. Ważnym wydarzeniem organizowanym od wielu już lat na Uniwersytecie Śląskim w Katowicach jest Międzynarodowa Konferencja Logopedyczna „Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka”⁸. Do tradycji należy nagrywanie – podczas konferencji – filmów z udziałem osób zarówno z Polski, jak i z zagranicy, które zajmują się zaburzeniami płynności mowy. Wśród prelegentów często są osoby, które same doświadczyły jąkania się⁹. W tym miejscu trzeba jeszcze wspomnieć o otwartym panelu dyskusyjnym zatytułowanym: „Zmiana postaw wobec jąkania”, który odbył się 22 czerwca 2017 roku w Centrum Informacji Naukowej i Bibliotece Akademickiej w Katowicach. Podczas tego spotkania nagrano film pt. *Świat, który rozumie jąkanie*.

⁵ Por. The Stuttering Foundation: <https://www.stutteringhelp.org/>; data dostępu: 12.08.2021.

⁶ Warto zaznaczyć, że dostępne w Polsce filmy dokumentalne o jąkanii się są wyłącznie produkcjami obcymi. Dotychczas nie powstały polskie filmy dokumentalne o osobach zmagających się z niepłynnością mowy. Dostępne są jedynie nagrania rozmów panelowych i dyskusji.

⁷ Wszystkie wymienione filmy dokumentalne są dostępne na stronie LOGOLab: www.logolab.edu.pl; data dostępu: 12.08.2021.

⁸ Por. ZPM: <https://www.konferencja-zpm.edu.pl>; data dostępu: 12.08.2021.

⁹ Wszystkie filmy nagrane podczas tego wydarzenia pozostają w otwartym dostępie, a także na stronie LOGOLab: www.logolab.edu.pl; data dostępu: 12.08.2021.

Wszystkie dotychczas wymienione filmy dokumentalne dostępne są na stronie projektu „LOGOLab – Dialog bez barier”¹⁰. Jest ona jedyną w Polsce bazą, w której zebrano rzetelną i aktualną wiedzę w formie różnorodnych materiałów o jąkaniu się oraz na temat metod interwencji logopedycznej, a także na temat dostępnych form pomocy pozainstytucjonalnej (grupy wsparcia). Bogata oferta filmów dokumentalnych na temat jąkania się powstaje także w ramach działań w projekcie. Należy podkreślić, że jego celem jest podniesienie standardów opieki logopedycznej w jąkaniu się, by w konsekwencji możliwa była poprawa jakości życia osób z utrwalonym jąkaniem się. Odbiorcami działań w ramach LOGOLab są: logopedzi i studenci logopedii, inni specjaliści, rodzice dzieci jąkających się, osoby jąkające się i liderzy ruchu samopomocy oraz ogół społeczeństwa. Partnerami w projekcie są: Uniwersytet Śląski w Katowicach, Fundacja Wiedzy i Dialogu Społecznego Agere Aude oraz Norweski Uniwersytet Arktyczny w Tromsø (The Arctic University of Norway). Grupa wolontariuszy LOGOLab organizuje liczne warsztaty dla osób jąkających się i ich rodzin. Z takich spotkań także powstają zapisy filmowe dostępne na stronie projektu.

W ostatnim czasie (2021) ukazał się pełnometrażowy film „Moje piękne jąkanie się” (*My beautiful stutter*¹¹) w reżyserii Ryana Gielena o młodych ludziach jąkających się, którzy przechodzili różne terapie z różnym skutkiem. Ich nastawienie do jąkania się ulega jednak zmianie dzięki obozowi, na którym nie ćwiczą płynności mowy, lecz są aktywni w rozmaity sposób i dzięki temu odkrywają, że jąkanie się nie jest czymś złym, że stanowi część ich samych i że trzeba je zaakceptować, by żyć pełnią życia.

2.3. *When I stutter* jako przedmiot badań

Filmem bardzo ważnym – również z uwagi na podjęte przez nas badania – jest dokument produkcji USA, w reżyserii Johna Gomeza „Kiedy się jąkam” (*When I stutter*¹²). Prezentuje on fenomen jąkania się w sposób rzetelny, obiektywny i wielowymiarowy. Zawiera tzw. winiety edukacyjne, które dostarczają aktualnej, zweryfikowanej naukowo wiedzy na temat jąkania się. Poza tym występujące w filmie osoby jąkające się to przedstawiciele różnych grup społecznych, np. pracownik fizyczny, księgowy, tancerka, aktorzy, ale też naukowcy, a także logopedzi – w tym wybitni przedstawiciele dyscypliny: Barry Guitar, Scott Palasik, Dale Williams. Ich relacje na temat doświadczeń związanych ze swoim sposobem mówienia są poruszające. Pokazują też, że najczęściej nie mamy pojęcia, co takie osoby przeżywają i jak ważna jest postawa tych, z którymi wchodzi w relacje. W filmie pada wiele ważnych słów, które pomagają dowiedzieć się więcej na temat samego zaburzenia płynności mowy, a także doświadczeń i emocji osób, których ten problem dotyczy. Uwagę zwracają wypowiedzi osób, które przez całe życie się jąkają, np.:

- *Jąkanie się wzmacnia to, co czujesz.*
- *Zacząłem jeździć na motocyklu, bo poczucie izolacji było kojące.*
- *Myślenie, że jestem opóźniony, że czegoś nie rozumiem jest bolesne.*
- *Skutki jąkania się, to, że przez jąkanie się ktoś chce cię skrzywdzić, zostają na całe życie.*

¹⁰ LOGOLab: www.logolab.edu.pl; data dostępu: 12.08.2021.

¹¹ Nie ma jeszcze wersji polskojęzycznej.

¹² Por. *When I stutter*: www.whenistutter.org; data dostępu: 12.08.2021.

- *Chciałem mieć coś bardziej oczywistego, jak na przykład amputowana ręka.*
- *Cały czas jest obawa, lęk...*

Wypowiedzi te uświadamiają także, z jak wieloma negatywnymi postawami osoby jąkające się muszą się na co dzień mierzyć. Akcja filmu toczy się wielotorowo – oprócz wypowiedzi różnych bohaterów widz poznaje młodego mężczyznę, który uczestniczy w terapii jąkania się. Co ważne, prowadzi ją terapeutka, która sama ma osobiste doświadczenia w tym zakresie. Relacja, którą ten młody człowiek tworzy z logopedą, i postępy, jakie czyni, mogą być cennym źródłem refleksji dla widzów – czym tak naprawdę jest sukces w terapii jąkania się.

Ten wielokrotnie nagradzany film miał projekcje na całym świecie, jako że jest bardzo ważnym materiałem edukacyjnym. Wśród ponad 100 takich pokazów 21 odbyło się także w Polsce. Ich inicjatorką była Katarzyna Węsierska, założycielka Centrum Logopedycznego w Katowicach. Zestawienie tych wydarzeń prezentuje tabela 1.

Tabela 1
Bezpłatne pokazy filmu „When I stutter” w Polsce

Lp.	Data	Miejsce
1.	1.06.2019	Centrum Informacji Naukowej i Biblioteka Akademicka – CINIbA, Katowice
2.	8.06.2019	Centrum Informacji Naukowej i Biblioteka Akademicka – CINIbA, Katowice
3.	14.09.2019	Katolicki Uniwersytet Lubelski im. Jana Pawła II, Lublin
4.	18.10.2019	Centrum Informacji Naukowej i Biblioteka Akademicka – CINIbA, Katowice
5.	19.10.2019	Hotel Novotel, Warszawa
6.	23.11.2019	Wrocławskie Centrum Rozwoju Społecznego, Wrocław
7.	23.11.2019	Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Toruń
8.	30.11.2019	Uniwersytet w Białymstoku, Białystok
9.	31.11.2019	Poradnia Niepubliczna „Rozwiń skrzydła”, Białystok
10.	5.12.2019	Poradnia Niepubliczna „Rozwiń skrzydła”, Białystok
11.	14.12.2019	Akademia im. Frycza Modrzewskiego w Krakowie, Kraków
12.	17.01.2020	Uniwersytet Łódzki, Łódź
13.	8.01.2020	Uniwersytet Gdański, Gdańsk
14.	24.01.2020	Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Elblągu, Elbląg
15.	27.01.2020	Uniwersytet Warszawski, Warszawa
16.	31.01.2020	Uniwersytet Gdański, Gdańsk
17.	16.02.2020	Uniwersytet Adama Mickiewicza, Poznań
18.	4.03.2020	Powiatowe Centrum Kultury i Sztuki im. Marii Konopnickiej w Ciechanowie, Ciechanów
19.	22.10.2020	Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Lublinie, Lublin
20.	18.03.2021	Państwowa Uczelnia im. Stefana Batorego, Skierniewice (wydarzenie online)
21.	7.05.2021	Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów (wydarzenie online)

Źródło: opracowanie własne – stan na 7.05.2021.

Polska premiera filmu miała miejsce 1 czerwca 2019 roku w Centrum Informacji Naukowej i Bibliotece Akademickiej (CINiBA) w Katowicach. Projekcja uświetniła konferencję studencką „Logopedia młodych” zorganizowaną przez Koło Naukowe Młodych Logopedów z Wydziału Filologicznego Uniwersytetu Śląskiego¹³, Fundację Wiedzy i Dialogu Społecznego „Agere Aude” oraz gospodarza wydarzenia – CINiB-ę. Z kolei tydzień później (8.06.2019) podczas konferencji „Dialog bez barier. Skuteczna komunikacja w kontekście EBP – praktyki opartej na dowodach” oprócz projekcji filmu odbył się także panel dyskusyjny, w którym udział wzięli twórcy dokumentu – reżyser John Gomez. Było to ważne wydarzenie zarówno dla osób, które obejrzały film, jak i dla niego, gdyż dokument wywołał wśród widzów ożywione reakcje.

W 2019 roku projekcja filmu, połączona z panelem dyskusyjnym, odbyła się 11 razy w siedmiu miastach w Polsce. W kolejnym roku film wyświetlono w innych ośmiu ośrodkach, w tym dwukrotnie na Uniwersytecie Gdańskim. W roku 2021 organizowanie wydarzeń połączonych z projekcją filmu stało się utrudnione z uwagi na pandemię. Mimo to w dwóch ośrodkach akademickich (Skierniewice i Rzeszów) zorganizowano je, korzystając z formuły online. To też miejsca, gdzie przeprowadzono prezentowane badania.

3. Badania własne

3.1. Metodologia badań

Grupę badawczą stanowili uczestnicy spotkań online odbywających się wiosną 2021 roku na dwóch polskich uczelniach: Państwowej Uczelni im. Stefana Batorego w Skierniewicach (PUSB – 18.03.2021 r.) oraz Uniwersytecie Rzeszowskim (UR – 7.05.2021 r.). Głównym punktem obu spotkań była projekcja filmu *When I stutter*, którą poprzedził wykład wprowadzający, wygłoszony przez Katarzynę Węsierską, poświęcony wpływowi filmów na kształtowanie postaw wobec jąkania się. Z kolei po projekcji miała miejsce dyskusja¹⁴. W obu spotkaniach wzięli udział głównie studenci: w Skierniewicach – studenci studiów licencjackich i magisterskich kierunku pedagogika, a w Rzeszowie – słuchacze studiów podyplomowych z zakresu logopedii i neurologopedii. Grono uczestników obu spotkań liczyło blisko 200 osób.

Badania metodą sondażu diagnostycznego przeprowadzono online, wykorzystując formularze *FORMS*. Zastosowaną techniką była ankieta, a narzędziami kwestionariusze – PRE,

¹³ Instytut Języka Polskiego im. Ireny Bajerowej, Uniwersytet Śląski w Katowicach (IJP UŚ).

¹⁴ W Rzeszowie po spotkaniu odbył się panel dyskusyjny, który prowadziła Katarzyna Węsierska, a udział w nim wzięli: Grzegorz Chmielewski, neurologopeda, psycholog, prezes Fundacji „Powiemy to” (Lublin), Robert Dorczak, aktywista ruchu samopomocy (Kraków, Uniwersytet Jagielloński), Zdzisław Gładosz, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Jąkających się „Ostoja” (Lublin), Katarzyna Macios, aktywistka ruchu samopomocy (Kielce), Izabela Michta, aktywistka ruchu samopomocy (Katowice LOGOLab) oraz Bogusław Pietrus, aktywista ruchu samopomocy (Kraków, Fundacja Rozwoju Gospodarczo-Społecznego „Frogos”). Film z tego spotkania jest dostępny na stronie LOGOLab <https://www.logolab.edu.pl/nauczyciele/materialy-i-multimedia/materialy-audiowizualne/>; data dostępu: 16.08.2021. Z kolei w Skierniewicach wydarzenie miało bardziej kameralny charakter – na pytania studentów odpowiadały Katarzyna Węsierska oraz Izabela Michta.

które uczestnicy wypełnili przed seansem filmowym, oraz POST, o których wypełnienie poproszono respondentów już po obejrzeniu filmu. Wzory obydwu ankiet zamieszczono w Aneksie. Wypełnienie formularzy było dobrowolne. W sumie obydwu kwestionariusze odesłało 158 osób. Ankietę przed spotkaniem wypełniły 104 osoby (UR – $n = 66$; PUBS – $n = 38$), a po spotkaniu już tylko – 54 osoby (UR – $n = 30$; PUBS – $n = 24$).

W obu badaniach zdecydowaną przewagę stanowiły kobiety (nieco ponad 93% w ankiecie PRE i 94,5% w ankiecie POST). Za to liczba osób mieszkających w mieście i na wsi była wyrównana (odpowiednio: 47% i 53% w ankiecie PRE oraz po 50% w ankiecie POST). W kwestionariuszu wypełnianym przed spotkaniem 95 osób (91,5%) deklarowało, że miało już kontakt z osobą jąkającą się, a tylko 9 osób (8,5%) stwierdziło, że nigdy nie zdarzyło im się rozmawiać z kimś, kto ma zaburzenia płynności mowy. W ankiecie odesłanej po obu sesjach proporcje te wyniosły odpowiednio 47 osób (87%) i 7 osób (13%).

3.2. Cele szczegółowe badań

Celem nadrzędnym badania było sprawdzenie, czy filmy (w tym produkcje dokumentalne) mają wpływ na społeczne postrzeganie osób jąkających się. Aby zrealizować cel nadrzędny, postawiono pytania szczegółowe:

- Czy ankietowani znają filmy, w których występują osoby jąkające się?
- Czy ankietowani znają osoby publiczne z zaburzeniami płynności mowy?
- W jakim stopniu zmieniły się poglądy respondentów na cechy osobowościowe osób jąkających się po obejrzeniu filmu *When I stutter* i udziale w panelu dyskusyjnym z osobami jąkającymi się?
- W jakim stopniu zmieniły się poglądy respondentów na możliwości zawodowe osób jąkających się po obejrzeniu filmu *When I stutter* i udziale w panelu dyskusyjnym z osobami jąkającymi się?
- Czy ankietowani wiedzą, jakie zachowania są pomocne w kontaktach z osobami jąkającymi się? Jak zmieniła się ta wiedza po projekcji filmu?
- W jakim stopniu czynniki socjodemograficzne mają wpływ na wyniki ankiety (badano wpływ płci i miejsca zamieszkania: miasto oraz wieś).
- Czy, zdaniem ankietowanych, filmy mogą kształtować postawy wobec jąkania się?
- Jaka jest rola spotkań tego typu, jak w Skierniewicach i Rzeszowie, dla kształtowania postaw wobec jąkania się?

3.3. Filmy fabularne i osoby znane, które mogą kształtować postawy, emocje i działania

W ankiecie poprzedzającej projekcję filmu *When I stutter* respondenci byli pytani o to, czy znają jakiś film, w którym występują osoby jąkające się. Niemal 1/4 (24%) ankietowanych (25 osób) przywołała film *Jak zostać królem* z Colinem Firthem w roli głównej. Inne produkcje były wskazywane najwyżej przez dwie–trzy osoby – pojawiły się tu seriale telewizyjne: *Brzydula* (ochroniarz pan Władek), *Klan* (Maciuś – chłopiec z zespołem Downa), a także seria filmów animowanych z wytwórni Warner Bros pt. *Zwariowane melodie* (oprócz m.in. królika Bugsa i kaczora Daffy'ego występował tam prosiaczek Porky, który się jąkał). Dwie osoby wymieniły film *Harry Potter i kamień filozoficzny* (jąkał się nauczyciel obrony przed czarną magią Kwiryniusz Quirrell). Na każdy z następujących

tytułów wskazała jedna osoba: *Galimatias, czyli kogiel-mogiel 2* (reporter z gazety „Nowa Wieś”, grany przez Zbigniewa Buczkowskiego), *Lęk pierwotny* (reż. Gregory Hoblit; jąka się chłopak Aaron Stampler niesłusznie oskarżony o zabójstwo), *Szczur* (reż. Jan Łomnicki; jąkał się jeden z mieszkańców podziemi dworca o pseudonimie Pinky), *Jąkała* (reż. Benjamin Cleary), *When I stutter*. Ponadto dwóch respondentów wspomniało raczej aktora niż konkretne filmy (z Rowanem Atkinsonem).

Aż 67 osób (ponad 64%) nie potrafiło wskazać żadnego obrazu albo wpisywało komentarze typu: *Nic mi nie przychodzi do głowy...; Pewnie oglądałam, ale żaden tytuł nie przychodzi mi do głowy; Kojarzę historię niepełnosprawnego intelektualnie i jękającego się ojca, który samotnie wychowuje córeczkę, jednakże tytułu niestety nie pamiętam*¹⁵.

Bardziej zróżnicowane odpowiedzi pojawiły się na pytanie o znane osoby jękające się (68,3% zna takie osoby, ale blisko 1/3 (31,7%) nie potrafiła nikogo wskazać). W sumie przywołano tu aż 16 nazwisk. Najczęściej wymienianą osobą był Jerzy Owskiak (37 wskazań), dość częstą – Łukasz Golec (14). Sześciu respondentów wymieniło Adama Michnika, po czterech – Janusza Korwin-Mikkego oraz Rowana Atkinsona, dwóch Czesława Mozila. Po jednym wskazaniu otrzymali: Joe Biden, Bruce Willis, Donald Tusk, Andrzej Gołota, Marlin Monroe, Michał Bąkiewicz, Jerzy VI i Jacek Kuroń. Uzyskane dane zaprezentowano w tabeli 2.

Tabela 2

Wykaz osób wskazanych przez ankietowanych jako jękające się

Lp.	Osoba wskazana jako jękająca się	Liczba wskazań	Ankietowani [%]	Uwagi
1	2	3	4	5
1.	Nie znam takiej osoby	33	32	
2.	Jerzy Owskiak	39	37	dziennikarz radiowy i telewizyjny, działacz charytatywny, założyciel i prezes Fundacji Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy; jąkał się od dzieciństwa; dziś uznawany jest za osobę, która przezwyciężyła jękanie się
3.	Łukasz Golec	16	15,5	polski wokalista i muzyk, jeden z liderów grupy Golec uOrkiestra; jąkał się od dzieciństwa; dziś uznawany jest za osobę, która przezwyciężyła jękanie się
4.	Adam Michnik	9	8,5	historyk, publicysta, pisarz i działacz polityczny, od 1989 r. redaktor naczelny „Gazety Wyborczej”; jąkał się od młodości
5.	Rowan Atkinson	7	6,7	brytyjski aktor, komik i scenarzysta, wykreował postać Jasia Fasoli, jako dziecko jąkał się, ale przezwyciężył ten problem, choć jeszcze przez wiele lat miał pewne trudności z wymową
6.	Janusz Korwin-Mikke	5	4,8	polski polityk i publicysta, założyciel kilku partii politycznych, autor kontrowersyjnych reportaży prasowych; mówi szybko i niezbyt wyraźnie, ale nie jąka się

¹⁵ Prawdopodobnie chodzi o film *I am Sam* (w polskiej wersji językowej *Sam*) w reż. Jessie Nelson.

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

1	2	3	4	5
7.	Joe Biden	5	4,8	od 20 stycznia 2021 r. prezydent USA; otwarcie przyznaje się do tego, że jąkał się w dzieciństwie
8.	Czesław Mozil	2	1,9	osobowość telewizyjna; kompozytor i autor tekstów, muzyk akordeonista, lider polsko-duńskiego zespołu Czesław Śpiewa; mieszkający wiele lat w Danii, mówi po polsku z wyraźnymi fonetycznymi wpływami obcymi; mówi bardzo szybko i często się zacina
9.	Bruce Willis	1	0,9	amerykański aktor (gwiazda kina akcji), muzyk i producent filmowy; w dzieciństwie i młodości mocno się jąkał, do dziś zdarzają mu się zaburzenia płynności mowy*
10.	Król Jerzy VI	1	0,9	jako Jerzy VI Windsor w latach 1936–1952 król Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Płn.; jąkał się od dzieciństwa
11.	Marlin Monroe	1	0,9	ikona popkultury; amerykańska aktorka, modelka, piosenkarka; czasami podawana jako przykład osoby, która przezwyciężyła jąkanie się
12.	Michał Bąkiewicz	1	0,9	siatkarz, a później trener siatkarski reprezentacji Polski juniorów; lekko się zacina podczas mówienia
13.	Andrzej Gołota	1	0,9	pięściarz, medalista olimpijski, zawodowy mistrz Ameryki Północnej federacji IBF; jego wymowa jest mało wyraźna, niepełna (zwłaszcza zacinanie na początku wyrazów, co niektórzy łączą z encefalopatią bokserską**)
14.	Jacek Kuroń	1	0,9	historyk; polityk i działacz opozycyjny w PRL; po 1989 r. poseł na sejm, minister, kandydat na prezydenta RP; nie jąkał się, choć miał nietypową barwę głosu
15.	Donald Tusk	1	0,9	polityk i historyk, działacz opozycyjny wobec władz PRL, współzałożyciel Platformy Obywatelskiej; ma wady wymowy, ale się nie jąka
16.	Kuba Wojewódzki	1	0,9	dziennikarz, publicysta, celebryta, osobowość telewizyjna, perkusista, juror w programach rozrywkowych; mówi szybko, ale nie jąka się
17.	Kali	1	0,9	właściwie Marcin Kamil Gutkowski; raper i aktor, współtwórca kolektywu Gania Mafia; liczba niepełności w jego mowie nie przekracza normy

Źródło: opracowanie własne.

* Aktor przyznaje, że lekarstwem na jąkanie się był dla niego zawód i konieczność mówienia z pamięci (Wirtualnedia: <https://www.wirtualnedia.pl/artykul/aktorstwo-lekiem-na-jakanie>; data dostępu: 20.08.2021).** Dlaczego Andrzej Gołota tak dziwnie mówi – Forum SFD (Sportowe Forum Dyskusyjne; data dostępu: 20.08.2021). www.sfd.pl

Warto podkreślić, że ankietowani, próbując sobie przypomnieć nazwiska osób jękających się, czasem wskazywali je błędnie. Mylili osoby (być może Jacek Kuroń został pomyłony z Adamem Michnikiem) lub za jękanie się brali sporą liczbę powtórzeń emocjonalnych (Kuba Wojewódzki) czy ogólnie mało wyraźną mowę (Janusz Korwin-Mikke) albo jakąkolwiek wadę artykulacyjną (Donald Tusk).

Jak wiadomo, jękanie się nie jest elementem, który tak bardzo zwraca uwagę, żeby być zapamiętanym przez wszystkich dookoła. Wprawdzie wśród ankietowanych były osoby wymieniające po kilka nazwisk osób publicznych zmagających się z tym problemem (np.: Łukasz Golec, Janusz Korwin-Mikke, Joe Biden, Rowan Atkinson; u innego respondenta: Rowan Atkinson, Jurek Owsiak, Janusz Korwin-Mikke; u jeszcze innej osoby: Jurek Owsiak, Jerzy VI, Łukasz Golec), ale zadziwiająco dużo respondentów nie było sobie w stanie przypomnieć nikogo takiego. Zastanawiający jest też fakt, że 6–7 na 10 osób nie potrafi wskazać tytułu filmu, w którym takie osoby występują. Widocznie w opinii społecznej wada nie jest w takim stopniu istotna, żeby definiowała czy to osobę, czy film.

3.4. Wyniki porównawcze badań przed projekcją filmu *When I stutter* i po niej

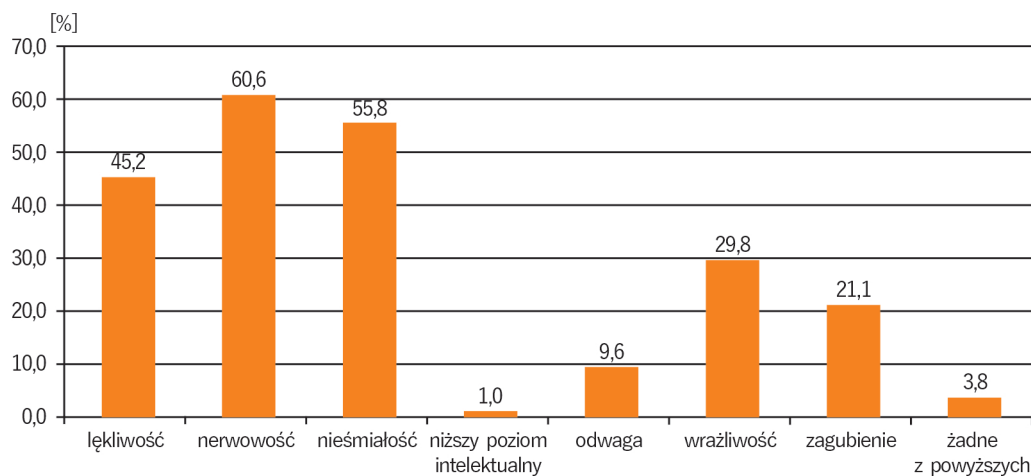
Ankietowanym zadano trzy identyczne pytania przed obejrzeniem filmu i po projekcji. Uzyskane wyniki prowadzą do bardzo istotnych wniosków dotyczących postrzegania osób jękających się przez te, które nie mają takiego problemu. Przy wszystkich pytaniach ankietowali mogli wskazać po kilka odpowiedzi (1–3), zatem uzyskane wyniki nie sumują się do 100%.

Pierwsze pytanie dotyczyło cech osobowości, które charakteryzują osoby jękające się. Tylko 4 respondentów nie wskazało żadnej cechy typowej dla osób z zaburzeniami płynności mowy. Najwięcej ankietowanych uznało, że jękający się są nerwowi (nieco ponad 60%), niewiele mniej – że nieśmiali (blisko 56%), lękliwi (45%). Mniejsza grupa studentów uznała, że są to osoby wrażliwe (30%), ale zagubione (22%). Niemal 10% stwierdziło, że jękających się cechuje odwaga, a tylko jedna osoba – że mają obniżony poziom intelektualny.

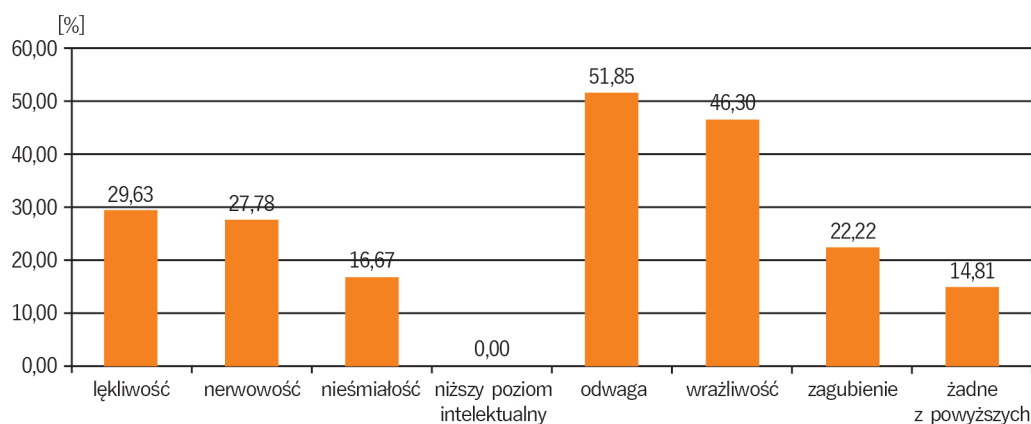
Po obejrzeniu filmu postrzeganie osób z niepełnością mowy zmieniło się. Z 10% do 52% wzrósł odsetek ankietowanych uważających, że osoby jękające się są odważne, z 30% do 46% – że wrażliwe. Drastycznie spadł odsetek osób sądzących, że zaburzenia płynności mowy wiążą się z nerwowością (z 60% do 28%), nieśmiałością (z 56% do niespełna 17%) oraz lękliwością (z 45% do 30%). Zagubienie pozostało na tym samym poziomie, za to 8 osób stwierdziło, że nie ma cech charakterystycznych dla jękających się, a nikt nie uznał ich za mających niższy poziom intelektualny. Porównanie wyników sprzed i po projekcji filmu prezentują rysunki 1 i 2.

Kolejne pytanie wiązało się z ograniczeniami zawodowymi osób jękających się. Ankietowani mogli wskazać odpowiedź, że nie ma w tym zakresie żadnych przeciwwskazań, lub zaznaczyć maksymalnie trzy z dziewięciu zaproponowanych zawodów, których osoba jękająca się nie powinna wykonywać (w których wykonywaniu wada mogłaby znacząco przeszkadzać).

Także w odniesieniu do tego pytania wyniki uzyskane przed projekcją filmu i po niej znacznie się różniły. W ankiecie PRE blisko 1/4 respondentów (23%) uznała, że zaburzenia płynności mowy nie są żadnym ograniczeniem w wykonywaniu jakiegokolwiek zawodu. W ankiecie POST odsetek osób, które uważają, że nie ma żadnych przeciwwskazań do



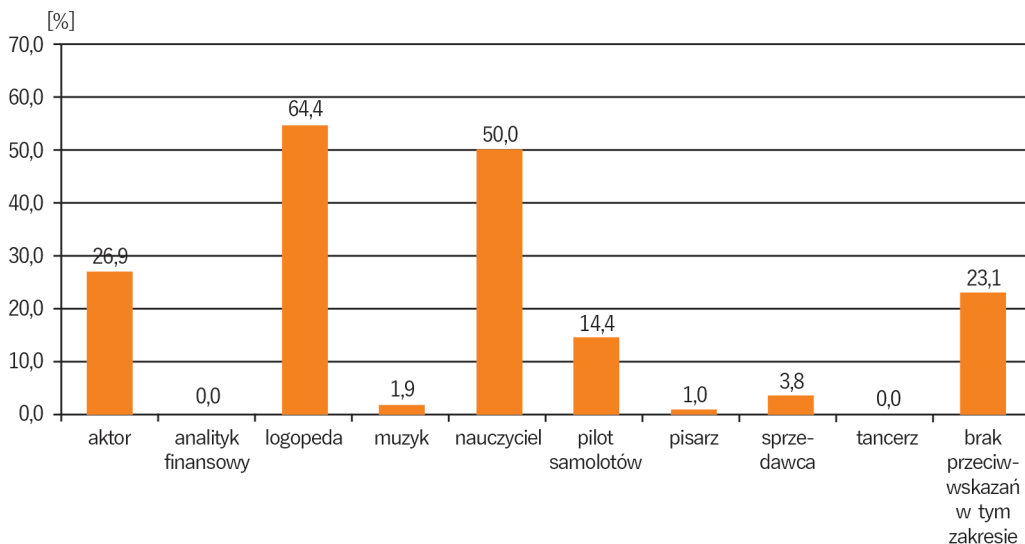
Rysunek 1. Cechy manifestowane przez osoby jąkające się – w opinii ankietowanych. Wyniki ankiety PRE. Źródło: opracowanie własne.



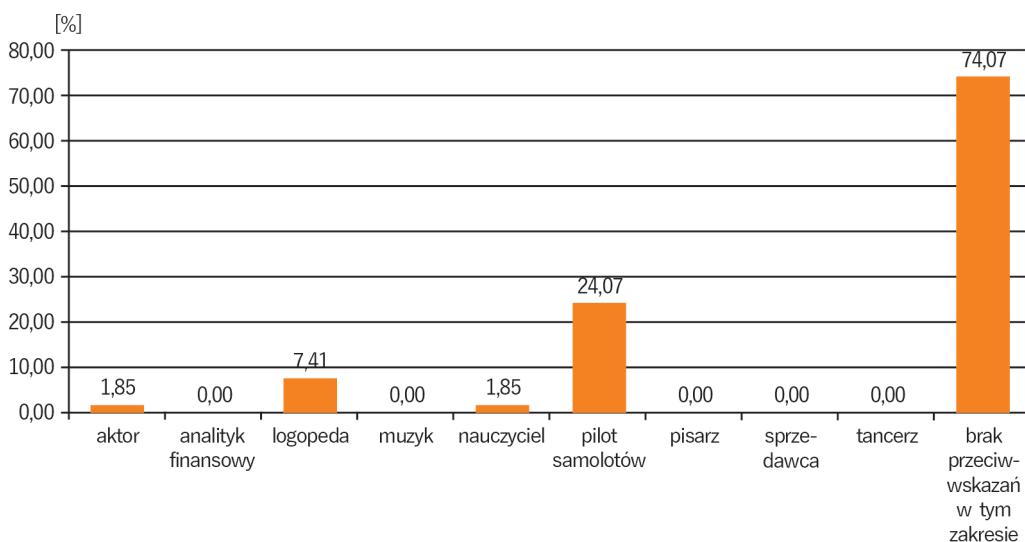
Rysunek 2. Cechy manifestowane przez osoby jąkające się – w opinii ankietowanych. Wyniki ankiety POST. Źródło: opracowanie własne.

wykonywania jakiegokolwiek zawodu przez osoby jąkające się, wzrósł do 74% (to już 3 osoby na 4!). Pierwotnie 65% ankietowanych uznało, że zawód logopedy nie jest przeznaczony dla jąkających się. Po obejrzeniu filmu sądziło tak już tylko 7,5%. Wcześniej połowa ankietowanych nie wyobrażała sobie jąkających się w roli nauczyciela; po spotkaniach uważało tak już tylko 2%. Z 27% do niespełna 2% spadł odsetek osób twierdzących, że jąkający się nie mogą być aktorami. Co ciekawe, wzrósł odsetek osób sądujących, że jąkający się nie może być pilotem samolotu (z 14,5% do 24%).

Ani przed projekcją, ani po niej nikt z ankietowanych nie stwierdził, że osoby z zaburzeniami płynności mowy nie mogłyby wykonywać zawodu tancerza czy analityka finansowego. Po projekcji uznano, że dotyczy to również zawodu muzyka (wcześniej 2% wskazań), pisarza (wcześniej 1%) czy sprzedawcy (wcześniej blisko 4%). Porównanie wyników sprzed i po projekcji prezentują rysunki 3 i 4.



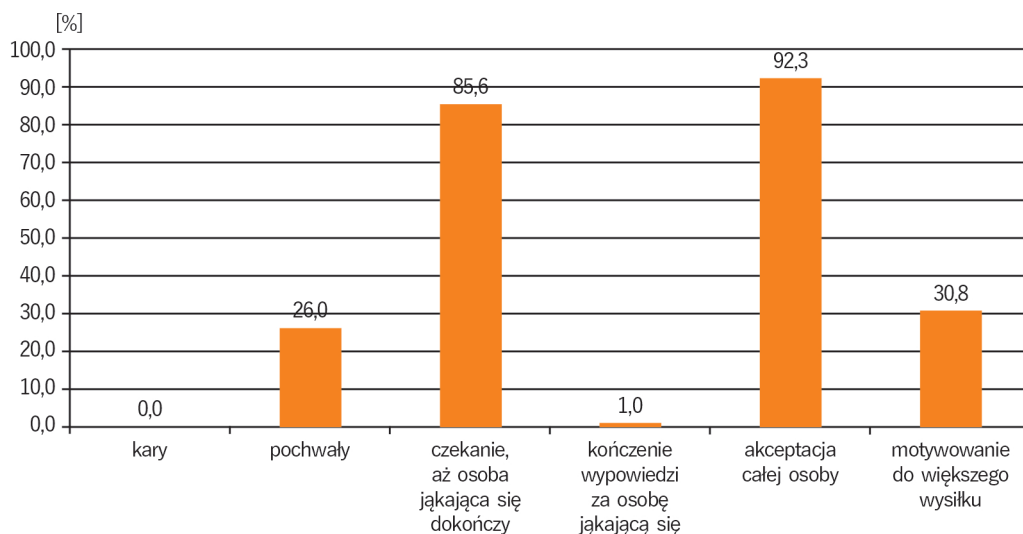
Rysunek 3. Zawody, których nie powinny wykonywać osoby jąkające się – w opinii ankietowanych. Wyniki ankiety PRE. Źródło: opracowanie własne.



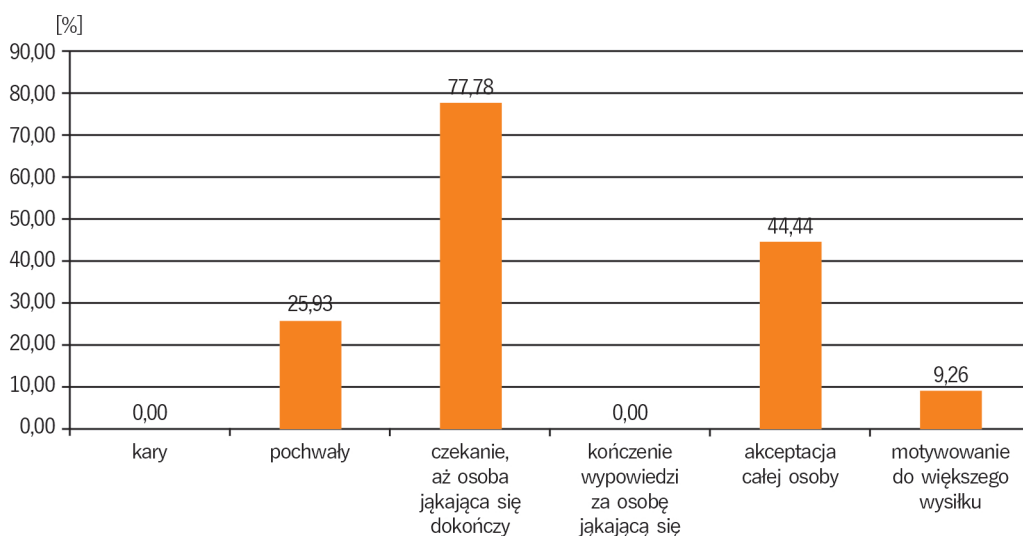
Rysunek 4. Zawody, których nie powinny wykonywać osoby jąkające się – w opinii ankietowanych. Wyniki ankiety POST. Źródło: opracowanie własne.

W trzecim pytaniu ankietowani zostali poproszeni o wskazanie elementów najbardziej pomocnych w terapii osób jąkających się. Z satysfakcją należy odnotować, że nikt z respondentów w żadnej z ankiet nie wskazał kary jako środka służącego poprawie płynności mowy. Natomiast pochwały wymieniał podobny odsetek ankietowanych przed projekcją (ok. 1/4) i po niej (ok. 1/4). Nieco zaskakuje odsetek odpowiedzi: Akceptacja całej osoby wraz z jej niepłynnością mowy – w ankiecie PRE za pomocną uznało ją 92% ankietowanych, w ankiecie POST tę odpowiedź wskazało już tylko 44% badanych. Podobnie było

z odpowiedzią na pytanie o czekanie, aż osoba jąkająca się dokończy swoją wypowiedź – w ankiecie PRE wskazało ją niespełna 86%, POST – nieco mniej, bo blisko 78%. Motywowanie do włożenia większego wysiłku w pracę nad upłynnianiem swojej mowy w ankiecie PRE wskazało 31% ankietowanych, w ankiecie POST wciąż sporo, ale znacznie mniej – 9%. Porównanie wyników sprzed i po projekcji filmu prezentują rysunki 5 i 6.



Rysunek 5. Elementy pomocne w terapii jąkania się – w opinii ankietowanych. Wyniki ankiety PRE. Źródło: opracowanie własne.



Rysunek 6. Elementy pomocne w terapii jąkania się – w opinii ankietowanych. Wyniki ankiety POST. Źródło: opracowanie własne.

W ankiecie przeprowadzonej po spotkaniach znalazło się też pytanie otwarte: Co według Pani/Pana jest najważniejsze w terapii jąkania się? W odpowiedziach większości ankietowanych wystąpiło słowo *akceptacja* – używane w różnych kontekstach, w odniesieniu do

różnych osób (wspomniało o niej 60% badanych). Respondenci przede wszystkim powtarzali, że należy nauczyć jąkającą się osobę akceptacji własnej wady, ale zwracali uwagę na to, że *Logopeda staje się przewodnikiem w procesie akceptacji jąkania się* i to on powinien motywować do pracy, ale i do działania, do wzmacniania wiary w siebie: *Pacjent powinien czuć, że jest akceptowany, słuchany, niezależnie od tego, ile czasu mu zajmuje wypowiedź.*

Kilkoro studentów wskazało na inne cechy, które powinien posiadać logopeda-terapeuta: cierpliwość, wytrwałość, umiejętność aktywnego słuchania (*poznanie osoby z jąkaniem się; bycie „oświeconym świadkiem” w terapii*), empatia. Pojedyncze osoby zwracały uwagę na to, że ważne jest holistyczne podejście do podopiecznego, wspieranie go, bycie z nim na dobre i na złe, uświadamianie, że *jąkanie się nie jest niepełnosprawnością*, uwzględnianie indywidualnych potrzeb osoby jąkającej się, *zwrócenie uwagi na aspekt psychologiczny, nienakładanie presji na osobę jąkającą się, nieobiecywanie wyleczenia*. Podkreślano, że ważną jest systematyczność terapii i dobra współpraca między terapeutą i osobą korzystającą z jego pomocy/biorącą udział w terapii.

3.5. Zależność wyników badań od czynników socjodemograficznych

3.5.1. Postawy dotyczące jąkania się a płeć

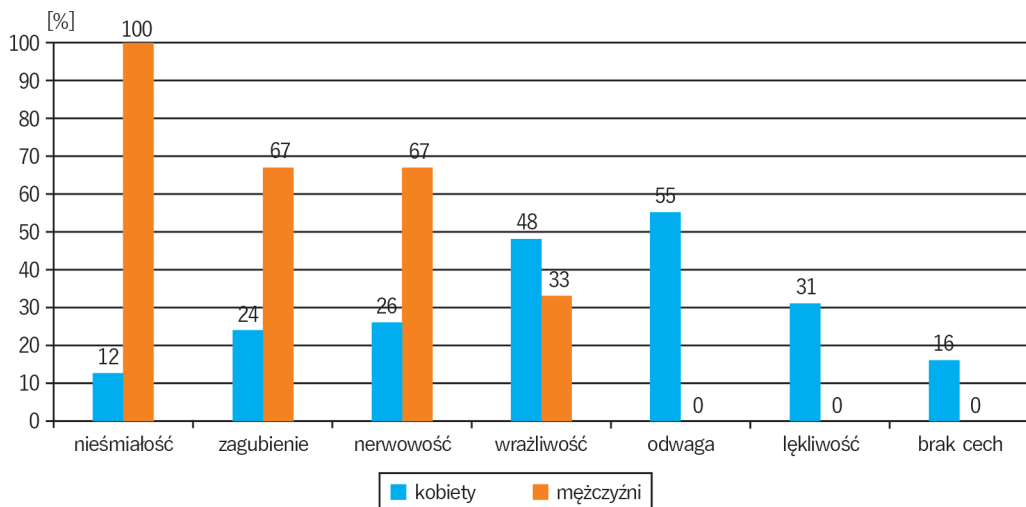
Ponieważ zdecydowaną większość ankietowanych stanowiły kobiety, na temat zależności poglądów na jąkanie się od płci można poczynić tylko bardzo ogólne spostrzeżenia, wymagające potwierdzenia na większej próbie badawczej.

Sprawdzono, jak różnią się poglądy kobiet i mężczyzn na cechy przypisywane osobom jąkającym się. Wypełniający ankietę przed spotkaniem panowie (7 osób) znacząco różnili się w poglądach od pań (97 osób). Więcej mężczyzn uznało jąkających się za nieśmiałych (71% M : 55% K)¹⁶, z kolei więcej kobiet uznało ich za lękliwych (21% M : 45% K) i zagubionych (14% M : 23% K). Równie ciekawie prezentują się wyniki uzyskane po spotkaniu: za nieśmiałych uznali jąkających się wszyscy mężczyźni i tylko 12% kobiet, za zagubionych – aż 67% panów i 24% pań, za nerwowych – 67% studentów i 26% studentek. Za to kobiety wskazywały raczej na wrażliwość (aż 48% wobec 33% panów), odwagę (55% pań i 0% panów) i lękliwość (31% pań i 0% panów). Natomiast 16% pań (i żaden z mężczyzn) uznało, że nie ma cech charakterystycznych dla jąkających się (zob. rys. 7).

Tak dużych różnic między mężczyznami i kobietami nie było w odniesieniu do odpowiedzi na pytanie o ograniczenia zawodowe dotyczące osób jąkających się. Nieco więcej mężczyzn niż kobiet nie widzi ich w zawodzie aktora (43% M : 26% K), z kolei więcej kobiet niż mężczyzn uważa, że nie powinni oni być nauczycielami (43% M : 50% K). W zestawieniu z innymi zawodami rozbieżności są jeszcze mniej znaczące.

Pewne różnice widoczne są z kolei w obrazowaniu poglądów na temat czynników wspomagających terapię. I panie, i panowie podkreślali potrzebę akceptacji (86% M : 93% K) oraz motywacji do wysiłku (tu mocniej panowie: 43% M : 30% K). Kobiety były bardziej niż mężczyźni skłonne do pochwał (14% M : 27% K) i do cierpliwego czekania na dokończenie wypowiedzi osób mówiących niepełnym (43% M : 89% K).

¹⁶ Literę M i K oznaczają odpowiednio mężczyzn i kobiety.

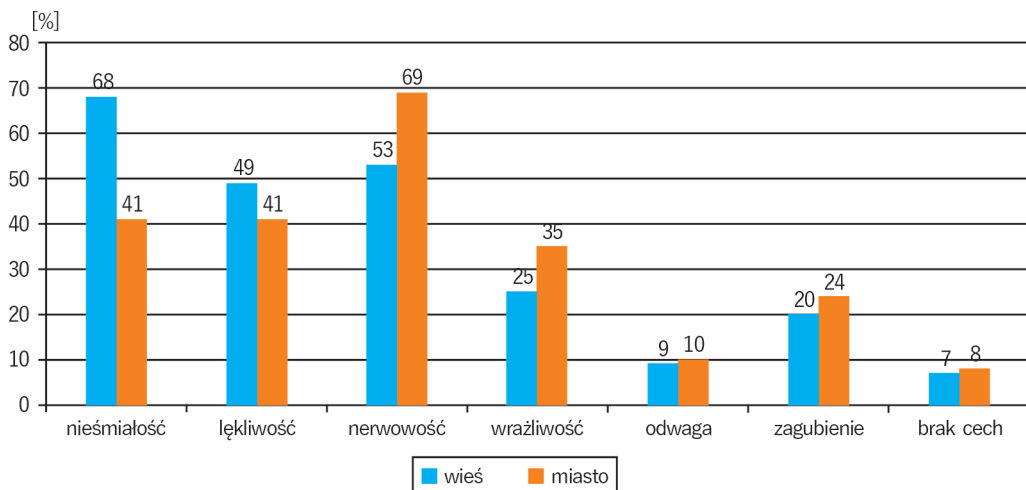


Rysunek 7. Cechy manifestowane przez osoby jąkające się – w opinii ankietowanych, w zależności od płci. Wyniki ankiety POST. Źródło: opracowanie własne.

3.5.2. Postawy dotyczące jąkania się a miejsce zamieszkania

Grupy osób mieszkających na wsi i w mieście były porównywalne, dlatego ten czynnik należy uznać za lepiej zweryfikowany niż zależność od płci.

Badania wykazały, że cechy, które przypisują osobom jąkającym się, mieszkańcy miast i wsi, nie różnią się diametralnie, ale też nie są identyczne. Przed projekcją filmu więcej mieszkańców wsi uważało osoby mówiące nie płynnie za nieśmiałe (69% W : 41% M)¹⁷ i za lękliwe (49% W : 41% M), z kolei więcej zamieszkujących w mieście uważało je za nerwowe (53% W : 69% M) i wrażliwe (25% W : 35% M). Szczegółowe porównanie zawiera rysunek 8.



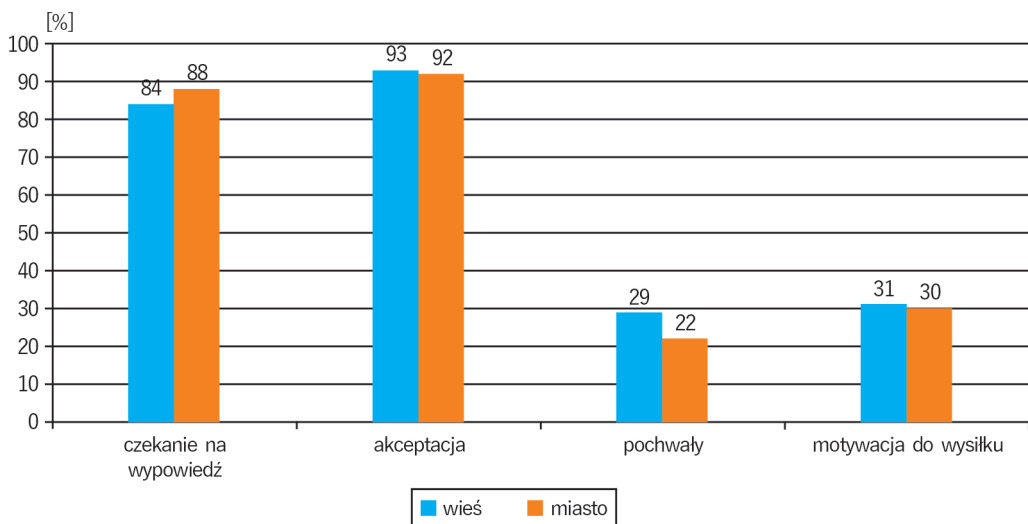
Rysunek 8. Cechy manifestowane przez osoby jąkające się – w opinii ankietowanych, w zależności od miejsca zamieszkania. Wyniki ankiety PRE. Źródło: opracowanie własne.

¹⁷ W oznacza wieś, a M – miasto.

W ankiecie przeprowadzonej po projekcjach mniej więcej tyle samo mieszkańców miast i wsi twierdziło, że osoby jękające się cechuje wrażliwość (niemal połowa ankietowanych w każdej grupie), ale więcej mieszkańców miast niż wsi wskazywało na odwagę, z kolei więcej mieszkańców wsi – na nerwowość, lękliwość i zagubienie.

Zdaniem mieszkańców zarówno wsi, jak i miast (przed projekcją filmu) osoby jękające się nie powinny pracować jako logopedzi (64% W i 65% M) i nauczyciele (tu mieszkańców wsi było więcej: 56% W : 43% M), a także aktorzy (znów mieszkańców wsi było więcej: 31% W : 22% M). Dużo mniej osób dyskredytowało ich jako pilotów (14% W : 15% M), sprzedawców (5% W : 2% M), muzyków (po 2% W i M), pisarzy (tu tylko 2% osób z miasta). Co ciekawe, więcej osób ze wsi (27%) niż z miasta (18%) twierdziło, że jękanie się nie jest żadną przeszkodą w wykonywaniu różnych profesji. Po spotkaniu nie zanotowano już takich różnic – za taką wersją odpowiedziało się po 20% osób z każdej grupy. Z kolei wyłącznie osoby z miasta (i to aż 13%) uważają, że jękający się nie mogą być pilotami.

Istotnych statystycznie różnic pomiędzy osobami pochodzącymi z miasta i ze wsi nie zanotowano w odpowiedziach na pytanie o działania wspomagające terapię logopedyczną osób jękających się (zob. rys. 9).



Rysunek 9. Elementy pomocne w terapii jękania się – w opinii ankietowanych mieszkających na wsi i w mieście. Wyniki ankiety. Źródło: opracowanie własne.

Ponad 90% respondentów z każdej grupy podkreślało potrzebę akceptacji, ponad 80% sugerowało konieczność czekania, aż osoba jękająca się dokończy swoją wypowiedź, blisko 1/3 podkreślała konieczność motywowania do wkładania większego wysiłku we własną wypowiedź. Nieco więcej osób ze wsi (29%) niż z miasta (22%) podkreślało wagę pochwał. Po projekcji filmów ta różnica jeszcze wzrosła (28% W : 0% M).

3.6. Filmy a kształtowanie postaw wobec jękania się – rola spotkań i dyskusji

Osoby ze środowiska logopedów, grup wsparcia, klubów, stowarzyszeń podejmują różnorodne działania w celu zwiększenia świadomości społecznej dotyczącej inności, odmien-

ności, mniejszości (to dotyczy nie tylko jąkających się, ale też niesłyszających, niedowidzących, chorych na rozmaite schorzenia itp.). Do takich działań należą: drukowanie plakatów, ulotek, organizowanie warsztatów, spotkań czy też prowadzenie grup wsparcia. Najlepszym przykładem mogą być wszystkie inicjatywy podejmowane w ramach projektu LOGOLab czy też projekcje filmu dokumentalnego *When I stutter*.

Organizatorom wszystkich tych spotkań w Polsce towarzyszyła myśl, że film może wywoływać silne pobudzenie emocjonalne, skłaniać do refleksji i wpływać na poglądy czy też system wartości widzów. Szczególna rola przypada tu filmom dokumentalnym, one bowiem dostarczają obszernego materiału do analiz i dyskusji oraz pozwalają widzom identyfikować się z przeżyciami konkretnych bohaterów. Choć nie ma jeszcze bogatego materiału empirycznego dotyczącego zastosowania filmów w ramach różnych terapii, wiadomo, że projekcje filmów podczas kursów dla studentów pozwoliły wypracować w nich pożądane, pozytywne cechy i zachowania (por. np. badania tajlandzkie: Smithikrai, 2016). Filmy wykorzystywano także w pracy z amerykańskimi nastolatkami przeżywającymi rozwój swoich rodziców. Wyniki badań dowiodły, że wykorzystanie filmów o dotyczącej ich problematyce pomogło im wyrażać emocje, dzielić się swoimi przeżyciami oraz radzić sobie ze stresem (Marsick, 2010).

Uczestnicy obu spotkań w Skierniewicach i w Rzeszowie również zgodnie stwierdzili (100% odpowiedzi „tak”), że filmy są doskonałym narzędziem do kształtowania postaw wobec jąkania się. Oceniając całość obu sesji, uczestnicy uznali, że wydarzenie to było dla nich ważne i cenne. Świadczą o tym m.in. takie komentarze z czatów aktywnych w czasie spotkań:

- *Bardzo dziękuję za możliwość udziału w dzisiejszym spotkaniu. Dowiedziałam się wielu cennych rzeczy, a przede wszystkim utwierdziłam w przekonaniu, że najważniejszy jest dobrostan pacjenta czy to małego, czy już dorosłego. Metoda pracy i terapii w dobrej relacji pacjent-logopeda-rodzic zawsze się znajdzie!*
- *Bardzo dziękuję za możliwość udziału w tak ważnym i cennym spotkaniu.*
- *Wartościowe spotkanie. Biorę sobie od Państwa „spokój” i „akceptację”, i mam motywację do działania.*
- *Miałam możliwość spojrzeć na temat jąkania się z zupełnie innej strony.*
- *To było cenne spotkanie, skarbnica wiedzy i doświadczenia. Dziękuję :)*
- *Dziękuję bardzo za wartościowe spotkanie, pełne bezcennych doświadczeń i wskazówek :)*

W ankiecie POST zadano pytania: Czy udział w wydarzeniu online poszerzył Pani/Pana wiedzę i (być może) zmienił postrzeganie osób jąkających się? Czy to spotkanie i projekcja filmu miały jakieś dla Pani/Pana znaczenie? Także tutaj wszyscy ankietowani odpowiedzieli twierdząco. Podkreślali, że to było poszerzenie wiedzy teoretycznej o aspekt praktyczny, poznanie doświadczeń innych, a przede wszystkim poznanie problemu z innej perspektywy: z perspektywy osób jąkających się:

- *Zrozumiałam, co czują te osoby.*
- *To spotkanie pomogło mi zrozumieć potrzeby i priorytety osób jąkających się w terapii logopedycznej.*
- *Dowiedziałam się, jak się czują osoby jąkające się i jaki to jest ogromny problem dla nich.*

Wypowiedzi bohaterów filmu *When I stutter* oraz refleksje dyskutantów przyczyniły się do dostrzeżenia problemów osób jękających się, uświadomienia, z czym zmagają się na co dzień, jakich trudności doświadczają:

- *Prócz pogłębienia mojej wiedzy na temat jękania się, uświadomiłam sobie, jak bardzo wada płynności mowy wpływa na życie człowieka, na jego relacje, na funkcjonowanie w środowisku oraz na postrzeganie samego siebie.*
- *Całe wydarzenie uświadomiło mi, że jękanie się nie jest wadą i wcale nie ma konieczności prowadzenia terapii upłynniania mowy, lecz warto uświadomić sobie oraz otoczenie, jak ważne jest zaakceptowanie osoby jękającej się taką, jaką jest.*
- *Nie miałam pojęcia o poziomie lęku osób jękających się, o tym, że potrafią przez czyjeś słowa zamilknąć na długi czas.*
- *Od teraz będę inaczej patrzyła na ludzi jękających się. Nigdy nie myślałam, że oni natrafiają na tak wiele problemów i przeciwności związanych z jękaniami się. Podziwiam ich wytrwałość i siłę.*

Respondenci mówili także o poszerzeniu swojej wiedzy:

- *Po tym wydarzeniu wiem, że nie istnieją żadne zawodowe ograniczenia dla osób jękających się.*
- *Z pewnością udział w spotkaniu dał inną perspektywę postrzegania terapii, upewniłam się, że kluczem jest zrozumienie potrzeb osoby jękającej się.*
- *Poszerzyłam swoją wiedzę odnośnie do przyczyn jego występowania, nie sądziłam, iż jękanie się ma podłoże neurologiczne. Spotkanie zachęciło mnie do poszerzania wiedzy w tym aspekcie.*

Ankietowani wprost pisali o tym, że sesja (projekcja filmu dokumentalnego i dyskusja) zmieniła ich postawę wobec osób jękających się, ale też wobec wszelkich innych wad czy ułomności:

- *Projekcja filmu utwierdziła mnie w przekonaniu, że powinniśmy akceptować siebie i innych, bez względu na ułomności.*
- *Spotkanie z osobami jękającymi się i przedstawienie jękania się z ich punktu widzenia to niezwykle cenne doświadczenia i możliwość do zmiany własnych poglądów na temat jękających się osób.*
- *Wydarzenie online to „rewolucja” w sposobie mojego myślenia. Uświadomiłam sobie, że najważniejszy jest pacjent i jego potrzeby, a nie cele i ambicje terapeuty.*

Podkreślali, że takie spotkania są ważne nie tylko dla logopedów czy terapeutów, ale edukacja w tym zakresie przydałaby się całemu społeczeństwu:

- *Myślę że przydałaby się również edukacja skierowana do ogółu społeczeństwa i obalenie mitów na temat jękania się.*

4. Wnioski

Jękanie się i osoby jękające się, podobnie jak inne mniejszościowe grupy społeczne i ich cechy, to problematyka, która obrosła w wiele stereotypów, z których znaczna część to konotacje negatywne: jękający się mają być mniej inteligentni, mniej przebojowi, podobno nie nadają się do wykonywania wielu zawodów, są wolniejsi nie tylko w mowie, ale też

w myśleniu czy działaniu itp. Trzeba jednak pamiętać, że stereotypy przeważnie **utrwalają nie cechy istotne**, esencjalne, definicyjne, ale **uznane potocznie za typowe** (Bartmiński, Panasiuk, 2012, s. 371–372). Mimo to trudno jest je zmienić¹⁸, a wszelkie modyfikacje wymagają czasu, są procesem złożonym, zależnym od wielu czynników wewnętrznych i zewnętrznych.

Badania naukowe jednoznacznie potwierdzają potrzebę kształtowania właściwych postaw wobec różnych ludzkich odmienności, niepełnosprawności, ułomności czy braków (por. St. Louis, 2015; Węsierska i in., 2015). Najlepszym sposobem na to są wszelkiego rodzaju kampanie informacyjne, w naturze ludzkiej bowiem leży obawa przed czymś, czego nie znamy. Człowiek często współczuje drugiemu (nie zawsze potrzebnie!), ale nic dla niego nie robi, a często unika go, bo nie wie, jak się zachować, jak pomóc¹⁹. Pewnych zachowań trzeba się po prostu nauczyć.

Jak pokazują badania, filmy zmieniają postawy, kształtują świadomość, uczą i wpływają na zachowania widzów wobec różnych cech i zachowań innych. Często są pierwszym źródłem informacji w zakresie, którego dana osoba nie doświadczyła jeszcze w rzeczywistości. Warto zatem uświadomić sobie, że w filmach fabularnych obraz jąkania się jest często wypaczony: jąkanie się występuje jako cecha mająca potęgować niekorzystny obraz bohatera. Zwłaszcza filmy starsze, z minionego stulecia, wyposażają postaci z niepełnością mówienia w charakterystyczne zachowania, takie jak złość, zazdrość, silna ekspresja zwłaszcza negatywnych emocji. Poza tym często przypisują takiemu bohaterowi chorobę psychiczną, niższy poziom intelektualny czy też alkoholizm. Stereotypowe kształtowanie wizerunku postaci filmowej znajduje później odzwierciedlenie w przekonaniach i postawach osób, które nigdy wcześniej nie miały osobistego kontaktu z osobą jąkającą się. To również pokazały nasze badania.

Rola filmów dokumentalnych promujących właściwe postawy wobec osób należących do mniejszości jest zatem nie do przecenienia. Film taki musi być materiałem poszerzającym wiedzę i uświadamiającym, jak ważna jest rola widza w tworzeniu codzienności – w tym przypadku – osoby jąkającej się. Takim filmem z pewnością jest dokument *When I stutter*. Wyniki analiz prowadzonych przy okazji jego projekcji jednoznacznie pokazały zmianę postaw wobec osób jąkających się. Ankietowani przed spotkaniem uznawali, że istnieją liczne ograniczenia w wykonywaniu wielu zawodów (głównie logopedy, nauczyciela i aktora), po spotkaniu diametralnie zmienili zdanie na ten temat – większość nie widziała już żadnych ograniczeń. Przed projekcją 2/3 ankietowanych uznało jąkających się za nerwowych, nieśmiałych i załkniętych, po projekcji dominowały opinie, że są oni przede wszystkim odważni i wrażliwi. W ankiecie PRE respondenci sugerowali, że jąkający się powinni wkładać więcej wysiłku w pracę nad swoją mową, po projekcji takich sugestii było zdecydowanie

¹⁸ Sam termin *stereotyp* wywodzi się z gr. *stereos* ‘twardy’. Walter Lippmann podkreślał schematyzm i jednostronność stereotypów, wielu naukowców uważa, że fałszują one obraz świata, bywają niebezpieczne (np. stereotypy narodowościowe są często źródłem konfliktów i zachowań agresywnych) (por. Bartmiński, Panasiuk, 2012, s. 372).

¹⁹ Jeśli wiemy, że osób niewidomych nie można nagle łapać i ich popychać (działając przecieży w dobrych intencjach, np. pomagając wejść do autobusu czy przejść przez ulicę), nie będziemy tego robić. Tak samo musimy wiedzieć, że kończenie zdania za jąkającego się nie jest dla niego pomocą, lecz dodatkowym stresem, a przecieży często robimy to w przekonaniu, że tym sposobem „ulżymy” rozmówcy. Takie niewłaściwe postawy nie wynikają ze złych chęci, ale z niewiedzy.

mniej, a dominowały stwierdzenia o akceptacji i pochwały. Dzięki filmowi uczestnicy spotkań dowiedzieli się więcej na temat jąkania się. Uświadomili sobie, że bardzo ważne jest wspieranie działań, które mogłyby przyczynić się do wzrostu wiedzy na temat tego zaburzenia mowy oraz jego akceptacji, co w konsekwencji wpłynęłoby przede wszystkim na ograniczenie wykluczenia społecznego osób jękających się.

Wszyscy uczestnicy spotkań podkreślali potrzebę organizowania wydarzeń przybliżających problemy osób zmagających się z jakimikolwiek ograniczeniami. W ankiecie znalazło się mnóstwo pozytywnych komentarzy i zapewnień o korzyściach płynących z projekcji filmowych, po których można jeszcze przedyskutować różne zagadnienia. Niech ilustracją tych głosów będzie poniższy komentarz:

Wydarzenie to zmieniło wiele w moim myśleniu na temat osób jękających się. Wcześniej nie pomyślałam o tym, żeby spojrzeć na „problem” jąkania się nie jako na coś, z czym trzeba walczyć, a wręcz przeciwnie, zaakceptować. W tej chwili myślę, że większą uwagę powinno się przykładac nie tyle do terapii jąkania się, ile do edukowania społeczeństwa na ten temat. Im większą presję wywiera się na osobę jękającą się, im bardziej podkreśla się jej „problem” i próbuje przywrócić do „normalności”, tym gorsze są tego efekty. Jeśli osoba dotknięta jękaniem się czułaby, że może, a nie musi(!), popracować nad swoim sposobem komunikacji, gdyby czuła przy tym swobodę i akceptację ze strony otoczenia, myślę, że efekty terapii byłyby znacznie lepsze.

Trudno stwierdzić, w jakim stopniu zmiany spowodowane jednym czynnikiem (np. obejrzeniem filmu, spotkaniem) są trwałe, dlatego warto byłoby przeprowadzić ankietę wśród tych samych osób np. po roku, żeby dowiedzieć się, czy to faktycznie zmiana, czy też chwilowa modyfikacja postawy. Ale nawet gdyby wyniki były nieco gorsze, nie znaczy to, że takiej formy uświadamiania społeczeństwa, wpływania na ich postrzeganie innych nie warto upowszechniać. Przeciwnie, wypowiedzi studentów wskazują, że jest to ważne, celowe i bardzo potrzebne – zarówno jękającym się, ich terapeutom, jak i całemu społeczeństwu.

Wyniki naszych, a także innych dostępnych badań dotyczących roli filmów w zmianie postaw wobec różnych cech i zachowań, pozwalają nam przypuszczać, że film może mieć tu istotne znaczenie. Z pewnością za dużą jego wartość można/należy uznać to, że stanowi on medium ogólnodostępne, które ma już istotne miejsce w życiu współczesnego człowieka.

Bibliografia

- Bartmiński, J., Panasiuk, J. (2012). Stereotypy językowe. W: J. Bartmiński (red.), *Współczesny język polski* (s. 371–398). Wydawnictwo UMCS.
- Bennett, E.M. (2006). *Working with people who stutter. A lifespan approach*. Pearson Education.
- Bijak, E., Kamińska, D. (2013). Społeczny aspekt jąkania: wskazówki dla jękających się i ich rodziców. *Logopedia Silesiana*, 2, 168–180.
- Błachnio, A., Przepiórka, A., St. Louis, K.O., Węsierska, K., Węsierska, M. (2015). Postawy społeczne wobec jąkania w Polsce – przegląd badań z użyciem POSHA-S. W: K. Węsierska (red.), *Zaburzenia płynności mowy, teoria i praktyka* (s. 89–99). Komlogo Piotr Gruba.

- Boyle, M.P., Blood, G.W. (2015). Stigma and stuttering: Conceptualizations, applications, and coping. W: K.O. St. Louis (red.), *Stuttering meets stereotype, stigma, and discrimination: An overview of attitude research* (s. 43–71). West Virginia University Press.
- Boyle, M.P., Fearon, A.N. (2018). Self-stigma and its associations with stress, physical health, and health care satisfaction in adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 56, 112–121.
- Johnson, J.K. (2008). The visualisation of the twisted tongue: Portrayals of stuttering in film, television and comic books. *The Journal of Popular Culture*, 2, 245–249.
- Kowalczyk, Ł. (2018). Postawy i emocje wobec jąkania – praca z dziećmi oraz rodzicami. Modyfikacja modelu góry lodowej Sheehana. W: A. Myszka, K.I. Bieńkowska (red.), *Głos – Język – Komunikacja 5. W obliczu emocji* (s. 61–71). Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Langevin, M. (2015). Bullying experienced by youth who stutter: The problem and potential intervention strategies. W: K.O. St. Louis (red.), *Stuttering meets stereotype, stigma, and discrimination: An overview of attitude research* (s. 71–90). West Virginia University Press.
- Marsick, E. (2010). Cinematherapy with preadolescents experiencing parental divorce: A collective case study. *The Arts in Psychotherapy*, 37(4), 311–318.
- Mekhakyán, A., Szulc, A., Imielski, W. (2018). Film jako narzędzie psychoterapeutyczne. Wybrane problemy filmoterapii. *Psychiatria*, 15, 3, 127–134.
- Moćko, N., Szczepaniak, A. (2012). Percepcja jąkania – doniesienia z badań. W: A. Podstolec, K. Węsierska (red.), *W świecie logopedii. Materiały dydaktyczne* (t. I, s. 79–102), [Katowice].
- Nowak, S. (1973). Pojęcie postawy w teoriach i stosowanych badaniach społecznych. W: S. Nowak (red.), *Teorie postaw* (s. 23–33). PWN.
- Smithikrai, C. (2016). Effectiveness of teaching with movies to promote positive characteristics and behaviors. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 217, 522–530.
- St. Louis, K.O. (2015). Epidemiology of public attitudes toward stuttering. W: K.O. St. Louis (red.), *Stuttering meets stereotype, stigma, and discrimination: An overview of attitude research* (s. 7–42). West Virginia University Press.
- St. Louis, K.O. (2011). The public opinion survey of human attributes-stuttering (POSHA-S): Summary framework and empirical comparisons. *Journal of Fluency Disorders*, 36, s. 256–261.
- Weidner, M.E., St. Louis, K.O. (2014). *The public opinion survey of human attributes – stuttering/child (POSHA-S/Child)*. Populore.
- Węsierska, K., Buchta, R., St. Louis, K.O. (2016). *Stuttering attitudes of polish catholic priests, religious educators, seminary students, and religious education students*. Poster presented at the Annual Convention of the American Speech-Language & Hearing Association (ASHA): Everyday leadership. Leadership every day (Philadelphia, USA).
- Węsierska, K., Pakura, M. (2018). Sytuacja dorosłych zmagających się z jąkaniem w Polsce w opiniach logopedów i osób jąkających się. W: K. Węsierska (red., przy współpracy K. Gaweł), *Zaburzenia płynności mowy* (s. 113–130). Harmonia Universalis – Grupa Wydawnicza Harmonia.
- Węsierska, K., Węsierska, M., Beste Guldborg, A., St. Louis, K.O. (2015). A comparison of knowledge and attitudes toward stuttering of Polish SLPs and SLP students. W: K.O. St. Louis (red.), *Stuttering meets stereotype, stigma, and discrimination: An overview of attitude research* (s. 216–225). West Virginia University Press.
- Van Riper, C. (1982). *The nature of stuttering*. Prentice-Hall.
- Yairi, E., Ambrose, N. (2020). Epidemiologia jąkania – postępy w badaniach naukowych w XXI wieku. W: K. Węsierska, M. Witkowski (red.), *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka* (s. 51–98). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Yairi, E., Seery, Ch. (2011). *Stuttering: Foundation and clinical applications*. Pearson Education.
- Zajonc, R.B. (1984). On the primacy of affect. *American Psychologist*, 39, 117–123.

Aneks

Kwestionariusz PRE

1. Miejsce zamieszkania:

- a) miasto
- b) wieś

2. Płeć:

- a) kobieta
- b) mężczyzna

3. Czy miała/miał Pani/Pan kiedykolwiek okazję rozmawiać z osobą jąkającą się?

- a) tak
- b) nie

4. Czy kojarzy Pani/Pan jakiś film, w którym występowała osoba jąkająca się? Jeśli tak – proszę o podanie jego tytułu

5. Czy przychodzi Pani/Panu do głowy jakaś osoba znana publicznie, która się jąka? Jeśli tak, proszę o podanie jej nazwiska

6. Czy sądzi Pani/Pan, że osoby jąkające się częściej niż inni manifestują niektóre cechy? Proszę wskazać które (maks. 3 odp.):

- a) lękliwość
- b) nerwowość
- c) nieśmiałość
- d) niższy poziom intelektualny
- e) odwaga
- f) wrażliwość
- g) zagubienia
- h) żadne z powyższych

7. Czy Pani/Pana zdaniem osoby jąkające się nie powinny wykonywać niektórych zawodów? Jeśli tak, proszę wskazać których (maks. 3 odp.):

- a) aktor
- b) analityk finansowy
- c) logopeda
- d) muzyk
- e) nauczyciel
- f) pilot samolotów
- g) pisarz
- h) sprzedawca
- i) tancerz
- j) uważam, że nie ma żadnych ograniczeń w tym zakresie

8. Proszę o wskazanie, co wydaje się Pani/Panu pomocne w terapii osób jąkających się (maks. 3 odp.):

- a) kary
- b) pochwały
- c) czekanie, aż osoba jąkająca dokończy odpowiedź

- d) domyślanie się, co osoba jąkająca się chce powiedzieć, i kończenie wypowiedzi za nią
- e) akceptacja całej osoby włącznie z jej niepełnością mówienia
- f) motywowanie osoby jąkającej się do tego, by więcej wysiłku włożyła w upłynienie swojej mowy

Kwestionariusz POST

1. Miejsce zamieszkania:
 - a) miasto
 - b) wieś
2. Płeć:
 - a) kobieta
 - b) mężczyzna
3. Czy miała/miał Pani/Pan kiedykolwiek okazję rozmawiać z osobą jąkającą się?
 - a) tak
 - b) nie
4. Czy sądzi Pani/Pan, że osoby jąkające się częściej niż inni manifestują niektóre cechy. Proszę wskazać które (maks. 3 odp.):
 - a) lękliwość
 - b) nerwowość
 - c) nieśmiałość
 - d) niższy poziom intelektualny
 - e) odwaga
 - f) wrażliwość
 - g) zagubienia
 - h) żadne z powyższych
5. Czy Pani/Pana zdaniem osoby jąkające się nie powinny wykonywać niektórych zawodów? Jeśli tak, proszę wskazać których (maks. 3 odp.):
 - a) aktor
 - b) analityk finansowy
 - c) logopeda
 - d) muzyk
 - e) nauczyciel
 - f) pilot samolotów
 - g) pisarz
 - h) sprzedawca
 - i) tancerz
 - j) uważam, że nie ma żadnych ograniczeń w tym zakresie
6. Proszę o wskazanie, co wydaje się Pani/Panu pomocne w terapii osób jąkających się (maks. 3 odp.):
 - a) kary
 - b) pochwały
 - c) czekanie, aż osoba jąkająca się dokończy odpowiedź

- d) domyślanie się, co osoba jękająca się chce powiedzieć, i kończenie wypowiedzi za nią
 - e) akceptacja całej osoby włącznie z jej niepełnością mówienia
 - f) motywowanie osoby jękającej się do tego, by więcej wysiłku włożyła w upłynięcie swojej mowy
7. Czy uważa Pani/Pan, że filmy mogą kształtować postawy widzów wobec jękania się?
- a) tak
 - b) nie
 - c) nie wiem
8. Co według Pani/Pana jest najważniejsze w terapii jękania się?
9. Czy udział w wydarzeniu online w dn. 7 maja 2021 r. poszerzył Pani/Pana wiedzę i (być może) zmienił postrzeganie osób jękających się? Czy to spotkanie i projekcja filmu miały jakieś dla Pani/Pana znaczenie?
10. Czy według Pani/Pana powinno się organizować takie wydarzenia?
- a) tak
 - b) nie
 - c) nie mam zdania
11. Serdecznie proszę o podzielenie się własnymi refleksjami, przemyśleniami po udziale w wydarzeniu „Jękanie – co o nim wiemy?” Są one dla mnie bardzo cenne :)



Postawy społeczne polskich nauczycieli oraz uczniów wobec niepełności mowy

Social attitudes of Polish teachers and students towards fluency disorders

Abstract: In this article, the authors present the results of a survey on attitudes towards speech disfluency. The survey was conducted in Poland at the turn of 2020 among nearly 700 students and 100 teachers. The respondents answered questions about the fears and feelings that stutterers may have as well as about the attitudes towards people who stutter. In addition, Kamila Kuros-Kowalska and Natalia Moćko enquired among peers and teachers who have direct contact with a student struggling with speech disfluency about their opinions on the stereotypes concerning stuttering. A further section of the survey checked the respondents' knowledge of the principles of effective communication, the therapeutic approach to stuttering, and the ways of discussing them in the classroom. Based on their research, Kuros-Kowalska and Moćko have identified similarities and differences between the teachers' and students' attitudes to stuttering.

Key words: social attitudes, fluency disorders, students, teachers

Abstrakt: Autorki przedstawiają wyniki badań ankietowych dotyczących postaw wobec niepełności mowy. Badania zostały przeprowadzone na przełomie 2020 i 2021 roku na terenie Polski i wzięto w nich udział blisko 700 uczniów oraz 100 nauczycieli. W trakcie badań pytano szczegółowo o obawy i odczucia, jakie mogą towarzyszyć osobom jękającym się, ale także wobec osób mówiących niepełnie. Sprawdzone ponadto opinie rówieśników oraz nauczycieli, mających bezpośredni kontakt z uczniem zmagającym się z niepełnością mowy, na temat stereotypów dotyczących jękania się. W dalszej części zweryfikowano wiedzę badanych na temat znanych im zasad skutecznej komunikacji i podejścia terapeutycznego w przypadku jękania się, a także sposobu ich omawiania na forum klasy. Na podstawie badań określono podobieństwa i różnice między podejściem nauczycieli i uczniów.

Słowa kluczowe: postawy społeczne, niepełność mowy, uczniowie, nauczyciele

U podstaw niepełności mowy leżą, często wzajemnie z sobą powiązane, czynniki lingwistyczne, biologiczne, psychologiczne i społeczne (szerzej: Chęciek, 2007; Conture, 2001; Guitar, 2006; Kelman, Nicholas, 2013; Lechta, 2004; Riley, Riley, 1979; Rustin i in., 1996, Smith, Kelly, 1997; Starkweather, Gottwald, 1993; Tarkowski, 2007; Wall, Myers, 1995). Te ostatnie mają istotny związek z postawami społecznymi wobec jękania się, które są przedmiotem badań podjętych przez autorki opracowania. Terminy *niepełność mowy* oraz

jąkanie się w niniejszej publikacji uznaje się za synonimiczne i tak również były traktowane w ankietach. Bogdan Wojciszke definiuje *postawę* jako „względnie stałą skłonność do pozytywnego lub negatywnego ustosunkowania się człowieka wobec dowolnego obiektu” (2001a, s. 79). W badaniach postaw społecznych ważne jest określenie ich natężenia. Helena Larkowa (1970), dokonała podziału postaw społecznych wobec osób z niepełnosprawnościami, wskazując na postawy uczuciowe, wolicjonalne oraz intelektualne, wśród nich wyróżnia się postawę pozytywną, pośrednią lub negatywną. Celem autorek było poznanie opinii nauczycieli oraz uczniów na temat niepełności mowy, ich przeżyć związanych z tym problemem oraz zachowań, jakie przejawiają w stosunku do osób *jąkających się*.

Podejście do drugiego człowieka łączy się z niechęcią, stereotypowym myśleniem lub zrozumieniem. Ustosunkowanie negatywne częściej skutkuje krytyką i zgodą na wyrządzenie mu krzywdy (Wojciszke, 2001a, 2001b). Natomiast pozytywne postawy wywołują zachowania, które sprawiają, że chętniej stajemy w obronie drugiej osoby, a dzięki empatii potrafimy zrozumieć, co czuje. Utożsamianie się z innym człowiekiem powoduje, że postawa wobec niego jest bardziej odpowiednia. Zdolność do wczucia się w sytuację innych ludzi wynika z wrażliwości na to, co ich spotyka, oraz umiejętności angażowania się w uczucia pozostałych osób. W empatii ważne jest wyobrażenie sobie tego, co myślą i czują inni, ale także umiejętność przyjęcia ich ról społecznych (Rembowski, 1989).

Na postawy młodych ludzi mają wpływ m.in. rodzice, nauczyciele, ale także środki masowego przekazu (informacje, do jakich dociera młodzież za pośrednictwem internetu czy programów, które ogląda). Najmłodszy postrzegają to, o czym mówią im np. nauczyciele, przez pryzmat ich autentyczności i kompetencji. Większy wpływ będzie miał nadawca, który jest atrakcyjny, lubiany i którego łączą z odbiorcami pewne cechy (Wojciszke, 2001b). Badaniem postaw wobec *jąkania* interesują się od dawna liczni badacze, m.in. Aldona Grzybowska, Irena Łapińska i Róża Michalska (1991), John van Borsel, Inge Verniers i Sofie Bouvry (1991), Eugene B. Cooper i Crystal S. Cooper (1996), Franklin H. Silverman i Tamara A. Bonge (1997), Michelle Dorsey i R. Kim Guenther (2000), April L. Franck, Roberta A. Jackson, Jane T. Pimentel i Gary S. Greenwood (2003), Zbigniew Tarkowski (2002, 2007) oraz Katarzyna Węsierska, Agata Błachnio, Aneta Przepiórka, Kenneth O. St. Louis i Marta Węsierska (2015).

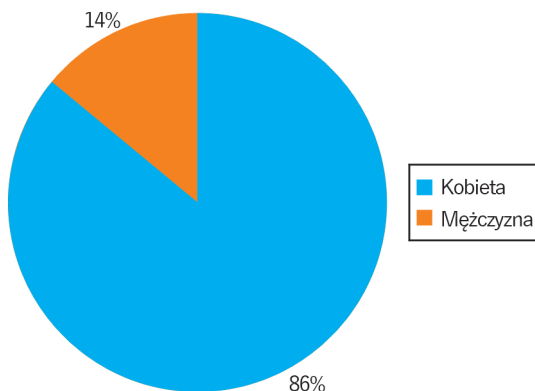
Celem przeprowadzonych badań była próba określenia przekonań oraz poznanie deklarowanych zachowań zarówno nauczycieli, jak i uczniów w stosunku do osób, których dotyczy temat *jąkania*. Bardzo ważne były także informacje o odczuciach, jakie powstały wskutek konkretnych doświadczeń wynikających m.in. ze spotkania z osobą z niepełnością mowy. Sytuacja związana z obecną pandemią COVID-19 spowodowała, że badania ankietowe miały zdalny charakter. Ankiety w takiej postaci pozwoliły zebrać odpowiedzi od licznej grupy osób, co umożliwiło wyciągnięcie przekonujących wniosków.

Wyniki: nauczyciele

Badania, które prowadziły autorki, miały postać ankietową (przeprowadzono je w formie zdalnej, za pomocą odpowiedniego do tego typu badań formularza) z pytaniami (w większości) zamkniętymi oraz jednokrotnego wyboru. Ankieta, wraz z informacją

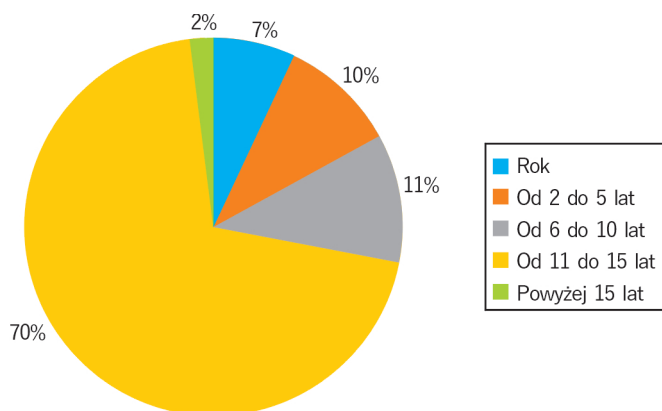
wprowadzającą zawierającą instrukcję na temat sposobu udzielania odpowiedzi, została przesłana do nauczycieli (nauczycieli wychowawców, nauczycieli przedmiotowych, nauczycieli specjalistów, w tym: logopedów, psychologów i pedagogów) z terenu województwa śląskiego. Badania prowadzono od grudnia 2020 roku do kwietnia 2021 roku. Zestawione wyniki zostały zaprezentowane w postaci wykresów, zawierających informację o wartości procentowej udzielonych odpowiedzi.

Uzyskano odpowiedzi od 99 respondentów, wśród których większość stanowiły kobiety (86%). Rozkład wyników został zaprezentowany na rysunku 1.



Rysunek 1. Płeć respondentów.

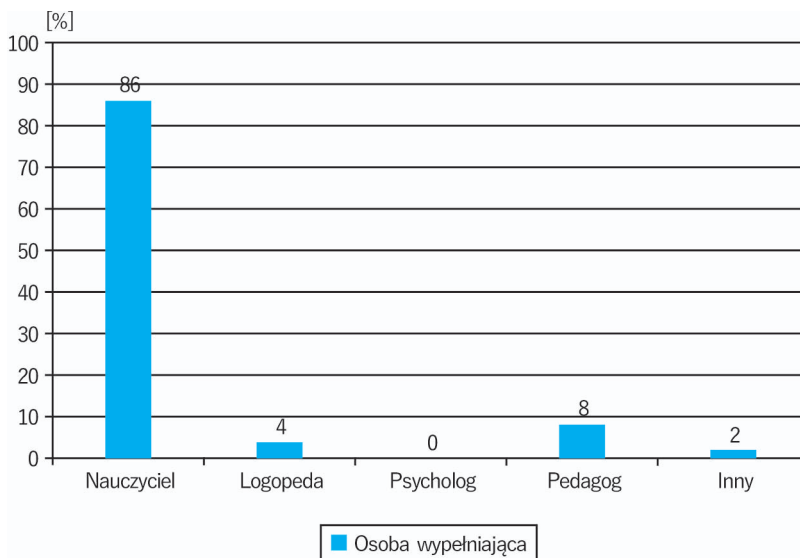
W badaniu najczęściej udzielali odpowiedzi nauczyciele ze stażem zawodowym od 11 do 15 lat – stanowili oni 70% respondentów. Najmniej liczną grupą byli nauczyciele na początku drogi zawodowej, z rocznym stażem pracy (2%). Szczegółowe wartości prezentuje rysunek 2.



Rysunek 2. Staż pracy respondentów.

W kolejnym pytaniu uczestników poproszono o dookreślenie charakteru ich pracy z uczniem – jako nauczyciel lub specjalista: prowadzący zajęcia logopedyczne, psychologiczne, pedagogiczne lub innego rodzaju zajęcia z uczniem odbywające się w placówce oświa-

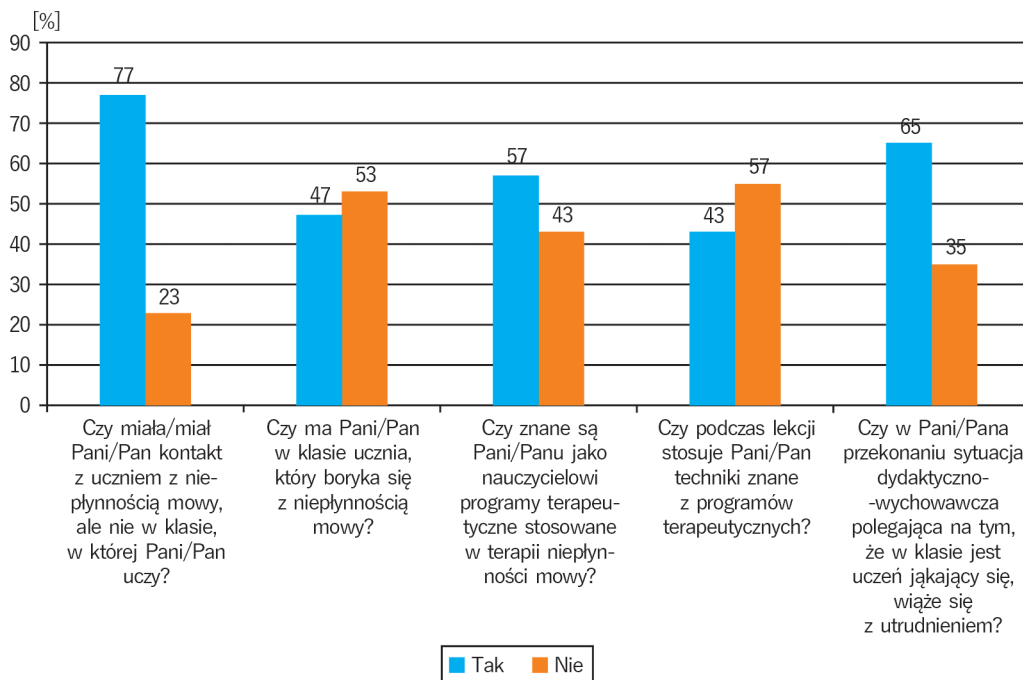
towej. Zgodnie z udzielonymi odpowiedziami najliczniejszą grupę respondentów stanowili nauczyciele (wychowawcy oraz nauczyciele przedmiotowi) – 86%. Nie uzyskano odpowiedzi od grupy psychologów, stosunkowo nieliczną grupą respondentów byli także specjaliści: logopedzi i pedagodzy. Rozkład procentowy odpowiedzi został przedstawiony na rysunku 3.



Rysunek 3. Informacja na temat zawodu osoby wypełniającej ankietę.

W dalszej części badania poproszono respondentów o odpowiedź na pytania o charakterze zamkniętym (odpowiedzi: „tak”/”nie”), dotyczące pracy z uczniem. Udzielenie odpowiedzi na jedno z pytań miało na celu określenie bezpośrednich odczuć nauczycieli, którzy zostali zapytani o to, czy praca z uczniem z niepełnością mowy jest trudna. Ponadto respondentów zapytano o opinie na temat stanu ich wiedzy związanej z wdrażaniem rozwiązań terapeutycznych w warunkach edukacyjnych. Z odpowiedzi wynika, że ponad połowa nauczycieli (53%) miała w pracy – w klasie, w której uczy – styczność z uczniem z niepełnością mowy. Jednocześnie zdecydowana większość nauczycieli (77%) twierdzi, że nie miała kontaktu z takim uczniem w innych klasach (np. tych, w których prowadziła zajęcia w ramach zastępstwa). Może to oznaczać, że uczniowie prezentujący niepełność mowy są mniej widoczni na forum klasy i o ich trudnościach wiedzą ci nauczyciele, którzy mają z nimi regularny kontakt. Nauczycielom (43% respondentów) znane są programy terapeutyczne i, co ważne, stosują oni w czasie lekcji techniki wspomagające uczniów mówiących niepełnie (57%). Ponad połowa respondentów uważa jednak, że praca z uczniem z tego typu utrudnieniami w komunikacji jest zadaniem trudnym. Odpowiedzi udzielone na przywołane wcześniej pytania zostały przedstawione na rysunku 4.

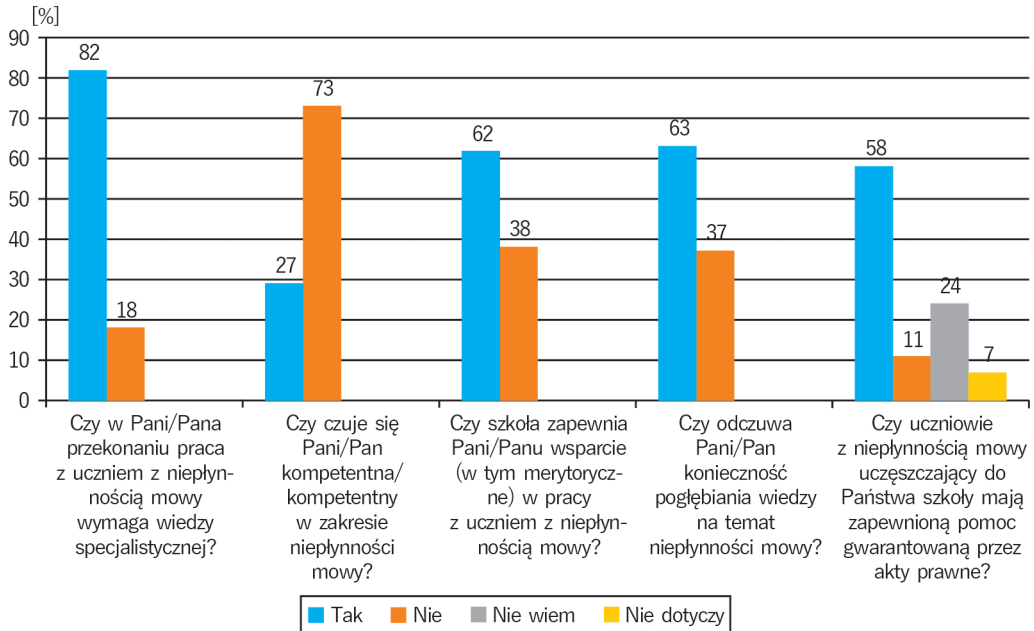
W dalszej części badania zapytano respondentów o ich kompetencje do pracy z uczniem z niepełnością mowy. Większość nauczycieli (82%) twierdzi, że uczeń z niepełnością mowy w klasie wymaga specjalistycznego podejścia. Z opinii nauczycieli wynika jednak, że w większości są oni przekonani o braku kompetencji do pracy z uczniem z tego typu trudnościami (73%), nawet jeśli placówka zapewnia im wsparcie podczas pracy z uczniem



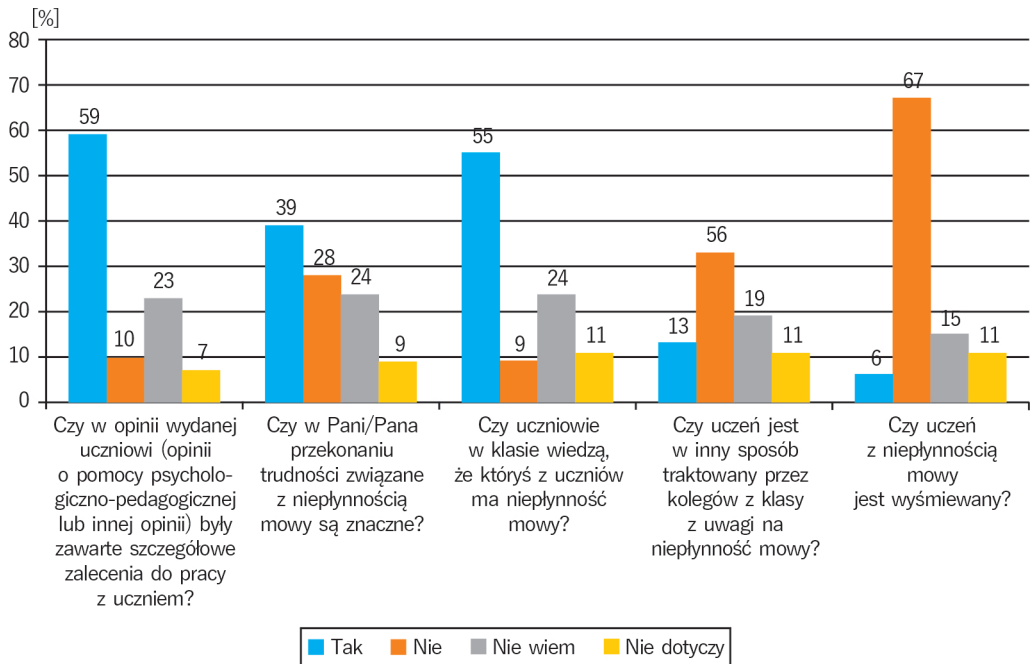
Rysunek 4. Opinie nauczycieli na temat bezpośredniej pracy z uczniem z niepełnością mowy.

jąkającym się (62%). Jednocześnie 63% respondentów przyznało, że odczuwa potrzebę pogłębienia wiedzy w tym zakresie. Na uwagę zasługuje odpowiedź dotycząca organizacji ustawowej pomocy dla uczniów z niepełnością mowy. Zdaniem 58% badanych uczeń taki powinien mieć zapewnioną odpowiednią pomoc wynikającą z dokumentu wymagającego dostosowania oceniania do trudności będących skutkiem zaburzenia (m.in. rozporządzeń MEN, opinii poradni psychologiczno-pedagogicznych). Szczegółowe odpowiedzi zostały zaprezentowane na rysunku 5.

Kolejna część badania dotyczyła opinii nauczycieli na temat relacji rówieśniczych w klasie, do której uczęszcza uczeń z niepełnością mowy. Zdaniem większości respondentów (59%), w przypadku uczniów ze stwierdzoną potrzebą otrzymywania pomocy na terenie placówki oświatowej, w dokumencie zostały zawarte szczegółowe zalecenia dotyczące pracy z uczniem. Odpowiedzi, że utrudnienia w komunikacji ucznia wynikające z zaburzenia są znaczne, udzieliło 39% pytanym nauczycieli. Na uwagę zasługują wyniki dotyczące reakcji rówieśników na ucznia z zaburzeniem płynności mowy w klasie. Zdaniem nauczycieli w ponad połowie przypadków (55%) uczniowie zdają sobie sprawę z obecności w klasie koleżanki/kolegi z niepełnością mowy, jednak uczeń taki nie jest traktowany przez rówieśników w inny sposób z uwagi na swoje zaburzenie (56%) ani też nie jest wyśmiewany (67% odpowiedzi). Odpowiedzi respondentów zostały zestawione na rysunku 6.

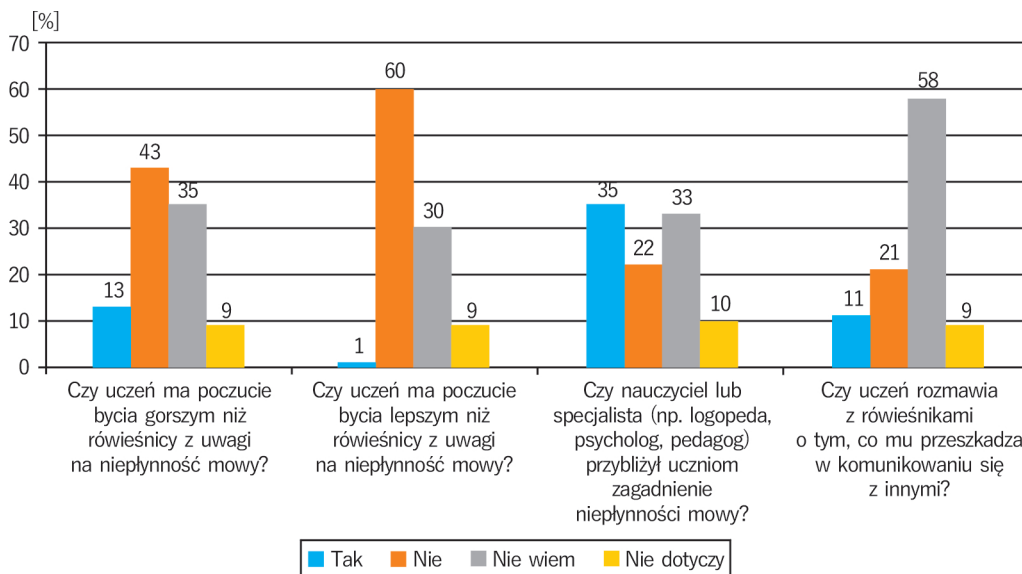


Rysunek 5. Opinie nauczycieli na temat ich kompetencji do pracy z uczniem z niepełnością mowy.



Rysunek 6. Opinie respondentów na temat zachowań rówieśników w klasie względem ucznia z niepełnością mowy.

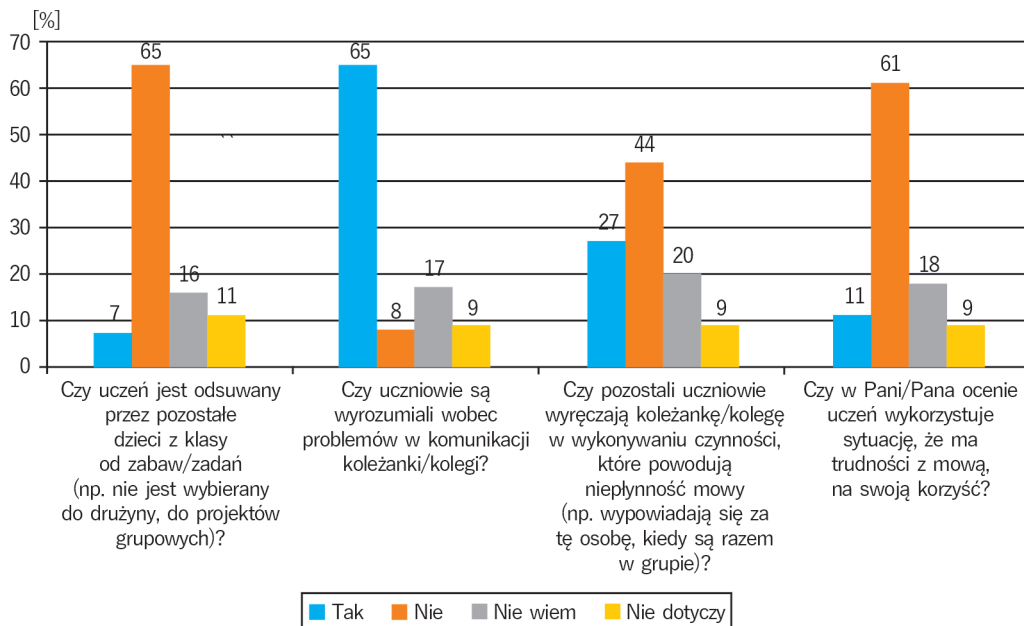
Nauczycieli zapytano ponadto o to, czy z uwagi na niepełność mowy uczeń czuje się, na tle klasy, gorszy (odpowiedź twierdząca 13% respondentów), lepszy (odpowiedź twierdząca zaledwie 1% badanych), a także czy rozmawia z rówieśnikami na temat swoich odczuć wynikających z utrudnień w komunikacji (warto zauważyć, że większość respondentów – 58% – udzieliła w tym przypadku odpowiedzi: „nie wiem”). Zaledwie 22% osób uznało, że specjalista zapoznał uczniów z zagadnieniem niepełności mowy. Wyniki szczegółowe ujęto na rysunku 7.



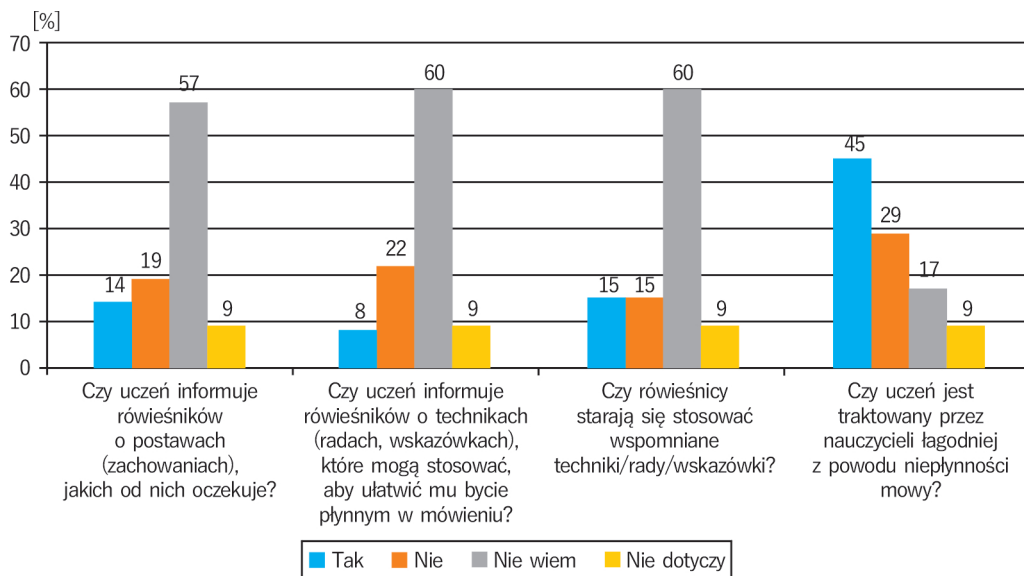
Rysunek 7. Opinie nauczycieli na temat postaw wobec ucznia z niepełnością mowy oraz wiedzy klasy dotyczącej tego zaburzenia, cz. 1.

W przekonaniu respondentów (wyniki szczegółowe ujęte na rysunku 8) uczeń nie jest także odsuwany przez rówieśników od zabaw czy projektów grupowych (odpowiedź 65% ankietowanych) ani także nie jest wyręczany przez kolegów (zdanie 44% badanych) i nie wykorzystuje sytuacji wynikającej ze świadomości na temat zaburzenia komunikacji, by było mu łatwiej (odpowiedź 61% ankietowanych). Zdaniem nauczycieli zaledwie w 8% przypadków uczniowie nie są wyrozumiali względem niepełności mowy kolegi lub koleżanki z klasy.

W dalszej części badania respondentom zadano szczegółowe pytania na temat odczuć ucznia z niepełnością mowy w związku z reakcjami rówieśników. Zapytano m.in. o to, czy uczeń informuje rówieśników o swoich oczekiwaniach; czy udziela informacji na temat technik, które byłyby przydatne w kontaktach koleżeńskich; czy rówieśnicy stosują się do udzielanych podpowiedzi. W przypadku tych pytań większość nauczycieli udzieliła odpowiedzi: „nie wiem”. Natomiast zdaniem blisko połowy respondentów (45%) uczeń taki jest – z uwagi na występujące zaburzenie płynności jego mowy – traktowany przez nauczycieli łagodniej. Informacje o wynikach zostały ujęte na rysunku 9.



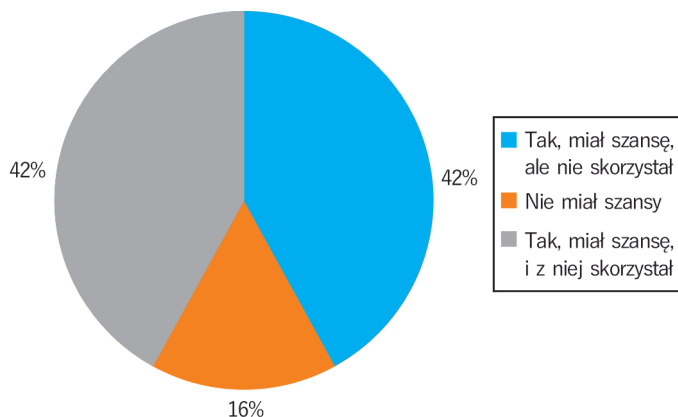
Rysunek 8. Opinie nauczycieli na temat postaw wobec ucznia z niepełnością mowy oraz wiedzy klasy w zakresie tego zaburzenia, cz. 2.



Rysunek 9. Opinie respondentów o bezpośrednich doświadczeniach ucznia w kontaktach rówieśniczych oraz na temat traktowania ucznia przez pozostałych nauczycieli.

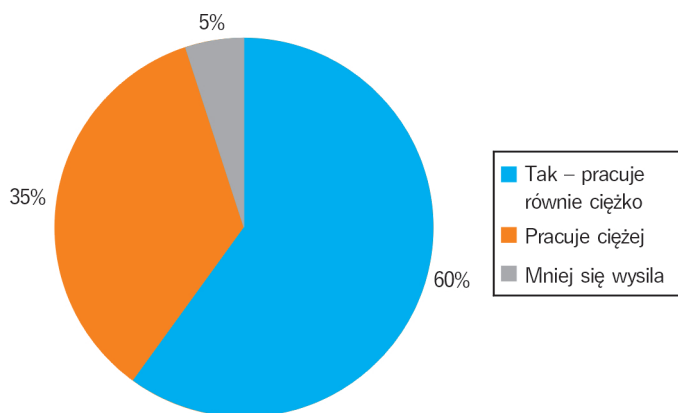
Nauczycielom zadano również pytanie dotyczące świadomości pozostałych uczniów na temat niepełności mowy w związku z przynależnością do społeczności klasowej osoby z tego rodzaju zaburzeniem. W opinii większości nauczycieli uczeń z niepełnością mowy miał szansę, by podzielić się z klasą wiedzą na temat tego zaburzenia. Tyle samo osób

uznało, że uczeń skorzystał z tej możliwości (42%), jak i że nie skorzystał ze sposobności (42%). Warto podkreślić, iż w przypadku tego pytania grupa respondentów (16%) odpowiedziała, że uczeń nie miał możliwości poinformowania klasy o trudnościach, z jakimi się zмага. Szczegółowe odpowiedzi zostały zestawione na rysunku 10.



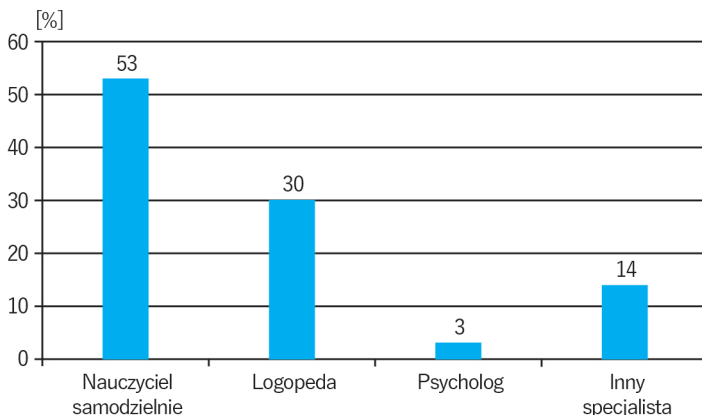
Rysunek 10. Pytanie dotyczące tego, czy uczeń miał szansę poinformowania klasy o trudności, z jaką się zмага, i czy z takiej szansy skorzystał.

Respondenci zostali ponadto zapytani o opinię na temat pracy ucznia (wysiłku, który wkłada w uzyskanie oceny) na tle pozostałej społeczności klasowej. Zdaniem większości nauczycieli (60%) uczeń z niepełnością mowy wkłada tyle samo wysiłku w osiągnięcie sukcesu, co inni uczniowie. Blisko jedna trzecia respondentów uznała jednak, że uczeń taki wkłada więcej wysiłku w naukę niż jego rówieśnicy (rysunek 11).



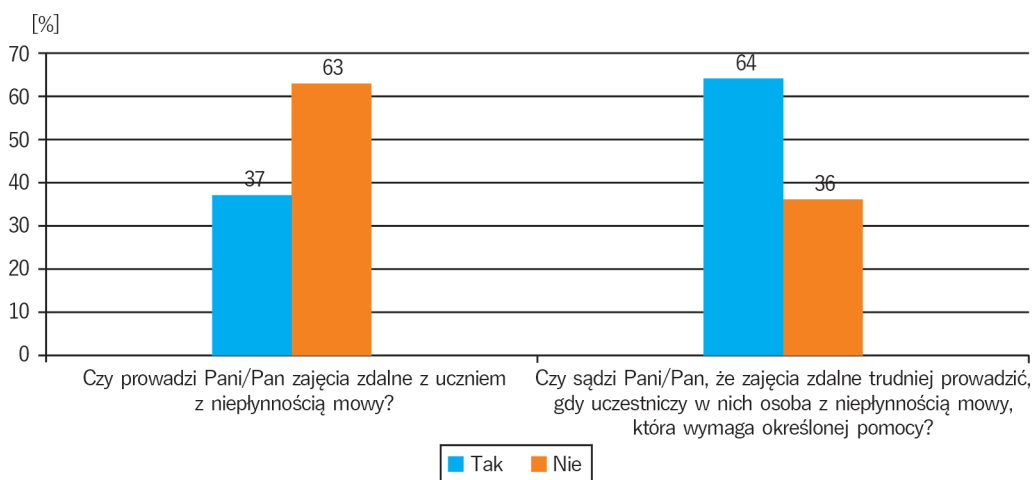
Rysunek 11. Opinia nauczycieli na temat wysiłku, jaki uczeń z niepełnością mowy wkłada w osiągnięcie sukcesu.

Pracujących z uczniem z niepełnością mowy nauczycieli zapytano dalej o to, kto stwierdził występowanie zaburzeń w zakresie komunikacji werbalnej ucznia. Zdaniem respondentów, najczęściej poczynili oni taką obserwację samodzielnie (53% badanych). W drugiej kolejności wymieniany był logopeda (ponad 30% odpowiedzi). Szczegółowe odpowiedzi zostały zaprezentowane na rysunku 12.



Rysunek 12. Odpowiedzi dotyczące tego, kto zauważył niepełność mowy ucznia.

W ostatniej części pytań poproszono o odpowiedź na temat zajęć z uczniem, którego dotyczy niepełność mowy, prowadzonych w wersji zdalnej. Ponad jedna trzecia respondentów (37%) prowadzi tego typu zajęcia z uczniem z niepełnością mowy. Jednocześnie liczna grupa odpowiadających (64%) uznała, że zajęcia z takim uczniem są trudniejsze w wersji zdalnej niż w wersji kontaktowej. Dane dotyczące wymienionych pytań zostały zestawione na rysunku 13.



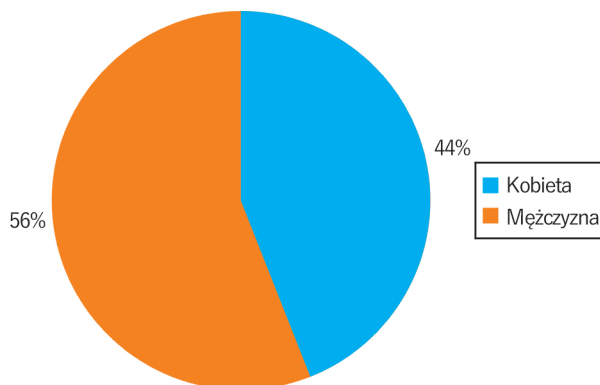
Rysunek 13. Pytania na temat prowadzenia z uczniem z niepełnością mowy zajęć w formie zdalnej.

Wyniki: uczniowie

Druga część badania dotyczyła innej grupy indagowanych – uczniów i również miała charakter ankietowy (kwestionariusz został rozesłany w formie zdalnej). Ankieta, wraz z informacją wprowadzającą zawierającą instrukcję na temat sposobu udzielania odpowiedzi, została przesłana do uczniów wszystkich etapów edukacyjnych (począwszy od szkoły podstawowo-

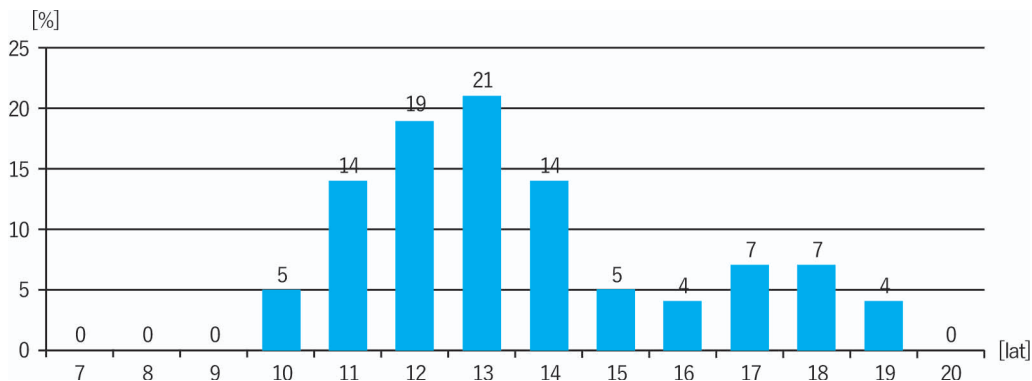
wej) z terenu województwa śląskiego. Zestawione wyniki zostały zaprezentowane w postaci wykresów zawierających informację o wartości procentowej udzielonych odpowiedzi.

W badaniu ankietowym uzyskano odpowiedzi od 684 respondentów z niewielką przewagą chłopców nad dziewczętami (56% względem 44%). Rozkład wyników został zaprezentowany na rysunku 14.



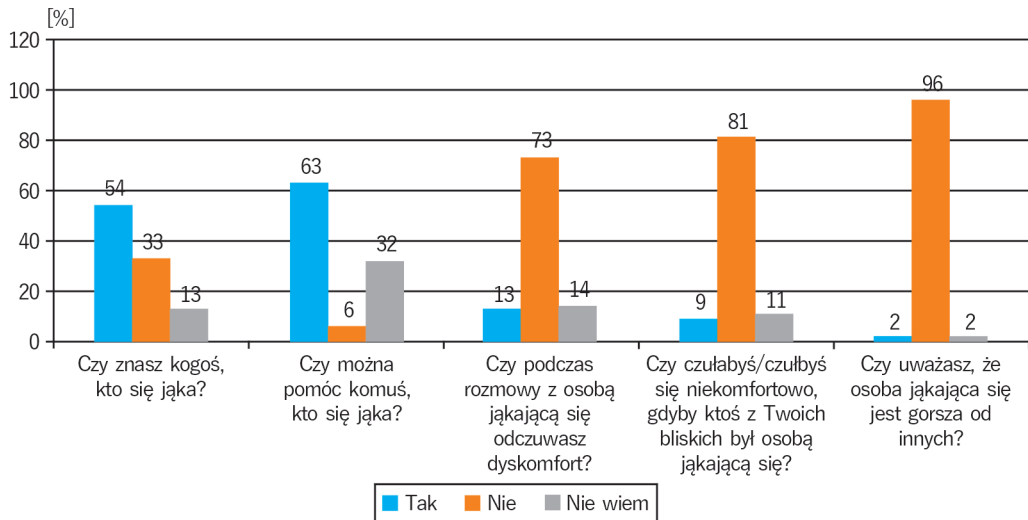
Rysunek 14. Płeć respondentów.

Największą grupę respondentów stanowili uczniowie między 11. a 14. rokiem życia (łącznie 68%). Szczegółowe wartości prezentuje rysunek 15.



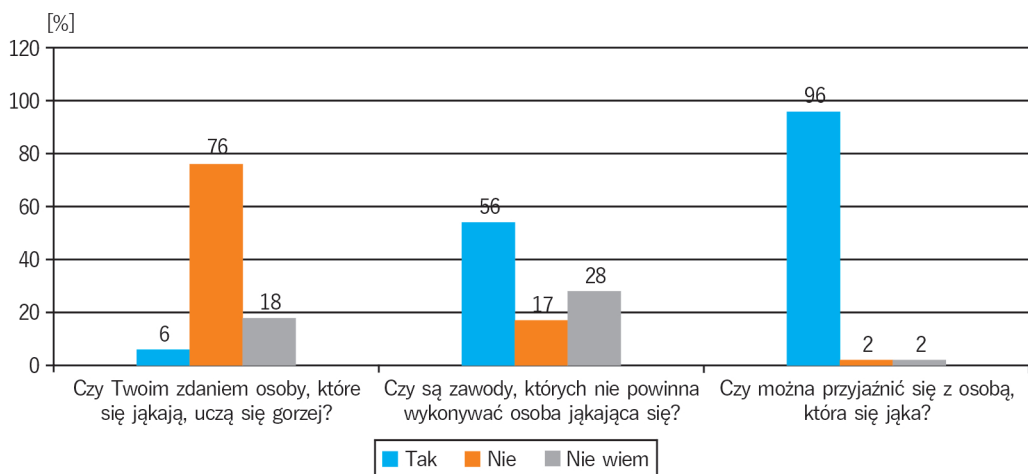
Rysunek 15. Wiek respondentów.

Respondentom zadano pytania zamknięte dotyczące bezpośredniego kontaktu z osobą dotkniętą niepełnością mowy. Z odpowiedzi wynika, że ponad połowa ankietowanych zna osobę jąkającą się (54%) i uważa, że osobie takiej można pomóc (63%). Na pytania związane z negatywnymi skojarzeniami na temat niepełności mowy – m.in. pytaniami o to, czy respondenci odczuwają dyskomfort w rozmowie z osobą niepełną; czy odczuwaliby stres, gdyby niepełnością mowy dotknięty był ktoś z ich bliskich; czy w ich przekonaniu osoba jąkająca się jest gorsza od innych – większość uczniów odpowiedziała przecząco (kolejno: blisko 73%; 81%; 96%). Rozkład procentowy odpowiedzi został przedstawiony na rysunku 16.



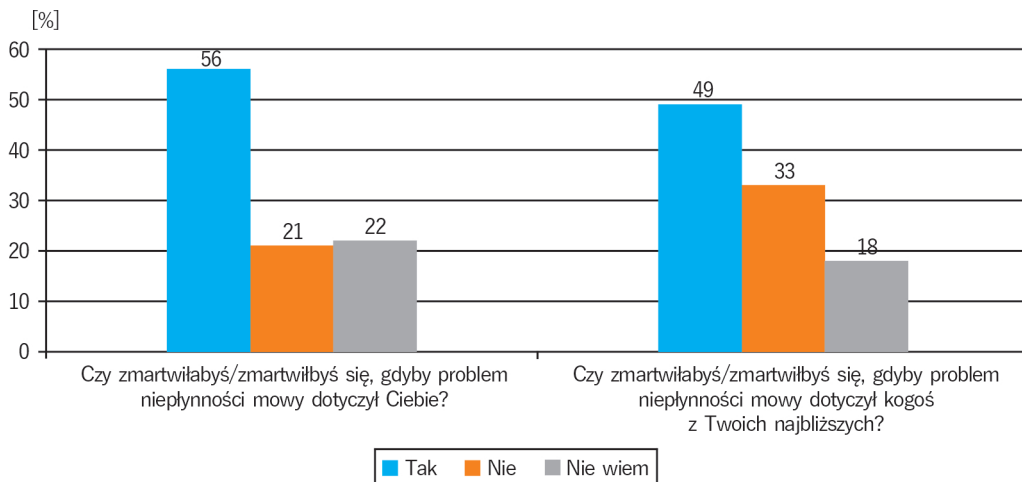
Rysunek 16. Opinie uczniów na temat bezpośredniego kontaktu z osobą z niepełnością mowy oraz negatywnych skojarzeń dotyczących niepełności.

W kolejnych pytaniach poproszono ankietowanych o udzielenie odpowiedzi dotyczących stereotypowych poglądów na temat jąkania: Czy uczeń z niepełnością mowy uczy się gorzej? Czy istnieją zawody, których nie powinna wykonywać osoba jąkająca się? Czy można się przyjaźnić z osobą, która mówi niepełnym? Należy zwrócić uwagę przede wszystkim na niewielką liczbę odpowiedzi: „nie wiem” udzielonych na zadane pytania. Znaczące jest również to, że ponad 90% osób udzieliło odpowiedzi twierdzącej na pytanie dotyczące możliwości nawiązania przyjaźni z osobą jąkającą się. Pozostałe odpowiedzi również wskazują na to, że respondenci nie mają uprzedzeń do osób jąkających się. Wyniki procentowe zostały przedstawione na rysunku 17.



Rysunek 17. Opinie uczniów na temat stereotypów dotyczących osób jąkających się.

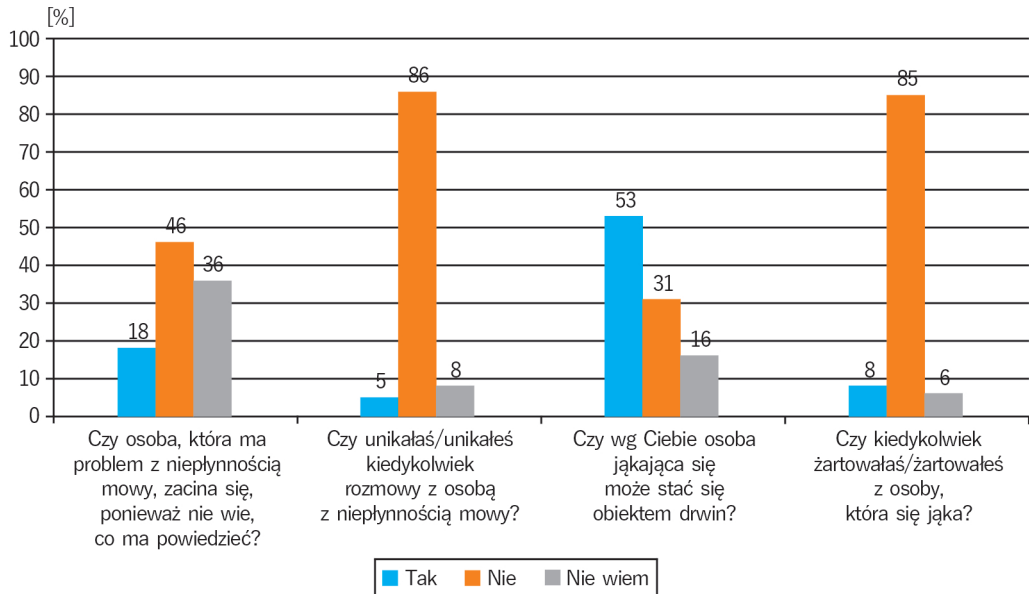
W dalszej części badania zapytano młodzież o to, czy niepełność mowy byłaby powodem zmartwienia, gdyby dotyczyła ich osobiście lub ich najbliższych. W tym wypadku odpowiedzi uczniów potwierdziły obawy związane z ewentualnymi trudnościami z komunikacją, wynikające z jąkania. Ponad połowa (56%) ankietowanych uznała, że byłaby zmartwiona, gdyby niepełność mowy dotyczyła ich bezpośrednio. Blisko połowa (49%) respondentów stwierdziła przy tym, że zmartwiłoby ich, gdyby problem niepełności mowy dotyczył kogoś z ich bliskich. Szczegółowe odpowiedzi zostały zaprezentowane na rysunku 18.



Rysunek 18. Opinie uczniów na temat ich obaw dotyczących własnej niepełności mowy lub jąkania się kogoś z najbliższych.

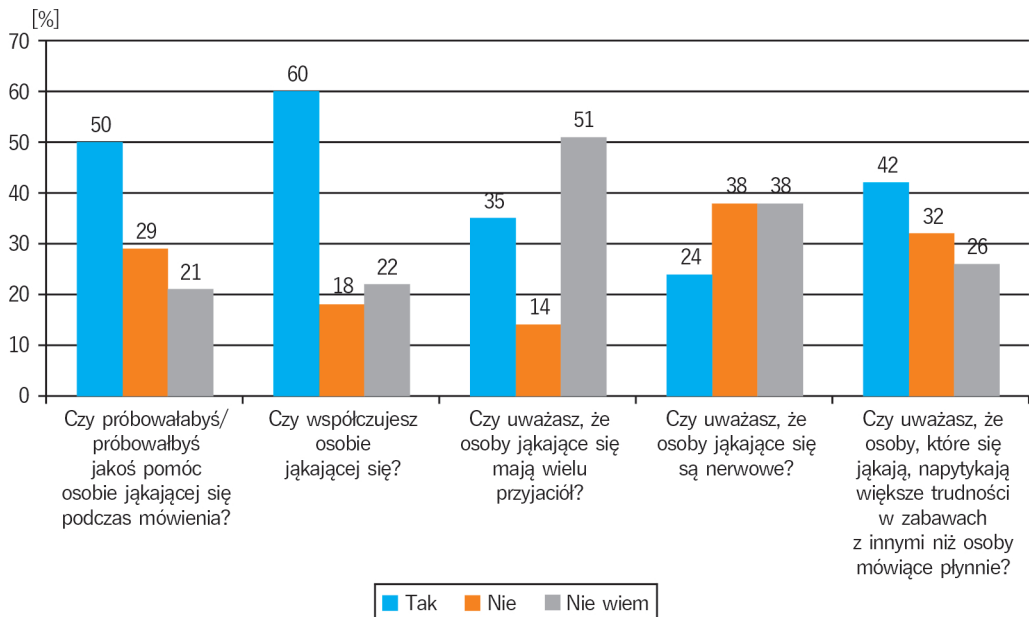
Dalsza część pytań była związana z uzyskaniem opinii na temat tego, jakie mogą być odczucia osób jękających się jako uczniów, a także tego, co może być przyczyną ich jąkania. Zwraca uwagę niezdecydowanie (w porównaniu do poprzednich odpowiedzi) w przypadku pytania o prawdopodobną przyczynę niepełności mowy: Czy osoba, która ma problem z płynnością mowy, zacina się, ponieważ nie wie, co ma powiedzieć? W tym wypadku blisko 40% ankietowanych udzieliło odpowiedzi: „nie wiem”. Kolejne pytania, określające to, czy uczniowie kiedykolwiek unikali rozmowy z osobą jękającą się lub wyśmiewali kogoś mówiącego niepełnie – bezsprzecznie wykluczyły taką możliwość (kolejno 86% i 85% odpowiedzi: „nie”). Warto jednak podkreślić, że zdaniem ponad połowy udzielających odpowiedzi (53%) osoba jękająca się może także stać się obiektem drwin. Odpowiedzi respondentów zestawiono na rysunku 19.

Od uczniów próbowano ponadto uzyskać szczegółowe odpowiedzi na temat uczuć, jakich mogą doświadczać osoby z otoczenia ucznia mówiącego niepełnie. Na uwagę zasługuje odpowiedź dotycząca tego, czy respondenci próbowali kiedyś pomóc osobie jękającej się podczas mówienia. Okazuje się, że połowa pytanym (50%) udzieliła na to pytanie odpowiedzi twierdzącej. Również zapytano także, czy współczują osobie mówiącej niepełnie. Zdecydowana większość (60% ankietowanych) udzieliła w tym przypadku odpowiedzi twierdzącej. Mimo że ankietowani uznali również, iż osoby jękające się nie są



Rysunek 19. Opinie respondentów na temat uczuć, jakich doświadczają osoby jękające się.

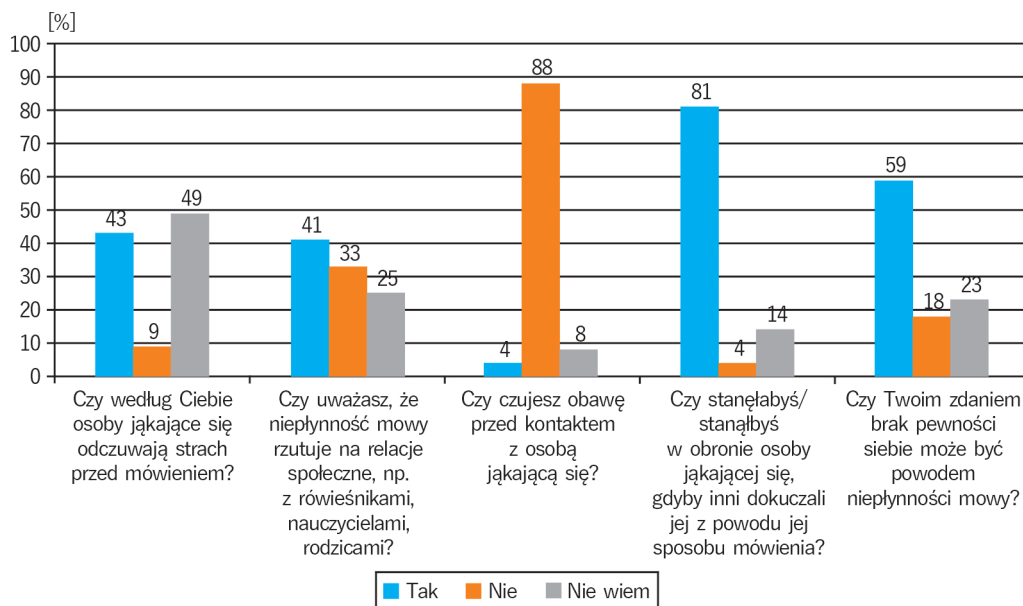
nerwowe (38% odpowiedzi), nie napotykają większych trudności w zabawach z innymi niż pozostali uczniowie (zdaniem 32%), to zaledwie 35% ankietowanych uznało, że osoby mówiące nie płynnie mają wielu przyjaciół. W przypadku tego pytania duża grupa ankietowanych udzieliła także odpowiedzi: „nie wiem”. Wyniki szczegółowe ujęto na rysunku 20.



Rysunek 20. Opinie uczniów na temat uczuć względem osób jękających się i ich funkcjonowania społecznego.

Kolejne pytania, mające pomóc w wyjaśnieniu tego, jak zachowania osób jękających się odbierają ich rówieśnicy, a także w jaki sposób postrzegają ich funkcjonowanie w grupie rówieśniczej, były związane ze strachem, uprzedzeniami i pewnością siebie. Pytanie dotyczące możliwości występowania u osób jękających się strachu przed mówieniem zostało odebrane jako najtrudniejsze – respondenci mieli problem z udzieleniem jednoznacznej odpowiedzi: albo twierdzącej, albo przeczącej. Blisko 50% uczniów uznało, że nie wie, czy osoby jękające się mogą odczuwać strach przed mówieniem. Respondenci nie udzielili także jednoznacznej odpowiedzi na pytanie o to, czy niepełność mowy rzutuje na relacje społeczne z rówieśnikami, nauczycielami, rodzicami. Blisko 90% ankietowanych uznało jednak, że nie czuje obawy przed kontaktem z osobą jękającą się.

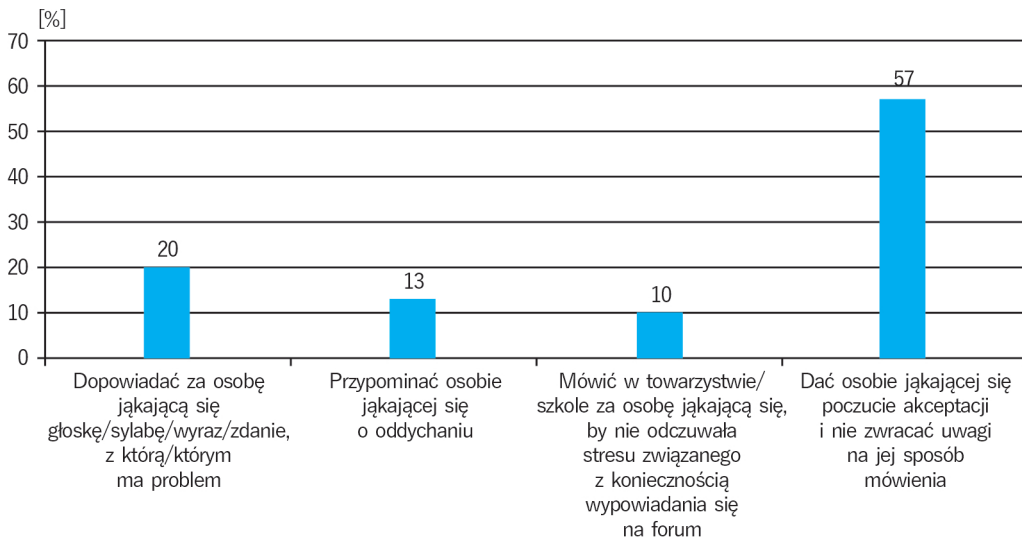
Zaskakująca okazała się odpowiedź na pytanie o to, jaki może być związek niepełności mowy i pewności siebie. Ponad połowa pytanym (59%) uznała, że brak pewności siebie może być powodem jękania się. Na uwagę zasługuje także chęć wystąpienia w obronie osoby jękającej się w wypadku dokuczania ze strony innych, deklarowana przez 81% ankietowanych. Wyniki szczegółowe prezentuje rysunek 21.



Rysunek 21. Opinie uczniów na temat ich podejścia do zagadnienia jękania.

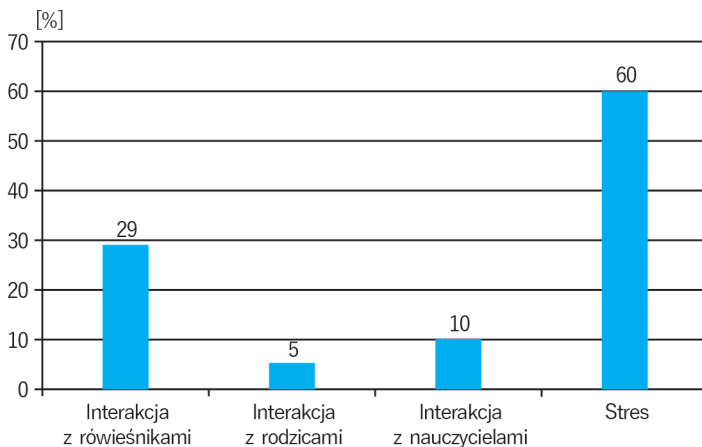
Młodzi ludzie zostali także poproszeni o określenie sposobów pomocy osobie jękającej się. Uczniowie mogli wybrać spośród następujących odpowiedzi:

- Dopowiadać głoskę/sylabę/wyraz/zdanie, z którym osoba jękająca się ma problem.
 - Przypominać o oddychaniu.
 - Mówić w towarzystwie/szkole za osobę jękającą się, by nie odczuwała strachu związanego z koniecznością wypowiedzenia się na forum.
 - Dać osobie jękającej się poczucie akceptacji i nie zwracać uwagi na jej sposób mówienia.
- W przypadku tego pytania respondenci najczęściej wskazywali ostatnią z wymienionych odpowiedzi (57%). Informacje o wynikach zostały ujęte na rysunku 22.



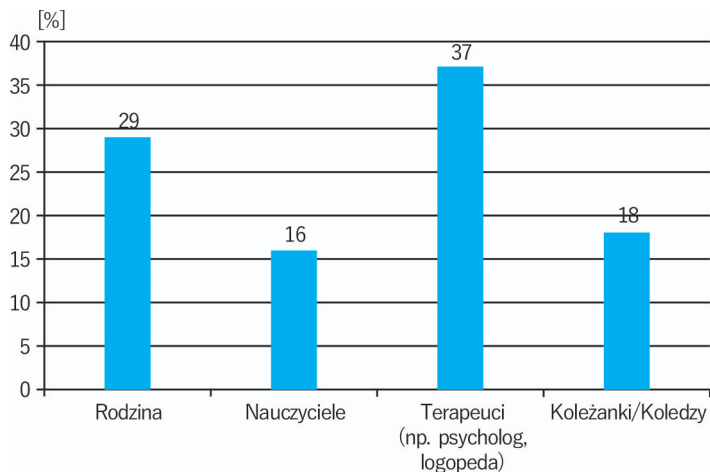
Rysunek 22. Wskazywane przez uczniów możliwości pomocy osobie jąkającej się.

Autorki badania postanowiły zadać również pytanie pozwalające określić, co uczniowie wskażą jako potencjalne źródło pogorszenia płynności mowy. W tym przypadku najczęściej wskazywana (60%) była odpowiedź: „stres”. Szczegółowe odpowiedzi zostały zestawione na rysunku 23.



Rysunek 23. Pytanie o możliwe źródła pogłębienia niepłynności mowy u dzieci/nastolatków.

W ostatniej części badania respondentów poproszono o wskazanie osoby lub osób, która/które powinna/powinny pomóc jąkającemu się uczniowi. Największą liczbę wskazań odnotowano dla odpowiedzi: „terapeuci” (37%). Zdaniem nastolatków za pomoc udzielaną osobie jąkającej się w dużej mierze odpowiedzialna jest rodzina (29% wskazań), a także sami respondenci, tj. koleżanki i koledzy ucznia z niepłynnością mowy (18% odpowiedzi). Dane procentowe zostały ujęte na rysunku 24.



Rysunek 24. Pytanie o to, kto – zdaniem uczniów – powinien pomóc osobie jękającej się.

Podsumowanie

W badaniach podjęty został temat postaw wobec niepełności mowy ujmowanych z perspektywy dwóch grup społecznych – uczniów i nauczycieli. Badanie dotyczyło oceny postaw społecznych wobec osób z niepełnością mowy dokonanej z perspektywy respondentów, a także postaw samych respondentów wobec osób z niepełnością mowy. Można uznać, że ankiety przeprowadzone w tych samych placówkach (część dla nauczyciela oraz część dla ucznia) pozwalają na uzyskanie bardziej kompletnych danych na temat pozyskanej wiedzy. Opinie dotyczą tego samego „obiektu”, czyli ucznia z niepełnością mowy, ale raz widzianego oczyma nauczycieli (w tym ujęciu jest on uczniem respondenta), innym razem – oczyma jego kolegów i koleżanek (w tym ujęciu jest on rówieśnikiem, koleżanką/kolegą respondenta).

Z przeprowadzonych badań wynika, że nauczyciele, którzy spotkali na swojej zawodowej drodze ucznia z niepełnością mowy, zdają sobie sprawę z tego, że praca z takim uczniem nie jest zadaniem łatwym. Optymizmem napawa fakt, że tak wielu respondentów uważa, iż zna programy terapeutyczne i stosuje je w czasie lekcji. Niepokoi jednak, że aż jedna trzecia spośród nauczycieli nie ma kompetencji do pracy z uczniem jękającym się i wskazuje na brak wsparcia merytorycznego w miejscu, w którym pracuje. Znajomość programów terapeutycznych świadczyłaby jednak o samodoskonaleniu nauczycieli. Samodzielne uzupełnianie wiedzy i umiejętności z zakresu pracy z uczniem jękającym się stawia nauczycieli w dobrym świetle.

Z kolei większość badanych uczniów nie tylko dostrzega w swoim kręgu osoby jękające się, ale też jest zdania, że można takim osobom pomóc. Badania wykazały, że większość uczniów nie jest uprzedzona w stosunku do osób jękających się, a nawet jest otwarta na bliskie relacje z osobami z niepełnością mowy. Prezentowanie właściwych postaw wobec osób jękających się, zwłaszcza szacunku, akceptacji – jest kluczem do sukcesu osób z za-

burzeniami mowy w budowaniu dobrych relacji z wszystkimi osobami, których dotyczy niepełność mowy.

Dla nauczycieli kontakt z uczniami z niepełnością mowy jest prawdziwym wyzwaniem. Korzystne dla funkcjonowania ucznia jest to, że nauczyciele są świadomi tego, iż uczniowie z niepełnością mowy wymagają konkretnego podejścia. W związku z tym nauczyciele potrzebują wskazówek dotyczących sposobów udzielania wsparcia uczniom z niepełnością mowy, które mogą znaleźć m.in. w opiniach o dostosowaniu wymagań edukacyjnych do jękającego się ucznia. Wyniki badań pokazały, że niewielu nauczycieli otrzymało informacje na temat zagadnienia niepełności mowy.

Pocieszające jest to, że nauczyciele potwierdzają, że ich jękający się uczniowie dobrze radzą sobie w klasie oraz w kontaktach z rówieśnikami. Nauczyciele, którzy dają możliwość, by uczeń jękający się informował klasę o tym, co jest dla niego trudne, wykazują się dużym zrozumieniem oraz empatią. W odpowiedziach nauczycieli uczniów z niepełnością mowy jawi się jako osoba zaangażowana, która nie wykorzystuje swojej trudności do ułatwienia sobie procesu edukacji. Nauczyciele dostrzegają, że tacy uczniowie często muszą wkładać znacznie więcej wysiłku niż ich rówieśnicy, by osiągać taki sam efekt. Pedagodzy jako pierwsi zauważają, z czym borykają się uczniowie. Największym wyzwaniem dla wszystkich okazała się praca zdalna. Dla jękających się osób tak nienaturalna forma kontaktu wywoływała jeszcze większy dyskomfort i napięcie.

Uczniowie mają świadomość tego, że osoby jękające się są obok nich i można im pomóc. Z ich odpowiedzi wynika, iż wiedzą, co może czuć osoba jękająca się, a ich postawy wobec niej są właściwe. Bardziej szczegółowe pytania dotyczące uczuć pokazały jednak, że obraz kolegi jękającego się lub koleżanki jękającej się nie jest jednoznaczny. Uczniowie popełniają błędy wobec osoby jękającej się, np. pomagając jej podczas mówienia. Przeważająca większość nastolatków nie ma uprzedzeń i nie widzi problemu, by zaprzyjaźnić się z osobą, która się jęka. Zastanawiające jest jednak to, że uczniowie przyznają, iż gdyby problem jękania/niepełności dotyczył ich samych lub ich bliskich, byłby dla nich powodem do zmartwienia. Ważne jest, iż uczniowie pokazali, że nie tolerują zachowań, w których dyskryminuje się osoby jękające się lub dokuczają im. Uczniowie wiedzą, jak pomóc rówieśnikom, którzy mają problem z niepełnością mowy, i chcą to robić. Świadczy to o przyjmowaniu przez nich właściwych postaw społecznych, które w przyszłości mogą spowodować, że ich jękającym się kolegom i koleżankom będzie łatwiej funkcjonować wśród innych ludzi i stawiać czoło trudnym sytuacjom.

Bibliografia

- Błachnio, A., Przepiórka, A., St. Louis, K.O., Węsierska, K., Węsierska, M. (2015). Postawy społeczne wobec jękania w Polsce – przegląd badań z użyciem POSHA-S. W: K. Węsierska (red.), *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka* (t. 1, s. 89–99). Wydawnictwo Komlogo – Uniwersytet Śląski.
- Borsel, van J., Verniers, I., Bouvry, S. (1991). Public awareness of stuttering. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 51, 124–132.
- Chęć, M. (2007). *Jękanie – diagnoza, terapia, program*. Oficyna Wydawnicza Impuls.

- Cooper, E.B., Cooper, C.S. (1996). Clinic attitudes towards stuttering: Two decades of change. *Journal of Fluency Disorders*, 21, 119–135.
- Couture, E.G. (2001). *Stuttering. Its nature, diagnosis and treatment*. Pearson.
- Dorsey, M., Guenther, R. (2000). Attitudes of professors and students towards college students who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 25, 77–83.
- Franck, A., Jackson, R., Pimentel, J., Greenwood, G. (2003). School-age children's perceptions of a person who stutters. *Journal of Fluency Disorders*, 3, 216–227.
- Grzybowska, A., Łapińska, I., Michalska, R. (1991). Postawy nauczycieli wobec jąkania. *Psychologia Wychowawcza*, 2, 139–149.
- Guitar, B. (2006). *Stuttering. An integrated approach to its nature and treatment* (2nd ed.). Williams & Wilkins.
- Kelman, E., Nicholas, A. (2013). *Praktyczna interwencja w jąkaniu wczesnodziecięcym*. Wydawnictwo Harmonia.
- Larkowa, H. (1970). *Postawy otoczenia wobec inwalidów*. PZWL.
- Lechta, V. (2004). *Koktavost. Integrativní přístup*. Portal.
- Rembowski, J. (1989). *Empatia. Studium psychologiczne*. Wydawnictwo PWN.
- Riley, G., Riley, J. (1979). A component model for diagnosing and treating children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 4, 279–293.
- Rustin, L., Botterill, W., Kelman, E. (1996). *Assessment and therapy for young fluent children. Family interaction*. Whurr Publishers.
- Silverman, F.H., Bongey, T.A. (1997). Nurses' attitudes towards physicians who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 22, 61–62.
- Smith, A., Kelly, E. (1997). Stuttering. A dynamic, multifactorial model. W: R. Curlee, G.M. Siegel (red.), *Nature and treatment of stuttering. New directions* (s. 204–217). Needham Heights: Allyn and Bacon.
- Starkweather, C.W., Gottwald, S.R. (1993). The demands and capacities model II. Clinical applications. *Journal of Fluency Disorders*, 15, 143–157.
- Wall, M., Myers, F. (1995). *Clinical management of childhood stuttering*. TX: Pro-ed.
- Wojciszke, B. (2001a). Postawy i ich zmiana W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej* (s. 79–106). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Wojciszke, B. (2001b). *Psychologia postaw i ocen*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Tarkowski, Z. (2002). *Jąkanie*. WSiP.
- Tarkowski, Z. (2007). *Psychosomatyka jąkania. Dlaczego osoby jękające się mówią płynnie*. Wydawnictwo Fundacji „Orator”.



Diagnoza logopedyczna dzieci w wieku poniemowlęcym z paraliżem fałdów głosowych Studium przypadku

Speech therapy diagnosis of toddlers with vocal fold paralysis
A case study

Abstract: The subject of Magdalena Knapek and Paulina Wójcik-Topór's article is the diagnosis of dysphonia and dysphagia in toddlers who suffer from a vocal cord paralysis as a result of surgery. In their research, Knapek and Wójcik-Topór have used the case-study method, which seems to be the most appropriate way to diagnose the issue and to devise speech therapy. In the theoretical part of the article, they discuss swallowing and voice disorders in children with the paralysis of vocal folds as a consequence of surgery: their causes, symptoms, and the diagnostic possibilities. Next, they look at the methods of examining dysphagic and dysphonic disorders in a toddler patient who took part in an experimental-clinical trial conducted at the University Children's Hospital in Kraków. In the practical, case-study, section of their article, Knapek and Wójcik-Topór present the phases of the diagnosis, conclusions, and suggestions. Moreover, they address the relation of the myofunctional diagnosis to the diagnosis of the child's prelingual and linguistic skills in the aspect of communication and development. In the conclusion section, they argue for the need to conduct a parallel speech-therapy and medical diagnosis in this and similar cases.

Key words: dysphonia, dysphagia, paralysis of vocal cords, logopedic diagnosis

Abstrakt: Przedmiotem badania jest diagnoza dysfonii i dysfagii u dziecka w wieku poniemowlęcym, u którego nastąpiło porażenie fałdów głosowych na skutek zabiegu operacyjnego. W zakresie metodologii badań logopedycznych posłużono się metodą studium przypadku, która wydaje się najwłaściwsza na drodze diagnozy i programowania terapii logopedycznej w opisywanym zagadnieniu. Autorki artykułu w części teoretycznej przedstawiają zaburzenia połykania i emisji głosu u dzieci z porażeniem fałdów głosowych w wyniku oddziaływań operacyjnych – przyczyny, objawy, możliwości diagnostyczne. W kolejnym etapie ukazują sposoby badania zaburzeń dysfagicznych i dysfonicznych u pacjenta w wieku poniemowlęcym, który brał udział w próbie eksperymentalno-klinicznej w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie. W części dotyczącej zagadnień praktycznych – studium przypadku – badaczki zaprezentowały poszczególne etapy diagnozy dziecka, wnioski oraz rekomendacje. Przedstawiły zależność diagnozy miofunkcjonalnej z diagnozą umiejętności prelingwalnych i lingwalnych dziecka w aspekcie komunikacji i rozwoju. W konkluzji autorki artykułu pokazały konieczność prowadzenia równoległej diagnozy logopedycznej i medycznej w opisanym przypadku oraz jemu podobnych.

Słowa kluczowe: dysfonia, dysfagia, porażenie fałdów głosowych, diagnoza logopedyczna

Zaburzenia głosu i połykania u dzieci w wieku niemowlęcym i poniemowlęcym są częstym problemem. Mimo wzrastającej wiedzy i zainteresowań ze strony neonatologów tą kwestią problem jest tematem ciągłych badań i poszukiwań rozwiązań wspomagających.

Oddychanie, czynności pokarmowe i czynności picia są prymarne w odniesieniu do rozwoju mowy jako aspektu ruchowego. Z pewnością determinują pracę narządu żucia i grupy mięśni do usprawniania artykulatorów. Zaburzenia w obrębie kompleksu ustno-twarzowego mogą przyczyniać się także do zmiany jakości wydobywanych dźwięków.

Połykanie jest złożonym procesem, w którym biorą udział: jama ustna, gardło, przełyk. Sam proces przebiega w czterech fazach: ustnej przygotowawczej, ustnej właściwej, gardłowej i przełykowej. Fazy ustne mają charakter świadomy, natomiast faza gardłowa i przełykowa to działanie odruchowe. W samym połykaniu bierze udział aż 26 grup mięśni, 5 par nerwów czaszkowych i 3 szyjne (Narożny, Szmaj, 2014, s. 177). Te same grupy mięśni mogą być zaangażowane w prawidłowe oddychanie, fonację i artykulację (Boksa, 2016, s. 43). Logopeda, chcąc podjąć terapię zaburzeń połykania, ma wpływ jedynie na fazę ustno-gardłową.

Dojrzałe połykanie charakteryzuje się: brakiem aktywności mięśnia bródkowego, wargami zamykanymi bez większego wysiłku, skurczami mięśni żuchwowo-gnykowych, które mają za zadanie unosić dno jamy ustnej i dociskać język do podniebienia w celu jego pionizacji (Pluta-Wojciechowska, 2009, s. 129). W przypadku braku tych cech można mówić o niedojrzałym lub zaburzonym połykaniu. Zmiana sposobu połykania z niemowlęcego na dojrzały następuje etapowo i – zdaniem różnych badaczy – powinna zakończyć się do 18. miesiąca życia (Wędrychowska-Szulc, 2008, s. 66) lub 3. roku życia (Mackiewicz, 2002, s. 88).

1. Pooperacyjny paraliż fałdów głosowych u dzieci w wieku poniemowlęcym

Pooperacyjny paraliż fałdów głosowych (ang. *vocal cord paralysis*, VCP) spowodowany uszkodzeniem nerwów krtaniowych jest zaburzeniem trudnym do diagnozy i terapii. Polega on na jednostronnym lub obustronnym porażeniu fałdów głosowych, które stają się nieruchome i nie mogą do siebie przylegać, co nie pozwala na zachowanie prawidłowej fizjologii aparatu oddechowego, fonacyjnego, artykulacyjnego, a także części układu pokarmowego. U dzieci w wieku poniemowlęcym paraliż fałdów głosowych manifestuje się dysfonią i dysfagią.

Dysfonia jest zaburzeniem pracy fałdów głosowych, które spełniają w organizmie różne funkcje. W zakresie najbardziej prymarnym dla życia człowieka biorą one udział w procesie oddychania i zapobiegają aspirowaniu treści pokarmowej oraz śliny do płuc. Umożliwiają także tworzenie dźwięku oraz powstawanie poszczególnych głosek danego języka. Dysfonia, która objawia się przede wszystkim charczliwym i bezdźwięcznym krzykiem/płaczem, nie daje możliwości wokalizacji, naśladowania i samodzielnego tworzenia artykułowanych dźwięków. Powoduje ona również trudności oddechowe, duszności oraz krztuszenie się śliną lub pokarmem.

Zaburzenia głosu są częstym problemem u dzieci w wieku niemowlęcym i poniemowlęcym, pojawiają się jednak również u pacjentów starszych, jako powikłanie po różnego rodzaju zabiegach chirurgicznych, a także przebytych chorobach. U najmłodszych dzieci trudności tego rodzaju mają wpływ na ich rozwój. Dysfonia należy bowiem do zaburzeń, których następstwem bardzo często jest opóźniony rozwój mowy. Niemożność wydawania dźwięków, płacz bez krzyku czy występowanie stridoru ograniczają możliwość nabywania kompetencji językowej i komunikacyjnej.

Zdaniem lekarzy,

stridor oddechowy świadczy o patologii dróg oddechowych. W zależności od stopnia zwężenia światła dróg oddechowych stridor może mieć różne nasilenie. W badaniu przedmiotowym poza dodatkowym dźwiękiem podczas oddychania zauważyć można uruchamianie dodatkowych mięśni oddechowych, wzrasta liczba oddechów na minutę [...]. Oddech może być spłycony i nieregularny. Stridor może występować w spokoju lub pojawiać się w czasie wysiłku, płaczu, karmienia. Dodatkowo może występować: chrypka czy zmieniony, bezdźwięczny głos. Obserwuje się przewlekły kaszel i nawracające zapalenia dolnych dróg oddechowych. Są one efektem trudności w oczyszczaniu zwężonych dróg oddechowych z wydzieliny [...]. Zaburzeniom oddychania mogą towarzyszyć objawy ze strony przewodu pokarmowego pod postacią krztuszenia i ulewania pokarmów.

Jabłońska-Jesionowska, Zawadzka-Głós, 2019, s. 4

Stridor jest niebezpieczny dla zdrowia, a czasami nawet życia pacjenta. Niejednokrotnie utrzymuje się przez miesiące lub nawet lata, a jego rehabilitacja wymaga wsparcia logopedycznego, aby pacjent mógł odzyskać utracone funkcje fonacyjne. Niedomykanie fałdów głosowych i trudność w przesuwaniu się tchawicy są istotną przyczyną osłabienia głosu. Podczas płaczu słychać jedynie lekkie szmery, wysiłki gardłowe, nie tworzy się dźwięk.

Dysfagią określa się zaburzenia połykania, formowania kęsa i jego transportu z jamy ustnej przez gardło i przełyk do żołądka¹. Zaburzenia te mogą występować w każdej fazie połykania, a ich etiologia bywa różna. Przyczyny dysfagii dzieli się na strukturalne i nerwowo-mięśniowe (Narożny, Szmaj, 2014, s. 178). W przypadku porażenia fałdów głosowych przyczyna jest związana z nieprawidłowym działaniem mięśni i nerwów. Objawami dysfagii są: krztuszenie się śliną i pokarmami, zaleganie pokarmu w jamie ustnej i gardłowej, duszność, męczliwość i niepokój podczas spoczynku i jedzenia. Zaburzenie to nie pozwala na swobodne mówienie, w trakcie którego zachodzi trudność koordynacji oddychania i połykania (Knappek, 2020). W efekcie tego może dojść do aspiracji pokarmu do płuc. Zazwyczaj w takim przypadku nie dochodzi do koniecznego zwarcia fałdów głosowych, „nakrycia” ich przez nagłośnię oraz zablokowania mięśni gardłowych. Dysfagia, tak jak dysfonia, stanowi przyczynę opóźnienia w rozwoju mowy.

Zaburzenia połykania u dzieci w wieku niemowlęcym i poniemowlęcym po porażeniu fałdów głosowych są związane również z nieprawidłowymi reakcjami odruchowymi – ssania i połykania oraz odruchem gardłowym (Mielnik-Niedzielska, 2016, s. 64). Problemy z ssaniem i połykaniem łączą się z obniżoną lub wygórowaną reakcją tych procesów.

¹ W klasyfikacji ICD oznaczana jest ona symbolem R13.

Obniżona reakcja często jest przyczyną braku uszczelnienia od strony warg, policzków, języka i żuchwy. Obserwuje się zaburzenia rytmu i siły ssania. Dominuje wówczas wytłaczanie pokarmu bez wytworzenia podciśnienia. Zdarza się, że powstają kompensacje odruchowe spowodowane osłabieniem mięśni oralnych. Obserwuje się również znaczny niepokój dziecka, krztuszenie się, tłoczenie pokarmu ruchem żuchwy czy dźwięki towarzyszące zbliżone do cmokania podczas rozszczelnienia od strony dolnej wargi. Wygórowana reakcja ssania i połykania objawia się silnym i szybkim ssaniem, a podczas karmienia piersią dość bolesnym (dla dziecka) wybuchem ssania. Widoczne są zaburzenia nasycenia, którego dziecko nie sygnalizuje. Występuje zasysanie dolnej wargi lub wciąganie środka górnej wargi, zawijanie do góry napiętego czubka lub korony języka na wałku dziąsłowym (Rządźka, 2019, s. 45–46). Oprócz zaburzeń funkcji oddychania do niedojrzałości pokarmowych może dochodzić ze względu na odstępstwa w odruchowych reakcjach oralnych. Zalicza się do nich oprócz funkcji oralnych ssania, picia i połykania: szukanie, kąsanie, otwieranie ust, wysuwanie języka, reakcję wargową, żuchwową, wymiotną, a także odgryzanie, gryzienie i żucie na późniejszym etapie rozwoju (Rządźka, 2019, s. 17).

U dzieci w wieku poniemowlęcym, które zostały poddane operacjom sercowo-naczyniowym, często dochodzi do powikłań w postaci uszkodzenia nerwów krtaniowych. W badaniach, jakie prowadzili Enrique García-Torres i in. (2019, s. 361), paraliż fałdów głosowych wykryto pooperacyjnie u 25 pacjentów z 206 niemowląt (12,1%) operowanych z powodów kardiologicznych. Podobnie Hussam Hamadah i Mohamed Kabbani (2017, s. 2) zwracają uwagę na to, że paraliż fałdów głosowych jest nierzadkim powikłaniem po operacji serca. Twierdzą ponadto, że może on prowadzić do poważnych następstw z prawdopodobieństwem aspiracji równym 45% i prawdopodobieństwem powikłań wymagających interwencji chirurgicznej równym 27%. Trzeba jednak pamiętać, że powikłania w postaci VCP nie są związane jedynie z zabiegami kardiologicznymi.

1.1. Inne przyczyny paraliżu fałdów głosowych u dzieci w wieku poniemowlęcym

Innymi przyczynami paraliżu fałdów głosowych u dzieci w wieku poniemowlęcym może być wcześniactwo oraz intubacja z powodu zaburzeń oddechowych. García-Torres i in. (2019, s. 362) zaznaczają, że do czynników mogących wpływać na pojawienie się VCP po operacji trzeba zaliczyć: wcześniactwo, w tym określenie, w którym tygodniu ciąży nastąpiło rozwiązanie, masę urodzeniową oraz masę w czasie operacji. Również Jad Jabbour i in. (2017, s. 585) są zdania, że porażenie fałdów głosowych jest drugą najczęstszą anomalią krtani u noworodków. Zgodnie z różnymi statystykami, podawanymi przez portale i czasopisma medyczne, w Polsce co roku od 20 do 24 tysięcy dzieci rodzi się między 22. a 37. tygodniem ciąży², a prawie połowa z nich jest w grupie ryzyka anomalii krtaniowych. Tendencja ma charakter wzrostowy głównie dlatego, że ratuje się dzieci z coraz mniejszą masą urodzeniową, nawet poniżej 500 g. Patrząc na statystyki, można zobaczyć skalę zjawiska już w zakresie liczby dzieci urodzonych przedwcześnie, operowanych lub intubowanych z powodu zaburzeń oddechowych. Do tej grupy wlicza się wszystkie noworodki i niemowlaki poddawane różnego rodzaju zabiegom chirurgicznym. Prawdopodobieństwo wystąpienia

² Rodzi się coraz więcej wcześniaków. <https://www.mp.pl/pacjent/pediatrics/aktualnosci/badania/199138,rodzi-sie-coraz-wiecej-wczesniakow>; data dostępu: 15.02.2021.

VCP zwiększa się również u pacjentów wraz z współistniejącymi u nich chorobami układu nerwowego i oddechowego (Garcia-Torres i in., 2019, s. 364). Jabbour (i in., 2017, s. 585) wykazuje, że dzieci urodzone przedwcześnie są narażone na wystąpienie dysfonii w późniejszym okresie życia.

Jennifer Ha (2020) zwraca uwagę na fakt, że z roku na rok obserwuje się większą liczbę zabiegów chirurgicznych stosowanych u pacjentów z porażeniem strun głosowych o różnej etiologii. Zdaniem badaczki metody chirurgiczne stały się bardziej popularne niż dotychczasowe metody zachowawcze w postaci farmakoterapii oraz terapii neurologopedycznej. W literaturze światowej opisuje się powikłanie w postaci dysfonii i dysfagii jako następstwo porażenia fałdów głosowych po zabiegach operacyjnych o charakterze kardiologicznym, tarczycowym, neurologicznym, onkologicznym – szczególnie po podaniu chemioterapii.

1.2. Diagnostyka porażenia fałdów głosowych u dzieci w wieku poniemowlęcym

Przeszukując polskojęzyczne publikacje na temat diagnozy dysfagii towarzyszącej porażeniu fałdów głosowych, spotykamy jedynie medyczne ujęcia tematu. Przykładowe medyczne badania diagnostyczne to: badanie radiologiczne klatki piersiowej, również poszerzone o tomografię komputerową; badanie radiologiczne kontrastowe przełyku zamiennie z wideofluoroskopią, egzofagoskopią, wideoendoskopią lub fiberoskopią przez nos oraz manometrią przełyku (Narożny, Szmał, 2017, s. 181). Medycy zwracają uwagę na: ocenę sprawności unoszenia kości gnykowej z krtanią, ocenę wrażliwości błony śluzowej w gardle w czasie połykania oraz występowania kaszlowego i gardłowego tzw. dławienia się. W badaniu laryngologicznym ocenia się anatomię i fizjologię warg, języka i podniebienia, napięcie mięśni twarzy, ruchomość żuchwy, stan błony śluzowej, zaburzenia czucia. Konieczne jest ustalenie, czy ślina lub treść pokarmowa zalegają w „dołkach językowo-nagłośniowych, zachyłkach gruszkowatych i w przedsiönku krtani” (Obrębowski i in., 2018, s. 371). Istotny jest stan głośni, ponieważ tylne fałdy głosowe są najbardziej narażone na zmiany w efekcie zachłystywania się (Obrębowski i in., 2018, s. 371). Wspólne stanowisko badaczy dotyczy cichej aspiracji, czyli przedostawania się śliny i pokarmu do dróg oddechowych, które uznawane jest za najpoważniejszy objaw diagnostyczny dysfagii (Narożny, Szmał, 2017; Obrębowski i in., 2018).

W polskiej literaturze oraz praktyce logopedycznej nie ma dokładnie określonych standardów postępowania w przypadku diagnozy zaburzeń głosu i połykania u dzieci z porażonymi fałdami głosowymi na skutek zabiegów operacyjnych. W takim badaniu można zastosować trzy dostępne, lecz niewystandaryzowane karty do oceny neurologopedycznej dziecka. Są to: *Karta prymitywnych noworodkowych reakcji oralnych (PNR)* autorstwa Miry Rządźkiej (2019, s. 101–102), a także Marzeny Machoś-Nikodem *Karmienie piersią, karmienie butelką. Karty obserwacji* (2018) i *Ocena neurologopedyczna niemowlęcia od 0–12 miesiąca życia. Ocena odruchów ze sfery orofacjalnej oraz umiejętności istotnych dla rozwoju mowy* tejże autorki we współpracy z Magdaleną Czajkowską (Machoś, Czajkowska, 2019). Publikacje zawierające wspomniane narzędzia (karty) są aktualne, merytorycznie poprawne i dostępne, dlatego też dwa z tych narzędzi zostały zastosowane w czasie prowadzonych przez autorki artykułu badań empirycznych.

Autorzy publikacji zagranicznych w swoim opisie są również skoncentrowani na medycznej diagnozie porażenia fałdów głosowych, dysfagii i dysfonii. Wśród badań najbardziej

skutecznych wyróżnia się badania radiograficzne: wideofluroskopię, fiberoskopię endoskopową, a także ultrasonografię, badanie radiologiczne oraz tomografię komputerową (Nguyen i in., 2016; Stoudemire i in., 2018). Diagnoza pediatria pod kątem dysfagii uznawana jest za kliniczną ocenę, której dokonuje logopeda. Obejmuje ona obserwację rodzica i dziecka podczas karmienia, badanie obwodów jamy ustnej, zachowania komunikacyjne (Nguyen i in., 2016). Inne próby kliniczne, np. z połykaniem wody, są możliwe do przeprowadzenia dopiero u dzieci po 2. roku życia (Nguyen i in., 2016). Nickolas Audag i in. (2017) oraz Isuru Dharmarathna i in. (2019) w systematycznym przeglądzie narzędzi diagnostycznych zwrócili uwagę przede wszystkim na procedury medyczne. Rene'e Speyer i in. (2017) podnoszą istnienie prób nieinstrumentalnych, używanych przez zespoły interdyscyplinarne do badania zaburzeń głosu i połykania. Autorzy dokonali oceny psychometrycznej 10 z 22 występujących kwestionariuszy do oceny połykania. Wzięto pod uwagę jedynie 10, ponieważ pozostałych 12 nie zawierało żadnych danych psychometrycznych. Badacze uwzględnili: *Brief Assessment of Motor Function: Oral Motor Deglutition Scale* (BAMF-OMD), *Children's Eating Behaviour Inventory* (CEBI), *Dysphagia Disorder Survey* (DDS), *Multidisciplinary Feeding Profile* (MFP), *Neonatal Oral-Motor Assessment Scale* (NOMAS), *Oral Motor Assessment Scale* (OMAS), *Pediatric Assessment Scale for Severe Feeding Problems* (PASSFP), *Pre-Speech Assessment Scale* (PSAS), *Preterm Infant Breastfeeding Behavior Scale* (PIBBS) oraz *Schedule for Oral Motor Assessment* (SOMA). Najbardziej rzetelnym kwestionariuszem do oceny połykania okazała się ankieta dotycząca zaburzeń połykania (*Dysphagia disorder survey – DDS*). Prowadzenie prac badawczych w tym zakresie jest konieczne, aby określić trafność użycia narzędzi, które mogłyby zostać powszechnie zastosowane przez różnych specjalistów.

Mimo dokonania systematycznego przeglądu literatury polskiej i zagranicznej autorki artykułu nie dotarły do publikacji, która byłaby poświęcona neurologopedycznej diagnozie zaburzeń głosu i połykania o etiologii porażenia łańdów głosowych w następstwie zabiegów operacyjnych u dzieci w wieku niemowlęcym i poniemowlęcym. Zakres ten stanowi zatem lukę badawczą.

1.3. Wnioski z przeglądu literatury

Wraz z rozwojem medycyny VCP staje się zjawiskiem coraz częściej występującym na skutek różnego rodzaju powikłań chirurgicznych. Wiele schorzeń, kiedyś nieuleczalnych, jest obecnie z dobrym rezultatem poddawanych zabiegom/operacjom. Zdarza się jednak, iż współistnieje ryzyko powikłań związanych z różnymi dysfunkcjami, w tym wypadku obszaru aparatu fonacyjnego, będącego obszarem koniecznym do rehabilitacji logopedycznej (Horton in., 2018).

Do tej pory zostały opisane jedynie medyczne procedury diagnostyczno-terapeutyczne. Ważne staje się opracowanie strategii działań terapeutycznych z uwzględnieniem holistycznego oraz wielospecjalistycznego podejścia do pacjenta. Zaburzenia pracy aparatu fonacyjno-oddechowego są z perspektywy fizjologicznej kluczowe w praktyce logopedycznej. Bez stosowania mioterapii, nastawionej na usprawnianie funkcji obszaru ustno-twarzowego, nie można skutecznie budować kompetencji językowej dziecka czy też umiejętności artykulacyjnych, wyrażanych podczas realizacji poszczególnych głosek.

Dzieci z zaburzeniami pracy łańdów głosowych są mniej efektywnie karmione, wolniej przybierają na wadze, aspirują pokarm do płuc, co w konsekwencji prowadzi do zachłysto-

wego zapalenia płuc oraz stanów grzybiczych w obrębie jamy ustnej i gardłowej. Do tego powtarzające się zachłyśnięcia i niedotlenienia mogą spowodować powolne, minimalne zmiany patologiczne w obszarze mózgu i zaburzenia o charakterze neurologicznym. Zaburzenia te mogą się manifestować opóźnionym rozwojem ruchowym, a w szczególności samodzielnym chodzeniem dopiero po ukończeniu 15. miesiąca życia³, obniżonymi możliwościami w zakresie motoryki małej, np. prawidłowego chwytania czy prawidłowej artykulacji, niewłaściwym rozwojem koncentracji uwagi oraz koordynacji wzrokowo-słuchowo-ruchowej, a także opóźnionym rozwojem mowy (Knapek, 2020).

Oddychanie, fonacja i połykanie należą do czynności prymarnych w aspekcie rozwoju mowy. Sposób oddychania i połykania determinuje pracę poszczególnych mięśni aparatu artykulacyjnego. Niewłaściwe funkcjonowanie narządu żucia i poszczególnych artykulatorów wpływa na nieprawidłowe tworzenie się dźwięków mowy.

1.4. Pytanie badawcze

Autorki artykułu postawiły pytanie badawcze: Jakie zasady diagnozy logopedycznej należy zastosować w przypadku dzieci w wieku poniemowlęcym z dysfonią i dysfagią w wyniku porażenia fałdów głosowych?

2. Metodologia

Do przedstawienia wybranego problemu badawczego użyto metodologii studium przypadku. Chcąc dopełnić zasad metody badawczej, kierowano się sformułowaniem problemu badawczego, wyznaczeniem planu ramowego w postaci diagnozy i działań terapeutycznych. Zaprezentowane studium przypadku jest postulowaną przez autorki metodą diagnozy logopedycznej wszystkich dzieci z porażeniem fałdów głosowych, niezależnie od przyczyn powstania tych porażań. Posiłkowanie się charakterystyką jakościową daje szansę na uchwycenie zindywidualizowanych trudności w obrębie opisywanych dysfunkcji traktu orofacjalnego. Zaburzenia połykania i głosu, będące efektem uszkodzeń fałdów głosowych, stanowią podstawową i liczną grupę zaburzeń o zróżnicowanym obrazie objawów i ich źródeł, ale również dynamice przebiegu obserwowanych zmian. Dlatego przyjęta metoda badawcza w postaci studium przypadku wydaje się najwłaściwszą i słuszną.

2.1. Miejsce badania i uczestnicy

Od lipca 2018 roku do grudnia 2019 roku w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie autorki prowadziły badania nad opracowaniem zasad diagnozy logopedycznej dzieci z dysfagią i dysfonią w wyniku porażenia jednego fałdu głosowego lub obu fałdów gło-

³ Chłopiec, którego badanie zostało opisane w artykule, znajduje się do chwili obecnej, czyli do stycznia 2022 r., pod stałą opieką logopedyczną jednej z autorek tekstu. Pacjent zaczął samodzielnie chodzić w 20. miesiącu życia, prezentuje opóźnienie rozwoju mowy o ponad rok, ma duże zaburzenia uwagi oraz koordynacji wzrokowo-ruchowej. Chłopiec odzyskał głos, ale teraz boryka się z charczeniem i problemem zalegania śliny w jamie gardłowej. Pacjent nie potrafi oddychać nosem, ma problemy z jedzeniem i piciem – bardzo często się krztusi.

wych. Projekt logopedyczny stanowił część badań zespołu medycznego – przede wszystkim laryngologicznego. Rodzice dzieci wyrazili świadomą pisemną zgodę na prowadzenie badań diagnostycznych, których ostatecznym celem miało być opracowanie zasad logopedycznej procedury badawczej służącej stworzeniu programu terapeutycznego.

W całym badaniu udział wzięło 15 dzieci w wieku do 2. roku życia (9 chłopców i 6 dziewczynek). Wszyscy uczestnicy mieli diagnozę porażenia fałdów głosowych po zabiegach kardiologicznych. Dzieci obowiązkowo były poddawane diagnozie medycznej i logopedycznej.

W czasie badania logopedycznego sprawdzano możliwości fonacyjne pacjenta oraz zakres funkcji pokarmowych. Efektem postawionych diagnoz były odpowiednie zalecenia terapeutyczne. Poniżej przedstawiono wybrane studium przypadku.

Chłopiec, ur. 20.09.2019 roku.

- A. *Diagnoza medyczna*: prawostronny łuk aorty z lewą tętnicą podobojczykową błędzącą – z przebiegiem pozaprętykowym tej tętnicy. Ring naczyńiowy. Rozszczep podniebienia twardego wraz z rozszczepem wargi, obustronny. Niedosłuch obuuszny na skutek wysiękowego zapalenia uszu. Dziecko zostało urodzone w 35. tygodniu ciąży.
- B. *Leczenie*: operacyjne lub bezoperacyjne uwolnienie pierścienia naczyńiowego: 5.12.2019 roku. Przebieg i gojenie się rany bez powikłań. Fiberobronchoskopia wykonana przez nos: 15.12.2019 roku. Stan po zabiegu – chrypka. Krtań: nagłośnia wolna, ruchoma, prawa połowa krtani ruchoma, prawy fałd głosowy nie dochodzi do lewego, lewa połowa krtani nieruchoma, fałd głosowy w ustawieniu pośrednim. Szpara głośni zwężona przez porażony fałd. Słuzówka krtani zaczerwieniona. Diagnoza: porażenie lewej połowy krtani, zapalenie krtani, stridor (antybiotyk i nivalin w zaleceniu).
- C. *Diagnoza logopedyczna w 3. miesiącu życia*: dysfonia i dysfagia, palatolalia.
- D. Z wywiadu wiadomo, że ciąża przebiegała „bez komplikacji”. Mama czuła się dobrze, jednak badania prenatalne wykazały, że chłopiec ma wadę serca oraz rozszczep wargi, wyrostka zębodołowego i podniebienia. Można przypuszczać, że w tym przypadku dysmorfia twarzy była dziedziczna, ponieważ ojciec dziecka również miał rozszczep wargi i podniebienia.
- E. Poród, przez cesarskie cięcie ze względu na wadę serca dziecka, nastąpił w 35. tygodniu ciąży, chłopiec dostał 8 punktów w skali Apgar. W opinii mamy miał on problemy z jedzeniem, dławił się i krztusił, nie umiał ssać, więc łapczywie kąsał butelkę, a w czasie karmienia zawsze było słychać charczenie. Charczenie towarzyszyło również oddychaniu spoczynkowemu.

2.2. Instrumenty diagnozy logopedycznej

Do diagnozy logopedycznej użyto niewystandaryzowanych kart obserwacji, które nie są celowo przeznaczone do diagnozowania dysfagii i dysfonii przy paraliżu fałdów głosowych. Dokonano ich walidacji w celu dostosowania narzędzi do potrzeb badawczych pacjentów z zaburzeniami głosu i połykania w wyniku porażenia fałdów głosowych. W podstawowym rozumieniu walidacja odnosi się do przetłumaczenia oraz oceny właściwości psychometrycznych narzędzia tłumaczonego z innego języka. Ważnym elementem walidacji jest adaptacja kulturowa, która miałaby pozwolić na praktyczne zastosowanie danego kwestionariusza

w naszym kraju oraz utrzymanie równoważności psychometrycznej (Gawlik, Kurdas, 2014, s. 27). W tym jednak przypadku walidacja jest rozumiana jako zmiana wykorzystywanych kwestionariuszy i dostosowanie ich do potrzeb diagnozowanych pacjentów (Saunders i in., 2013). *Karta prymitywnych noworodkowych reakcji oralnych (PNR)* nie była modyfikowana ze względu na fakt, że u naszych pacjentów można było zbadać odruchowe reakcje oralne (dzieci miały poniżej 6 miesięcy). Kwestionariusz *Karmienie piersią, karmienie butelką. Karty obserwacji* został wykorzystany tylko w części badającej karmienie butelką, ale bez podczęści dotyczącej odruchów niemowlęcych. Żaden z naszych pacjentów nie miał możliwości bycia karmionym piersią ze względu na warunki anatomiczne i utrudnienia fizjologiczne.

W trakcie diagnozy skupiano się na obserwacji: 1) pierwotnych reakcji oralnych (ich prawidłowości lub odstępstw od normy) (Rządka, 2019); 2) żucia nieodżywczego; 3) ssania nieodżywczego (ruchów lateralnych, unoszenia i wysuwania języka, pęcherzyka lub braku pęcherzyka na górnej wardze, dźwięków współtowarzyszących ssaniu, sugerujących rozszczelnienie oraz pozycji języka w reakcji na odciąganie brody, chwytania smoczka, a także pozycji podczas karmienia); 4) ssania odżywczego (otwarcia jamy ustnej w celu uchwycenia smoczka butelki); 5) uszczelnienia; 6) koordynacji ssania-połykania; 7) rytmiczności ssania; 8) długości karmienia (Machoś, Czajkowska, 2019). Ważne w tym przypadku było obserwowanie nieprawidłowych reakcji po jedzeniu (odbić, niepokoję, płaczu, ulewania, prężenia się) (Machoś, Czajkowska, 2019).

Całościowa diagnoza logopedyczna, zgodnie z zalecaniami neurologopedycznymi (Rządka, 2018, s. 405), obejmowała:

- wywiad z rodzicami lub opiekunami, uwzględniający przebyte choroby i zabiegi, a także przyjmowane przez dziecko farmaceutyki;
- ocenę:
 - anatomii i fizjologii traktu orofacjalnego, a w szczególności jego napięcia,
 - funkcji oddechowych – w tym rytmu oraz niepożądanych dźwięków towarzyszących oddychaniu,
 - odruchów oralnych,
 - faz połykania,
 - głosu,
 - aktywności prelingwalnych,
 - rozwoju psychoruchowego.

Ocena faz połykania oraz głosu nie została zawarta w wymienionych zasadach diagnozy logopedycznej, ale dodana przez autorki badania na potrzeby przeprowadzonych prób empirycznych. Zatem wydaje się zasadne ujęcie oceny faz połykania w ogólnych, wystandaryzowanych zasadach diagnozy neurologopedycznej.

W tym badaniu konieczne było również ustalenie sposobów podaży pokarmu dziecku. Do zaobserwowania były trzy opcje karmienia: wyłącznie za pomocą sondy, za pomocą sondy i butelki, tylko za pomocą butelki. Sposób podaży pokarmu był wybierany przez personel medyczny, który oceniał życiowe, a w tym wypadku żywieniowe, możliwości pacjentów.

Punktem wspólnym diagnozy medycznej i neurologopedycznej jest badanie przedmiotowe, dające ocenę anatomii i fizjologii traktu ustno-twarzowego. To właśnie funkcjonowanie tego obszaru odgrywa kluczową rolę w procesie diagnozy zaburzeń połykania i emisji głosu.

W ujęciu logopedycznym podstawą jest funkcjonalne podejście do pacjenta, którym jest dziecko wymagające nauki jedzenia, picia i mówienia. W związku z tym działania logopedyczne są prognostycznie długoterminowe i nastawione na zbudowanie konkretnych umiejętności pacjenta. Procedury medyczne mają na celu przede wszystkim zoptymalizowanie możliwości pacjenta w danym momencie i wypisanie go do domu.

2.3. Diagnoza logopedyczna

W czasie diagnozy logopedycznej przeprowadzono wywiad z mamą (informacje zamieszczono w punkcie 2.1). Dokonano oceny anatomii i fizjologii traktu orofacialnego, ze szczególnym uwzględnieniem jego napięcia. Postulaty funkcjonalnego podejścia do pacjenta z rozszczepem proponuje np. Danuta Pluta-Wojciechowska (2008; 2014; 2016), co jest spójne z mioterapeutycznym ujęciem przedstawionym przez badaczki. Chłopiec miał rozszczep wargi, wyrostka zębodołowego i podniebienia. Napięcie mięśni policzkowych, jarzmowych, bródkowych, gnykowych i językowych było osłabione. Mięsień okrężny ust nie miał możliwości całościowo dobrej pracy. Nieprawidłowo działały mięśnie kącików ust. Ocena funkcji oddechowych wykazała zaburzenia w zakresie rytmu (oddech nierytmiczny, lekko przyspieszony) oraz dźwięków towarzyszących oddychaniu. Przede wszystkim niepożądane było charczenie. Występował też brak koordynacji oddechowej w czasie jedzenia. Z tego powodu pacjent często się krztusił, a wydzielina zalegała w górnej części odcinka gardłowego.

Częściowo odruchowe reakcje oralne nie kształtowały się normatywnie. Pacjent nie miał odruchowej reakcji ssania, występowała u niego natomiast odruchowa reakcja połykania. Odruchowa reakcja szukania była lekko osłabiona, wygórowanie prezentowała się odruchowa reakcja kęsania, która kompensowała brak możliwości ssania u dziecka. Odruchowa reakcja otwierania, wysuwania i zwierania ust kształtowała się normatywnie (wykluczając brak możliwości domknięcia ust). Odruchowa reakcja wymiotna była nasiloną, co powodowało dodatkowe trudności w czasie karmienia. Odruchowa reakcja wypychania oceniona została jako prawidłowa, podobnie jak reakcja żuchwowa i lizania/wysuwania. Odruchowa reakcja lateralna była nieco osłabiona, prawdopodobnie ze względu na ukształtowanie anatomiczno-fizjologiczne związane z rozszczepami oraz obniżone napięcie mięśniowe, które nie pozwalało na prawidłową pozycję spoczynkową języka.

Fazy połykania na każdym z etapów nie prezentowały się normatywnie. W fazie ustnej pokarm był nieprawidłowo transportowany do jamy gardłowej, gdzie z kolei następowało jego cofnięcie do nosa lub też z przełyku do gardła i jamy ustnej, co doprowadzało do pozostawiania resztek mleka na języku dziecka oraz w części gardłowej jamy ustnej.

Diagnoza głosu tak małego pacjenta była kłopotliwa, a możliwa jedynie w sytuacji płaczu i krzyku. Dziecko nie głużyło, więc nie dało się ocenić innych dźwięków. Do sprawdzenia dysfunkcji fałdów głosowych niezbędne było badanie fiberoskopem/endoskopem. Na twarzy dziecka można było zaobserwować grymas wyrażający płacz lub krzyk, których nie dało się usłyszeć. W przypadku opisywanego pacjenta porażanie dotyczyło lewej części krtani, prawa natomiast i tak nie spełniała swojej funkcji, ponieważ prawy fałd głosowy miał słabą ruchomość. Tak ograniczone możliwości wokaliczne, które były opóźnione także ze względu na rozszczepy w twarzoczaszce, nie pozwalały na rozwój głużenia, co doprowadziło do zaburzonego rozwoju aktywności prelingwalnych. Za prawidłowe w tym zakresie uznano jedynie kompetencje komunikacyjno-społeczne, czyli kontakt wzrokowy i uśmiech.

Zgodnie z kwestionariuszem Machoś-Nikodem (2018) odnotowano, że chłopiec nie ssał smoczka, palca, języka ani opróżnionej butelki. W ocenie wędzidełka językowego można było zaobserwować lekkie skrócenie, co prowokowało częściowo ograniczone ruchy lateralne języka, szczególnie jego czubka. Pacjent nie unosił języka, ale wysuwał go do dolnej części wargi. Odruch kąsania był prawidłowy, na wardze nie zaobserwowano pęcherzyka, były natomiast słyszalne dźwięki współtowarzyszące jedzeniu/połykaniu. W reakcji na odciąganie brody język znajdował się na dnie jamy ustnej. Pacjent nie umiał chwycić smoczka – bardzo się wtedy denerwował i od razu go wypluwał. Pozycja w czasie karmienia zachowywała linię środka.

Podczas prób podaży pokarmu pacjent prawidłowo otwierał usta, ale widoczne były trudności z objęciem smoczka, ostatecznie kompensacyjnie kąsał/nagryzał go bokami dziąseł, aby móc skorzystać z butelki. W tym czasie nie obserwowano uszczelnienia i ruchów tłoczących, mleko wypływało kącikami ust, pojawiały się bańki śliny i mleka, oddychanie ustami i charczenie. Karmienie musiało być przerywane, ponieważ dziecko się męczyło w czasie oddychania ustami i jednoczesnego jedzenia. Dźwięki połykania były głośne, nierytmiczne, dochodziło do zachłyśnięć. Mleko często wypływało przez nos, a zalegający i cofający się pokarm doprowadzał do refluksu. Karmienie pacjenta było krótkie i trwało poniżej 10 minut. Po karmieniu chłopiec bywał niespokojny, dochodziło do ulewania pokarmu. Smoczek do karmienia miał duży otwór i był długi.

W ramach pełnionej opieki logopedycznej chłopiec w 3. miesiącu życia został zdiagnozowany jako pacjent z dysfonią i dysfagią. Dysfonia objawiała się przede wszystkim charczliwym i bezdźwięcznym krzykiem oraz płaczem. Z kolei dysfagia dawała objawy w postaci: krztuszenia się śliną i pokarmami, w szczególności płynnymi, zalegania pokarmu w jamie ustnej i gardłowej, duszności w czasie spoczynku i jedzenia oraz męczliwości, a także niepokoju podczas jedzenia. Wykryto trudności koordynacyjne w takcie jedzenia, połykania i oddychania.

Diagnoza logopedyczna dziecka z tego rodzaju zaburzeniami jest podstawą rehabilitacji funkcji prymarnych. Są one kluczowe w prawidłowym rozwoju dziecka, zarówno poznawczym, jak i ruchowym oraz językowym. Bez odpowiedniej diagnozy nie ma możliwości właściwego opracowania zaleceń terapeutycznych, które mogą skutkować przetrwałymi trudnościami w trakcie rozwoju.

Podjęcie działań terapeutycznych z zakresu połykania i koordynacji fonacyjno-artykulacyjno-oddechowej staje się istotne na jak najwcześniejszym etapie. Gwarantuje szansę uregulowania zaburzonych procesów i przeciwdziałania powstaniu patologicznych odruchów. Współpraca logopedy z laryngologiem staje się niezbędna ze względu na konieczność monitorowania przebiegu terapii pacjenta i ewentualnych zachodzących zmian w zakresie połykania i fonii.

Ważnym aspektem jest prowadzenie terapii pośredniej z rodzicami i opiekunami dziecka. Logopeda powinien omówić zalecenia w zakresie pozycjonowania dziecka podczas karmienia, ilości i rodzaju podawanych produktów, działań wykluczających zachłyśnięcie oraz zaleganie pokarmu. Rodzice dzięki wskazówkom logopedy mogą prowadzić z dzieckiem terapię pośrednią podczas wspólnej zabawy oraz innych czynności stymulujących do rozwoju komunikacji językowej.

3. Podsumowanie

Porażenie lewego fałdu głosowego / obu fałdów głosowych jest schorzeniem objawiającym się dysfagią, czyli problemami w jedzeniu i połykaniu, oraz dysfonią – zaburzeniami głosu. Dzieci z tego rodzaju diagnozą prezentują mniej efektywne karmienie, a w następstwie wolniejsze przybieranie na wadze, a także krztuszenie się w czasie jedzenia. Nie dochodzi do normalywnego zamykania się fałdów głosowych, później nagłośni oraz mięśni bocznych szyi. Zdarza się, że występuje trudność z odpowiednim przesunięciem tchawicy do przodu. Dodatkowo obserwuje się niepokój i dolegliwości trawienne. Dzieci z porażeniem obszarów krtaniowych mają osłabiony głos – podczas płaczu nie słychać krzyku, jedynie lekkie szmery/zaciągania/wysiłki gardłowo-krtaniowe.

Autorki zauważyły, że szczególnie ważne, lecz trudne w badaniu głosu pacjentów było wysłuchanie dźwięków wydawanych przez nich w czasie fonacji – zarówno w trakcie płaczu, jak i prób głużenia. W procesie diagnozy dzieci z porażonymi fałdami głosowymi niezbędne okazało się stałe monitorowanie ich oddechu i tętna przez logopedę. W czasie zbyt długiego płaczu, np. w trakcie procedur logopedycznych, zdarzało się, że funkcje życiowe pacjentów ulegały pogorszeniu, co mogło grozić poważnym uszczerbkiem na zdrowiu. Badanie w takiej sytuacji wymagało precyzji i wprawy, aby mogło się odbyć zarówno szybko, jak i z najwyższą dokładnością. Dodać należy, że sytuacja zaburzonej fonacji jest dla dziecka niekomfortowa, natomiast większe poczucie stresu wiąże się z doustnym pobieraniem pokarmu. Pacjenci dysfagiczni z porażonymi fałdami głosowymi mogą się przewlekle dławić, wskutek czego nadmiernie reaktywuje się u nich odruch wymiotny. Dodatkowo można dostrzec korelację między wcześniactwem a karmieniem za pomocą sondy i dysfagią, która przejawia się niechęcią do jedzenia, próbowania pokarmów, rozszerzania diety, a także wybiórczością pokarmową. Prowadzenie diagnozy i terapii takich pacjentów uważa się za najskuteczniejsze, jeżeli odbywa się w zespole interdyscyplinarnym.

Opisywane trudności stanowią poważną dolegliwość, której rehabilitacja wymaga wsparcia funkcji oddechowych oraz karmienia. Konsekwencją wspomnianych problemów może być opóźniony rozwój mowy dziecka. Im wcześniej podjęte będą działania terapeutyczne, tym większa szansa na zniwelowanie dolegliwości i prawidłowy rozwój dziecka.

Autorki zauważyły, że w literaturze przedmiotu, najczęściej medycznej, w znakomitej większości omawiane jest postępowanie lekarzy oraz proponowanie terapii w postaci zabiegu chirurgicznego lub leczenia farmakologicznego. Terapia logopedyczna, która została opracowana na podstawie zastosowanych zasad procesu diagnostycznego, stanowi rozwiązanie alternatywne do terapii medycznej lub jej uzupełnienie.

Autorki, na podstawie przeprowadzonych procedur diagnostycznych oraz otrzymanych wyników, stworzyły nigdzie wcześniej nieopisaną propozycję programu terapeutycznego, który obecnie stanowi podstawę prowadzonych badań. Jego kluczowe elementy to:

- 1) użycie elastycznego tapingu terapeutycznego w celu wsparcia pracy tkanek skórnych i mięśniowych w okolicy krtani, brzucha, klatki piersiowej, twarzy i szyi;
- 2) stymulacja oddechowa, prowadzona przez terapeute;
- 3) masaż terapeutyczny;
- 4) układanie, pielęgnacja i karmienie terapeutyczne dziecka.

Ustalenie standardów postępowania logopedycznego w opisanym zaburzeniu byłoby kluczem do działań wielu logopedów i ułatwiłoby monitorowanie ewentualnych postępów w terapii, co też przyczyniłoby się do holistycznego spojrzenia na problem przez szersze grono specjalistów.

Bibliografia

- Audag, N., Goubau, C., Toussaint, M., Reyche, G. (2016). Screening and evaluation tools of dysphagia in children with neuromuscular diseases: A systematic review. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 9(6), 591–596. <https://doi.org/10.1111/dmnc.13354>
- Boksa, E. (2016). *Dysfagia z perspektywy zaburzeń komunikacji językowej u dzieci i młodzieży z niepełno sprawnościami sprzężonymi*. Libron.
- Dharmarathna, I., Miles, A., Allen, J. (2019). Twenty years of quantitative instrumental measures of swallowing in children: A systematic review. *European Journal of Pediatrics*, 179, 203–223. <https://doi.org/10.1007/s00455-017-9835-x>
- García-Torres, E., Antón-Pacheco, J.L., Luna-Paredes, M.C., Morante-Valverde, R., Ezquerro-Pozo, E., Ferrer-Martínez, N., Villafruela, M.A., Jiménez-Huerta, J., López-Díaz, M., Carrillo-Arroyo, I., Boni, L. (2019). Vocal cord paralysis after cardiovascular surgery in children: Incidence, risk factors and diagnostic options. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 57, 359–365. <https://doi.org/10.1093/ejcts/ezz190>
- Gawlik, M., Kurdas, D. (2014). Zasady walidacji kwestionariuszy na przykładzie kwestionariusza Carregiver quality of life-cancer. *The Central European Journal of Social Sciences and Humanities*, 3, 26–29. <http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-494f824f-d03c-44dc-9d4b-f5053cb0c0a4>; data dostępu: 15.02.2021.
- Ha, J. (2020). Unilateral vocal fold palsy & dysphagia: A review. *Auris Nasus Larynx*, 47, 315–334. <https://doi.org/10.1016/j.anl.2020.03.001>
- Hamadah, H.K., Kabbani, M.S. (2017). Bedside ultrasound in the diagnosis and treatment of children with respiratory difficulty following cardiac surgery. *Journal of Clinical Imaging Science*, 7(37), 1–13. https://doi.org/10.4103/jcis.JCIS_42_17
- Horton, J., Atwood, C., Gnagi, S., Teufel, R., Clemmens, C. (2018). Temporal trends of pediatric dysphagia in hospitalized patients. *Dysphagia*, 33(5), 655–661. <https://doi.org/10.1007/s00455-018-9884-9>
- Jabbour, J., Uhing, M., Robey, T. (2017). Vocal fold paralysis in preterm infants: Prevalence and analysis of risk factors. *Journal of Perinatology*, 37(5), 585–590. <https://doi.org/10.1038/jp.2016.263>
- Jabłońska-Jesionowska, M., Zawadzka-Głós, L. (2019). Diagnostic evaluation of congenital respiratory stridor in children. *New Medicine*, 1, 3–13. <https://doi.org/10.25121/NewMed.2019.23.1.3>
- Knapek, M. (2020). Anatomiczne i fizjologiczne uwarunkowania opóźnionego rozwoju mowy: Oddech i fonacja. *Forum Logopedy*, 39, 5–9.
- Machoś, M., Czajkowska M. (2019). *Ssanie bez tajemnic*. Wydawnictwo GooGoo.
- Machoś-Nikodem, M. (2018). *Diagnoza neurologopedyczna niemowlęcia od 1 do 12 miesiąca życia*. Wydawnictwo Ergo-Sum.
- Mackiewicz, B. (2002). *Dysglosja jako jeden z objawów zespołu oddechowo-połykowego*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Mielnik-Niedzielska, G. (2016). Dysfagia u dzieci. *Otorynolaryngologia*, 15(2), 63–67. <https://www.otorynolaryngologia-pk.pl/f/file/orl-16-2-2.pdf>; data dostępu: 15.02.2021.

- Narozny, W., Szmaj, M. (2014). Zaburzenia mowy w dysfagii. W: S. Milewski, J. Kuczkowski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Biomedyczne podstawy logopedii* (s. 176–185). Wydawnictwo Harmonia.
- Nguyen, S., Zhu, A., Toppen, W., Ashfaq, A., Davis, J., Shemin, R., Mendelsohn, A.H., Benharash, H. (2016). Dysphagia after cardiac operations is associated with increased length of stay and costs. *American Surgery*, 82(10), 890–893. <https://doi.org/10.1177/000313481608201006>
- Obrębowski, A., Wiskirska-Woźnicka, B., Obrębowska, Z. (2018). Zaburzenia połykania w praktyce neurologopedycznej. W: A. Obrębowski (red.), *Wprowadzenie do neurologopedii* (s. 369–374). Termedia.
- Pluta-Wojciechowska, D. (2008). *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia. Badania – teoria – praktyka*. Jumar-Druk.
- Pluta-Wojciechowska, D. (2009). Połykanie jako jedna z niewerbalnych czynności kompleksu ustno-twarzowego. *Logopedia*, 38, 119–147.
- Pluta-Wojciechowska, D. (2014). Typologia zaburzeń mowy w przypadku osób z rozszczepem wargi i podniebienia. *Logopedia*. W: S. Grabias, M. Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy* (s. 469–513). UMCS.
- Pluta-Wojciechowska D., (2016). Wczesna interwencja logopedyczna w przypadku dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia. W: K. Kaczorowska-Bray, S. Milewski (red.), *Wczesna interwencja logopedyczna* (s. 309–336). Harmonia.
- Rodzi się coraz więcej wcześniaków*. <https://www.mp.pl/pacjent/pediatric/aktualnosci/badania/199138,rodzi-sie-coraz-wiecej-wczesniakow>; data dostępu: 15.02.2021.
- Rządźka, M. (2019). *Odruchy oralne u noworodków i niemowląt. Diagnostyka i stymulacja*. Impuls.
- Saunders, N., Zambon, M., Sharp, I., Siddiqui, R., Bermingham, A., Ellis, J., Vipond, B., Sails, A., Moran-Giladd, J., Marsh, P., Guiver, M. (2013). Guidance on the development and validation of diagnostic tests that depend on nucleic acid amplification and detection. *Journal of Clinical Virology*, 56, 260–270. <https://doi.org/10.1016/j.jcv.2012.11.013>.
- Speyer, R., Cordier, R., Parsons, R., Denman, D., Kim, J.H., (2018). Psychometric characteristics of non-instrumental swallowing and feeding assessments in pediatrics: A systematic review. *Dysphagia*, 33, 1–14. <https://doi.org/10.1007/s00455-017-9835-x>.
- Stoudemire, W., Fordham, L.A., Vece, T. (2018). Diagnosis and treatment of pediatric dysphagia: Radiography. W: J. Ongkasuwan, E.H. Chiou (red.), *Pediatric dysphagia. Challenges and controversies* (s. 109–118). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-97025-7_9
- Wędrychowska-Szulc, B. (2008). Etiologia wad zgryzu. W: I. Karłowska (red.), *Zarys współczesnej ortodoncji* (s. 41–52). PZWL.



Palin PCI – terapia interakcyjna rodzic – dziecko dla jąkających się dzieci w praktyce – studium przypadku

Palin PCI – Parent-Child Interaction Therapy for stuttering children
in practice – a case study

Abstract: The speech fluency disorder is a global phenomenon as it occurs in all societies. At the same time, there are many speech therapy methods for stuttering. The article presents the results of a study on the results obtained through one of these methods: the Palin PCI, or the Parent-Child Interaction Therapy, used to treat a five-year-old boy who stutters. The study used a qualitative case-study research method, which included the use of several data sources: desk research, observation, as well as individual in-depth interviews with the parents. The study has shown that the use of the Palin PCI method reduced the boy's disfluency and significantly changed the parents' attitudes towards the boy's stuttering.

Key words: stuttering/stammering, therapy, Palin PCI – Parent-Child Interaction Therapy, case study, qualitative research

Abstrakt: Zaburzenia płynności mowy stanowią pewien globalny fenomen, gdyż występują we wszystkich społeczeństwach. Jednocześnie istnieje wiele metod terapii logopedycznych dotyczących jąkania się. W artykule przedstawiono wyniki badania dotyczące efektów jednej z nich, tj. Palin PCI – terapii interakcyjnej rodzic – dziecko, zastosowanej w przypadku pięcioletniego jąkającego się chłopca. W badaniu wykorzystano jakościową metodę *case study*, w której ramach wykorzystano kilka źródeł danych: analizę dokumentów z terapii, obserwację, a także indywidualne wywiady pogłębione z rodzicami. Badanie wykazało, że zastosowanie programu Palin PCI przyczyniło się do zmniejszenia niepłynności mowy chłopca, a także znacznej zmiany postaw rodziców względem jąkania się syna.

Słowa kluczowe: jąkanie się, terapia, program Palin PCI – terapia interakcyjna rodzic – dziecko, *case study*, badanie jakościowe

Zaburzenia płynności mowy towarzyszą ludzkości od zarania dziejów (Woźniak, 2020). Są one zjawiskiem globalnym, gdyż dotyczą wszystkich społeczeństw i żyjących w nich ludzi niezależnie od języka, rasy i kultury (Dezort, 2018; Kelman, Whyte, 2018). Szacuje się, że na świecie jąka się około 70 milionów ludzi, co stanowi około 1% globalnej populacji (Dezort, 2018), aczkolwiek odsetek osób, które kiedykolwiek doświadczyły w swoim życiu

jąkania się, szacowany jest na około 4–5% (Bloodstein, Bernstein Ratner, 2008, za: Boroń, Węsierska, Agius, 2020). Jąkanie się jako kompleksowe zaburzenie komunikacji językowej zaczyna się w okresie wczesnego dzieciństwa – najczęściej pomiędzy drugim a piątym rokiem życia (Boroń i in., 2020) i dotyczy około 5% dzieci. Ostatecznie większości z nich udaje się poradzić sobie z tym problemem, choć mniej więcej jedno dziecko na 100, które zmagало się z niepełnościami w dzieciństwie, może jąkać się także w życiu dorosłym (Kelman, Whyte, 2018). Czynniki wskazującymi na możliwość ustąpienia jąkania się są m.in.: wczesny moment wystąpienia objawów (przed trzecim rokiem życia), płeć żeńska oraz historia ustępowania jąkania się u członków rodziny (Yari, Ambrose, 2005, za: Boroń i in., 2020). I choć, jak było to wspomniane, znaczna część dzieci poniżej siódmego roku życia, doświadczających jąkania samodzielnie osiąga zwykłą płynność, to część potrzebuje fachowej pomocy. Wśród metod dostępnych terapii dla grupy wiekowej dzieci poniżej siódmego roku życia w pierwszej kolejności wyróżnia się terapie pośrednie i bezpośrednie. Pierwsze z nich polegają na oddziaływaniu na dziecko przez jego środowisko i otoczenie, tak aby ułatwić mu wypowiedzanie się. Przykładem może być program Charlesa Van Ripe-ra, ale także poradnictwo, terapia interakcyjna z rodziną czy terapia przez zabawę. Z kolei metody pracy w terapii bezpośredniej mają na celu poprawę w zakresie płynności mowy dziecka lub całkowite ustąpienie jąkania się. W tym wypadku warto wskazać chociażby na Lidcombe Program, opierający się na założeniach terapii behawioralnej (Boroń i in., 2020; Woźniak, 2020). Niemniej jednak wachlarz dostępnych i stosowanych podejść i metod wsparcia jest bardzo szeroki, co pokazują m.in. wyniki międzynarodowego sondażu (Boroń i in., 2020). Warto również zaznaczyć, że większość z wymienionych metod terapii ma udokumentowaną skuteczność (zob. Boroń, 2017; Mielewska, Węsierska, 2013; Węsierska, 2013) i prowadzona jest wedle zasady *evidence-based practice* – praktyki opartej na dowodach. Aczkolwiek nie powinno to zwalniać praktyków z systematycznego weryfikowania efektów stosowanych podejść terapeutycznych, a także rezultatów własnej pracy, zważywszy na to, że coraz częściej podkreśla się potrzebę indywidualizacji terapii, a także łączenia różnych podejść (zob. Saad-Merouwe, 2020). Motywacją do swoistej autoewaluacji własnej pracy może być też trudność w odpowiedzi na pytanie: Czym jest sukces w terapii jąkania się? – o czym w pasjonujący sposób debatowali „podwójni eksperci” (zob. Blanchet i in., 2020).

Biorąc pod uwagę wskazany kontekst, chcemy, by celem niniejszego artykułu było przedstawienie wyników analizy studium indywidualnego przypadku pięcioletniego jąkającego się chłopca (zob. Janas-Kaszczyk, Tarkowski, 1991; Yin, 1994) – rezultatów terapii prowadzonej na podstawie programu Palin PCI – terapii interakcyjnej rodzic – dziecko dla jąkających się dzieci. Analiza przeprowadzona została z wykorzystaniem różnych źródeł danych – tzw. triangulacji danych (zob. Konecki, 2000): analizy dokumentów wypracowanych w ramach terapii (diagnoza, nagrania z poszczególnych sesji); obserwacji logopedy oraz pogłębionych wywiadów jakościowych (Babbie, 2008; Flick, 2010; Kaufmann, 2010; Kvale, 2010). Jej rezultaty zaś miały pełnić podwójną funkcję: ewaluacji programu oraz autoewaluacji pracy terapeuty (zob. punkt: 2. Metoda badawcza).

1. Palin PCI – terapia interakcyjna rodzic – dziecko dla jąkających się dzieci – główne założenia programowe

Program Palin PCI – terapia interakcyjna rodzic – dziecko dla jąkających się dzieci (Palin PCI) wykorzystywany jest w terapii jąkania się u dzieci do siódmego roku życia. Łączy w sobie elementy podejścia pośredniego i bezpośredniego. Rozpoczyna się dokładną diagnozą składającą się z wywiadu, badania dziecka, a także obserwacji interakcji zachodzących między rodzicami i dzieckiem w czasie zabawy.

W terapii Palin PCI wykorzystuje się trzy główne elementy:

- 1) strategie interakcyjne – należą do nich m.in.:
 - przejmowanie przez dziecko inicjatywy w zabawie,
 - udzielanie większej liczby komentarzy niż zadawanych pytań,
 - dostosowanie języka do poziomu dziecka,
 - dostosowanie tempa mówienia do możliwości percepcji dziecka,
 - stosowanie pauz,
 - utrzymywanie kontaktu wzrokowego,
 - dbanie o odpowiednią pozycję ciała;
- 2) strategie rodzinne – należą do nich m.in.:
 - budowanie w dziecku wiary w siebie,
 - uczenie dziecka naprzemienności w dialogu,
 - radzenie sobie z trudnymi zachowaniami dziecka,
 - otwarte mówienie o jąkaniu się;
- 3) strategie ukierunkowane na bezpośrednią pracę z dzieckiem – należą do nich:
 - trzy rodzaje mowy: żółwikowa, autobusikowa i samolocikowa,
 - nauka utrzymywania kontaktu wzrokowego, skupienia uwagi i zwięzłości wypowiedzi (Kelman, Nicholas, 2013).

Cały proces odbywa się w czasie sześciu cotygodniowych sesji w gabinecie logopedy (pierwszy etap), a przez następne sześć tygodni (drugi etap) dokonuje się praca w domu i utrwalanie efektów z niewielkim wsparciem logopedy (ang. *home consolidation period*). Najważniejszym punktem pierwszego etapu terapii (komponent pośredni) są rodzice dziecka. W ramach tej części programu korzysta się ze strategii interakcyjnych i rodzinnych. Zadaniem logopedy jest nawiązanie partnerskiej relacji z opiekunami, a następnie wydobywanie zasobów, które umożliwią im zwiększenie poczucia kompetencji w radzeniu sobie z trudnościami dziecka. W czasie każdej z sesji wykorzystuje się w tym celu *videocoaching*. Rodzice wdrażają wyznaczone cele w ramach *czasu specjalnego*, który jest formą pięćminutowej zabawy z dzieckiem, odbywającej się w domu trzy do pięciu razy w tygodniu między sesjami u logopedy. Po tym okresie następuje badanie kontrolne, które pozwala podjąć decyzję, czy wskazane jest przejście do terapii bezpośredniej, czy też nie, i czy proces terapeutyczny może zostać zakończony. W tym drugim wypadku przechodzi się do etapu monitoringu. Zgodnie z zaleceniami autorów programu należy dokonać kontroli uzyskanych efektów w trzymiesięcznych interwałach (trzy i sześć miesięcy po zakończonej terapii) (Kelman, Nicholas, 2013; Węsierska, 2013).

2. Metoda badawcza

Materiał empiryczny stanowiący podstawę dalszych rozważań zebrany został za pomocą metody studium przypadku (*case study*), czyli rodzaju badania polegającego na skoncentrowaniu się na danym zjawisku (przypadku), które ze względu na swoją złożoność lub unikatowość wymaga pogłębionej analizy (Yin, 1994). Innymi słowy jest to forma badania definiowana przez zainteresowanie konkretnym zjawiskiem, a nie zastosowaniem określonych metod (Stake, 2010). Forma ta stosowana jest także w ramach badań logopedycznych, w których wykorzystywana jest m.in. ze względu na jej walory opisowo-eksploracyjne (diagnostyczne) oraz weryfikacyjne (ewaluacyjne) (Janas-Kaszczyk, Tarkowski, 1991; Węsierska, 2013). Wskazane zalety oraz specyfika studium przypadku¹ stanowiły istotną przesłankę do wyboru metody, a także zwiększały prawdopodobieństwo osiągnięcia zakładanych celów. Przede wszystkim zastosowanie wybranej procedury badawczej miało umożliwić ocenę skuteczności² prowadzonych działań terapeutycznych na podstawie programu Palin PCI. Tym samym miało stanowić swoistą ewaluację programu w odniesieniu do analizowanego przypadku. Jednocześnie badanie miało dostarczyć odpowiedzi dotyczących bezpośrednio pracy terapeuty, a w tym przypadku – pełnić funkcję swego rodzaju autoewaluacji, wszakże na skuteczność programu składają się także osoba oraz sposób pracy terapeuty. Niezależnie od założeń programu i opisanych w podręcznikach kroków postępowania istotne znaczenie ma również postawa terapeuty, umiejętność nawiązania relacji z rodzicami, a także zmotywowania ich do realizacji kolejnych kroków terapeutycznych i utrzymania odpowiedniego poziomu zaangażowania.

Zgodnie z założeniami metody zastosowano kilka technik badawczych, czyli tzw. triangulację metod (Konecki, 2000; Stake, 2010): analizę dokumentów wypracowanych w ramach terapii (diagnozy, nagrań z poszczególnych sesji); obserwację logopedy oraz indywidualne wywiady pogłębione (*Individual In-depth Interview* – IDI) z rodzicami chłopca (Babbie, 2008; Flick, 2010; Kvale, 2010). Wywiady zostały przeprowadzone przez specjalistę ds. badań pół roku po zakończeniu programu. Realizacja wywiadów przez zewnętrznego badacza miała ograniczyć ewentualny wpływ terapeuty prowadzącego program na wypowiedzi rodziców, a tym samym umożliwić otrzymanie bardziej wiarygodnych danych na temat programu i pracy logopedy.

3. Opis i analiza przypadku

3.1. Ogólna charakterystyka chłopca

Chłopiec w dniu pierwszego kontaktu rodziców z logopedą miał 3 lata i 10 miesięcy. Jąkanie występowało u niego od 8 miesięcy. Nie uczęszczał wcześniej na terapię logopedyczną związaną z niepłynnością, był jedynie na konsultacji w związku z opóźnionym rozwojem mowy. Rodzice odbyli również konsultację u neurologa. Wynikała ona z nad-

¹ Stosowanie wielu źródeł danych i technik: analizy dokumentów, obserwacji, wywiadów.

² Skuteczność w tym wypadku rozumiana jest jako osiągnięcie celów zakładanych na początku procesu terapeutycznego.

wrażliwości sensorycznej, którą zauważyli u syna. Lekarz nie stwierdził jednak żadnych niepokojących objawów neurologicznych.

W wywiadzie rodzinnym stwierdzono obciążenie jąkaniem, mama chłopca doświadczała niepełności, kiedy była dzieckiem, do dziś pozostały u niej niepełności pojawiające się w czasie silnego stresu. Nie stanowi to jednak dla niej problemu, nie wpływa na jakość jej życia ani na komunikowanie się z innymi. Chłopiec wychowywał się w rodzinie pełnej, nie miał rodzeństwa, oboje rodzice byli pochodzenia polskiego, w związku z czym dziecko posługiwało się jedynie językiem polskim. Chłopiec uczęszczał do przedszkola, miał trudności adaptacyjne, ale nie trwały one długo.

3.2. Badanie logopedyczne

Pierwszym etapem konsultacji logopedycznej w przypadku niepełności mówienia pojawiającej się u dzieci jest wstępne badanie przesiewowe, które pozwala na podjęcie decyzji, jakie działania na tym etapie będą najlepszym rozwiązaniem. W dalszej kolejności możliwe jest wykonanie pełnego badania logopedycznego lub jedynie udzielenie ogólnych wskazówek rodzicom i monitorowanie mowy dziecka. Z badania przesiewowego przeprowadzonego 6.05.2019 roku uzyskano następujące informacje:

- obecność objawów niepełności w mowie dziecka od ośmiu miesięcy,
- zmienna liczba obserwowanych przez rodziców niepełności,
- historia jąkania się w rodzinie (matka chłopca),
- brak świadomości chłopca o występowaniu trudności w jego mowie (wg rodziców),
- przejawianie przez rodziców wysokiego poziomu obaw względem jąkania się syna (oboje na skali od 0 do 7 ocenili swój niepokój na 5),
- nasilenie objawów jąkania się – ocena między 4 a 5 na skali od 0 do 7 u obojga rodziców,
- nieharmonijny rozwój mowy chłopca.

Logopeda wraz z rodzicami podjął decyzję o potrzebie wykonania pełnego badania logopedycznego. Czynniki ryzyka, które ujawniły się w przesiewowym badaniu, wskazywały na taką właśnie potrzebę. Pierwsze spotkanie odbyło się 23.08.2019 roku – był to wywiad z rodzicami, drugie spotkanie odbyło się 30.08.2019 roku – było to badanie chłopca i nagranie zabawy rodziców z dzieckiem. W badaniu wykorzystano następujące narzędzia: arkusz wywiadu, arkusz badania logopedycznego dziecka (Kelman, Nicholas, 2013, s. 220–224, 232–240); KiddyCAT® test do badania postaw związanych z komunikowaniem się jąkających się dzieci w wieku przedszkolnym (Vanryckeghem, Brutten, 2015); logopedyczny test dla dzieci i młodzieży (Michalak-Widera, 2009).

Niepełności, jakie zaobserwowano w mowie chłopca, miały charakter kloniczny. Pojawiały się powtórzenia dźwięków, sylab (zarówno nagłosowych, jak i wygłosowych), wyrazów jednosylabowych oraz powtarzanie fragmentów zdań. Występował również głośny wdech, któremu towarzyszyło napięcie, głośne wciąganie śliny oraz bardzo szybkie tempo mówienia. Nasilenie niepełności utrzymywało się w granicy 6,4% w czasie mowy spontanicznej i odpowiadania na pytania, oraz na poziomie 4% w czasie nazywania obrazków. Powtórzenia dźwięków występowały przeciętnie trzy razy, np. *a-a-a-autko*. Dzięki wykonaniu testu KiddyCAT® uzyskano informację, że chłopiec miał świadomość trudności pojawiających się w jego mowie, uznawał mówienie za trudne i miał przekonanie, że rodzicom

nie podoba się to, w jaki sposób mówi. Nie powodowało to jednak wycofywania się czy rezygnacji z wypowiedzania się.

Ponadto stwierdzono, że możliwości odbiorcze chłopca plasowały się na adekwatnym do jego wieku poziomie, zauważono jednak, że szybko się rozprasza, chciałby wykonywać kilka czynności jednocześnie, konstruuje przy tym bardzo długie i złożone zdania. Jego wymowa była na poziomie odpowiednim do wieku, chłopiec realizował poprawnie wszystkie głoski, które mieściły się wówczas w normie rozwojowej. Zaobserwowano jednak trudności w mowie opowieściowej i dialogowej. Chłopiec miał problem z zaplanowaniem wypowiedzi, budował bardzo długie zdania, których treść często parokrotnie modyfikował, powracając do wcześniej wypowiedzianych myśli, miał trudności z zakończeniem wypowiedzi, nie umiał czekać na swoją kolej, przerywał rozmówcy w czasie dialogu i nie kończył odpowiedzi na pytania, a jedynie przechodził do kolejnego wątku, nie pozostawiając przestrzeni na komentarz drugiej osoby.

W czasie oceny interakcji rodzic – dziecko zaobserwowano, że matka mówi w czasie zabawy z synem zdecydowanie więcej niż on, a także buduje złożone zdania, używając trudnego słownictwa. Ojciec natomiast zadawał chłopcu bardzo dużo pytań otwartych i nie wysłuchiwał do końca odpowiedzi, których syn udzielał, bo (jak stwierdził) nie wystarczało mu cierpliwości.

Po przeprowadzonym badaniu logopedycznym można było stwierdzić, że potencjalnymi czynnikami fizjologicznymi i lingwistycznymi, które mogły mieć wpływ na zaistnienie nie płynności mówienia w wypowiedziach chłopca, były płeć dziecka, historia jąkania w rodzinie, nieharmonijny rozwój mowy, duże trudności z planowaniem wypowiedzi. Jeżeli chodzi o czynniki środowiskowe i psychologiczne, które mogły przyczynić się do utrwalenia trudności z płynnym mówieniem, zidentyfikowano wysoki poziom lęku rodziców odnośnie do przyszłości syna, złość pojawiającą się u matki w związku z jąkaniem się syna, zniecierpliwienie występujące u ojca w czasie wypowiedzi syna. Chłopca charakteryzowała natomiast duża wrażliwość i emocjonalność, którą starał się ukrywać. Liczyła się dla niego ocena innych i to, w jaki sposób zostanie odebrany, co powiedzą na jego temat rodzice. Jednocześnie szybko wpadał w złość, zdarzało mu się gryźć i bić tatę.

3.3. Przebieg terapii i jej rezultaty

Opierając się na wynikach diagnozy logopedycznej, zdecydowano o zastosowaniu programu Palin PCI, postanowiono skorzystać z etapu terapii pośredniej, pozostawiając decyzję o ewentualnej terapii bezpośredniej na późniejszy okres, uzależniając ją od postępów i potrzeb. Realizacja programu rozpoczęła się 11.10.2019 roku i trwała do 29.11.2019 roku. Wizyty w gabinecie logopedycznym odbywały się co tydzień przez sześć tygodni. W sesjach brali udział rodzice i ich syn. W czasie pierwszej wizyty wprowadzono technikę nazwaną przez autorów programu *czasem specjalnym*, która polega na pięciominutowej zabawie z dzieckiem, trzy do pięciu razy w tygodniu. W kolejnych tygodniach dokonywano nagrań zabawy każdego z rodziców z dzieckiem i na podstawie ich analizy rodzice dokonywali wyboru celów, które będą realizować w ramach *czasów specjalnych*, odbywających się w domu. Duże zaangażowanie rodziców w proces terapeutyczny i wsparcie logopedy umożliwiły realizację następujących celów w ramach strategii interakcyjnych:

- dostosowanie języka do możliwości percepcji i wieku dziecka,
- stosowanie krótszych zdań,
- zmniejszenie liczby pytań otwartych (zamiana ich na pytania zamknięte lub na komentarze),
- parafrazowanie wypowiedzi dziecka,
- utrzymywanie z chłopcem kontaktu wzrokowego,
- umożliwienie dziecku przejmowania inicjatywy w zabawie.

Z kolei w ramach strategii rodzinnych wprowadzono:

- mówienie po kolei,
- czekanie na swoją kolej,
- naprzemiennosc w działaniu,
- wspieranie dziecka w radzeniu sobie z emocjami, a także budowanie wiary w siebie i poczucia pewności siebie.

Po zakończeniu pierwszego etapu terapii rodzice rozpoczęli, trwający sześć tygodni, drugi etap, który polega na samodzielnej pracy w domu i realizowaniu *czasów specjalnych* z niewielkim wsparciem logopedy, który pozostawał z rodzicami w kontakcie mailowym. Terapeuta co tydzień otrzymywał arkusze *czasu specjalnego*, które matka i ojciec uzupełniali po zabawie z synem. Analizie poddawane były trudności występujące w czasie zabawy (np. chłopiec nie chciał kończyć *czasów specjalnych* i próbował wydłużać ich trwanie). Po sześciu tygodniach pracy w domu odbyło się kolejne spotkanie terapeuty/logopedy z dzieckiem i jego rodzicami. Niepłynności mówienia chłopca spadły do poziomu 5,3% w czasie mowy narracyjnej oraz odpowiadania na pytania i do 2% w czasie nazywania obrazków. Chłopiec zdecydowanie lepiej radził sobie z planowaniem wypowiedzi, czekał na swoją kolej, robił pauzy, dawał sobie czas na zastanowienie się (mówił: „czekaj, muszę pomyśleć”). W czasie spotkania nie pojawiły się napięcia przy wdechu, które były widoczne w diagnozie początkowej.

W związku z dużą poprawą w mowie syna rodzice wraz z logopedą uznali, że terapia bezpośrednia nie będzie wskazana na tym etapie. W dalszej kolejności w związku z trudnościami organizacyjnymi logopeda pozostawał z rodzicami jedynie w kontakcie telefonicznym. Rozmowy wskazywały na utrzymującą się poprawę w mowie syna, rodzice relacjonowali, że czasem zdarzają się trudniejsze momenty, ale występują jedynie w czasie silnych emocji i przyspieszonego tempa mówienia chłopca, które spowodowane jest wspomnianymi emocjami. W życiu codziennym niepłynności nie pojawiają się na tyle często i nie są tak intensywne, żeby utrudniały w jakikolwiek sposób komunikację chłopca z otoczeniem. W tym czasie zrealizowane zostały także pogłębione wywiady indywidualne z rodzicami.

3.4. Dane z indywidualnych wywiadów z rodzicami

Nie ulega wątpliwości, że badaniom ilościowym przypisuje się zdecydowanie ważniejszą rolę niż jakościowym (Silverman, 2007), gdyż dostarczają one danych w sposób szybki i zrozumiały – najczęściej procentowy. Jako społeczeństwo przyzwyczajeni jesteśmy do liczb i procentów. Dla czytelnika zapewne łatwiejsze w odbiorze byłoby sformułowanie, że „80% badanych rodziców uważa program za skuteczny”. Z kolei badania jakościowe zamiast liczb wykorzystują słowa i tekst jako materiał empiryczny (Flick, 2010). Sprawia to, że jedną z ich kluczowych zalet jest możliwość uzyskania głębszego i pełniejszego zrozumienia danego

zjawiska. Prowadząc badania jakościowe, można rozpoznać zdecydowanie więcej niuansów w postawach i zachowaniach badanych, które mogą zostać niedostrzeżone przez badaczy stosujących inne metody (Babbie, 2007; Flick, 2010). Możliwość uzyskania pogłębionego obrazu zjawiska, a w szczególności przyjrzenia się postawom i ich zmianom, sprawiły, że w ramach opisywanego studium przypadku zdecydowano się zastosować także technikę indywidualnego wywiadu pogłębionego. Jest to jakościowa technika uzyskiwania danych, która opiera się na bezpośredniej komunikacji o zróżnicowanym stopniu standaryzacji, przybierająca formę mniej lub bardziej ukierunkowanego dialogu, w którym rola prowadzącego (badacza) polega głównie na słuchaniu respondenta (Niedbalski, 2012). Ideę wywiadu swobodnego najlepiej oddają słowa norweskiego psychologa. Steinare Kvale (2010, s. 28) pisze:

Jeżeli chcesz dowiedzieć się, w jaki sposób ludzie rozumieją swój świat i swoje życie, to dlaczego z nimi o tym nie porozmawiasz? Rozmowa jest podstawową formą interakcji międzyludzkiej. Ludzie rozmawiają ze sobą, wchodzą w interakcje, zadają pytania i udzielają odpowiedzi. Dzięki rozmowie poznajemy innych, ich doświadczenia, uczucia, nadzieje i świat, w którym żyją. Przeprowadzając wywiad, badacz pyta i słucha tego, co ludzie sami mają do powiedzenia o swoim świecie życia, na temat swoich marzeń, lęków i pragnień, słyszy wyrażane przez nich poglądy i opinie ujęte w ich własne słowa, poznaje ich sytuację w szkole i pracy, ich rodzinę oraz życie społeczne.

Ujmując to najprościej, indywidualny wywiad pogłębiony to rozmowa, której celem jest zdobycie określonych informacji. Powinien przypominać rozmowę prowadzoną w życiu codziennym w warunkach niebadawczych. Wywiad moderuje badacz, opierając się na tzw. dyspozycjach, czyli luźno sformułowanych problemach/tematach, które należy poruszyć z rozmówcą. Taką procedurę zastosowano w ramach niniejszego przypadku. Badanymi byli rodzice chłopca, z którymi po zakończeniu programu przeprowadzono czterdziestominutowe wywiady. Z każdym z rodziców rozmawiano indywidualnie. Celem wywiadów było z jednej strony uzupełnienie informacji zebranych w trakcie terapii (głównie na podstawie obserwacji logopedy), z drugiej – poznanie opinii opiekunów na temat potencjalnych zmian w zachowaniu chłopca wynikających z realizacji programu, a także zmian w nich samych. Rodziców zapytano o spostrzeżenia dotyczące zmiany zachowania i emocji dziecka w trzech momentach: przed, w trakcie i po terapii. Ponadto poruszone zostały kwestie dotyczące zmian postaw samych rodziców. W ramach wywiadów zapytano opiekunów o ich działania, emocje i wiedzę na temat jąkania się w odniesieniu do trzech wspomnianych momentów. Dodatkowo każde z rodziców wypełniło krótką ankietę oceniającą za pomocą skali trzy elementy: kontrolę mowy, umiejętności komunikacyjne oraz pewność siebie dziecka³. Elementy te oceniane były w odniesieniu do dwóch momentów: przed realizacją programu i po jego realizacji, za pomocą dziesięciopunktowej skali.

³ Na potrzeby badania „kontrolę mowy” określono jako wolniejsze mówienie, robienie pauz, łączenie słów i łagodniejsze wymawianie niektórych głosek; z kolei „umiejętności komunikacyjne” jako mówienie na zmianę, utrzymywanie kontaktu wzrokowego, słuchanie oraz koncentrowanie się na wypowiedziach innych. Natomiast „pewność siebie” opisana została jako radzenie sobie z wyzwaniem i trudnymi sytuacjami. Opisy te zostały opracowane, aby ujednoczyć i ułatwić rodzicom dokonanie oceny.

Za zgodą rodziców wywiady zostały nagrane, co w kolejnym kroku umożliwiło przygotowanie transkrypcji, które poddano kodowaniu oraz analizie jakościowej. Kodowanie polegało na przypisywaniu i nadawaniu nazw (kodów) danemu fragmentowi tekstu, zatem w tym wypadku zastosowano tzw. kodowanie rzeczowe (Konecki, 2000). Następnie fragmenty o identycznych kodach były z sobą zestawiane i porównywane w celu wyciągnięcia wniosków. Kody w większości przypadków opracowywane były na podstawie dyspozycji do wywiadów, np. komponent emocjonalny przed programem u matki; komponent poznawczy przed programem u ojca. Poniżej przedstawione zostały najważniejsze informacje uzyskane w trakcie rozmów z rodzicami.

3.4.1. Zmiany w zachowaniu chłopca w opinii rodziców

Na wstępie rozmowy matka chłopca przyznała, że zaczął on mówić dość późno, choć – jak dodała – mówił dużo, ale „w swoim języku”. Jej zdaniem mogło to niekorzystnie wpływać na kontakty z rówieśnikami, a także dorosłymi. Sytuację tę opisała następującymi słowami: „[...] i myślę, że już wtedy były takie problemy, że on się nie dogadywał np. z innymi dziećmi i dorosłymi, bo nikt go nie rozumiał”. W późniejszym okresie, gdy chłopiec zaczął mówić, pojawiło się także jąkanie. W tym czasie wspólnie z mężem zauważyli, że chłopiec dystansuje się od innych. Przyczyn upatrywali w fakcie, że dziecko do czwartego roku życia przebywało głównie z mamą, a tym samym nie nabyło stosownych kompetencji społecznych. Z kolei ojciec, na początku rozmowy, przyznał, że chłopiec prawdopodobnie jeszcze przed rozpoczęciem terapii zdawał sobie sprawę z tego, że się jąka, gdyż podejmował próby korygowania swoich niepełnych wypowiedzi. Świadomość jąkania się – zdaniem ojca – nie wpływała jednak na samopoczucie i samoocenę chłopca:

[...] wydaje mi się, że to jemu w niczym nie przeszkadzało. Być może on to zauważał i próbował korygować czy coś, ale nie było tak, że, nie wiem, przestawał mówić, bo się jąkał, mówił do skutku, nie zauważałem, żeby coś mu przeszkadzało w tym, że się wstydzi, że się jąka.

Podobną opinię na temat dziecka i jego jąkania się miała przed terapią również matka, choć jej zdaniem źródłem informacji dla chłopca o tym, że się jąka, mogły być jej reakcje, a nie samoobserwacja. Jak podkreślała, syn mógł zauważać i wyczuwać, że ona nie wie do końca, jak powinna się zachować ze względu na jego sposób mowy. Niemniej jednak, podobnie jak ojciec, uważała, że nie miało to odzwierciedlenia w jego emocjach ani samopoczuciu.

W trakcie trwania programu rodzice wspólnie zauważyli zmianę, która związana była z zakładanym przez nich celem, a mianowicie oboje zaobserwowali, że chłopiec więcej i częściej zastanawia się nad tym, co mówi i jak mówi. Dla ojca była to najwidoczniejsza zmiana, z kolei matka opisała to następującymi słowami:

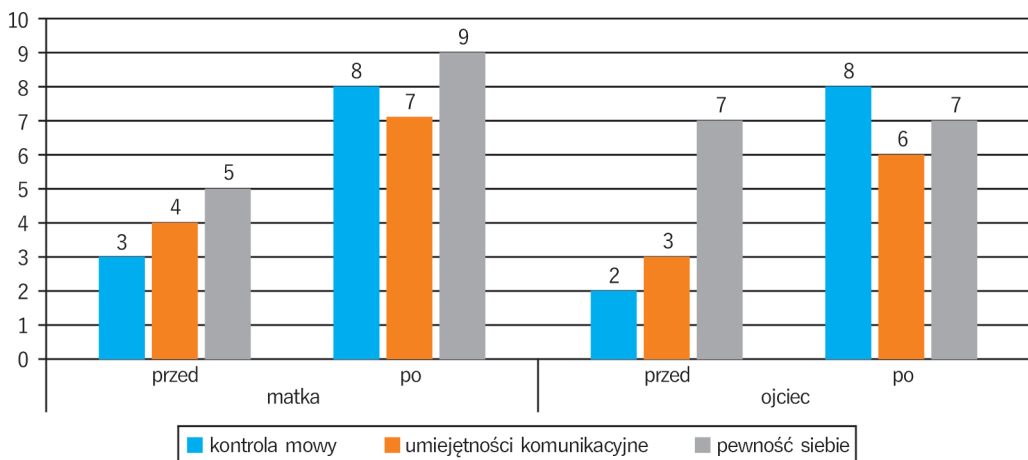
[...] więc ja go chwaliłam za różne rzeczy, kiedy mu się zdarzało zastanawiać, albo zwracałam uwagę na to, że coś zrobił i to było bardzo przemyślane, że zbudował budowlę i to wymagało zastanawiania, więc on stał się dzieckiem, które się zastanawia, i ma teraz takie teksty: „nie wiem, muszę się zastanowić” albo musi to przemyśleć, i to jest super!

Dodatkowo zauważyła, że syn nawiązał nowe relacje koleżeńskie, a także mówi z większą łatwością. Co więcej, zmiany te dostrzeżone zostały także przez wychowawczynię z przedszkola, co obrazuje wypowiedź mamy: „[...] ale na pewno on nie ma oporu w mówieniu, to mówią też przedszkolanki, że on mówi dużo, być może jest to też częściowo zasługa tego programu”. Warto jednak zaznaczyć, że oboje rodzice nie mają pewności, że opisane zmiany wynikają jedynie z oddziaływania programu. Choć mama szczególną uwagę zwróciła na to, że chłopcu bardzo podobały się *czasy specjalne*: „Jemu się na pewno bardzo podobały te wizyty, *czas specjalny* mu się bardzo podobał, czekał co tydzień na to i przypominał, że ten *czas specjalny* mamy robić »pobaw się ze mną w *czas specjalny*«”.

Zmiany zaobserwowane w trakcie realizacji programu utrwaliły się i były dostrzegane przez rodziców także po zakończeniu terapii. Zdaniem ojca chłopcu udało się wypracować umiejętność zatrzymywania się i zastanawiania się. Zaobserwował on też mniej niepełności. Z kolei matka szczególną uwagę zwróciła na samopoczucie dziecka. Jej zdaniem chłopiec stał się pewniejszy, mimo nadal wysokiego poziomu wrażliwości i empatii. Zauważyła także brak lęku przed mówieniem oraz wskazała na inną „jakość” niepełności:

Nie ma oporów absolutnie z mówieniem, nie wiedzę, żeby to, że on się zaczyna, jakoś tam denerwowało. On kiedyś się zaczynał, jak był podekscytowany, natomiast teraz mniej jest takich sytuacji, kiedy on jest nakręcony, ale zaczyna się też na spokojnie.

Podsumowując, należy stwierdzić, że rodzice zauważyli u chłopca istotne zmiany. W aspekcie behawioralnym jest to częstsze zatrzymywanie się i zastanawianie się, a także spokojniejsze mówienie, co owocuje, jak zauważyła matka, inną „jakością” niepełności, a może raczej należałoby powiedzieć: inną „jakością” mowy. Z kolei w aspekcie emocjonalnym, dostrzeganym jedynie przez matkę, wskazać można na wzrost pewności siebie chłopca. Konstatacje te znajdują także potwierdzenie w odniesieniu do wyników ankiet (zob. rys. 1). Na zakończenie rozmowy każde z rodziców wypełniło krótki formularz.



Rysunek 1. Wyniki ankiety – ocena kontroli mowy, umiejętności komunikacyjnych i pewności siebie przed programem i po programie. Źródło: opracowanie własne.

Wyniki dowodzą, że rodzice dostrzegli istotne zmiany w obszarze kontroli mowy i umiejętności komunikacyjnych syna. Co więcej, matka chłopca zadeklarowała, że zaobserwowała także znaczną poprawę w poziomie pewności siebie dziecka. Warto jednak wyraźnie zaznaczyć, że rodzice opisywanych w rozmowach zmian nie przypisywali jedynie programowi, aczkolwiek jednocześnie nie negowali jego istotnego wpływu.

3.4.2. Zmiana postaw rodziców

Poza dyskusją na temat zmian zaobserwowanych u syna znaczna część rozmowy poświęcona została zmianom w postawie rodziców, których zapytano o posiadaną wiedzę na temat jąkania się, emocje z nim związane i podejmowane w związku z nim działania. Omówione zostały trzy momenty czasowe: przed rozpoczęciem programu, w jego trakcie i po zakończeniu. Na wstępie oboje przyznali, że przed rozpoczęciem programu brakowało im wiedzy na temat jąkania się. Matka chłopca posiadała pewną wiedzę z przekazów rodzinnych, że niepełności mogą być powodowane stresem i mogą też samoistnie ustąpić. Aczkolwiek jak przyznała, przed terapią poruszali się z mężem po omacku i nie wiedzieli, co należy zrobić. W podobnym tonie wypowiedział się ojciec, który potwierdził, że zanim rozpoczął udział w programie, brakowało mu jakiegokolwiek wiedzy na temat rozwoju mowy dziecka. Wspominał, że syn stosunkowo późno zaczął mówić, ale nie wiedział, czy to opóźnienie jest zgodne z jakąś normą, czy nie. Analogicznie prezentowała się sytuacja z jąkaniem, ojciec przyznał, że trudności syna wydawały mu się dziwne, ale nie wiedział, czy jest to „normalne”. Jedynym z nielicznych źródeł wiedzy w jego przypadku było dokonywanie porównań syna z dziećmi w podobnym wieku. O posiadanej przed rozpoczęciem terapii wiedzy na temat jąkania się mówił w następujący sposób: „Myślę, że żadna lub niewielka, nie mieliśmy jakieś wiedzy, czy to w ogóle jest coś, co mu minie, nie minie, czy to trzeba się tym interesować i tak dalej”.

W odniesieniu do drugiego komponentu – emocjonalnego – mama chłopca przyznała, że emocji było bardzo dużo. Począwszy od lęku, przez poczucie winy, że to może ona zrobiła coś nieprawidłowo, np. „przebodźcowała” chłopca, aż po złość na zaistniałą sytuację, a także innych ludzi. Towarzyszące emocje opisywała następująco:

Poza tym złość, bo on się jąka i mówi, i czekam, i czekam, a on się nie może wypowiedzieć... czekam, to czasem było straszne, bo on długo potrzebował, żeby się wypowiedzieć. Czyli lęk, złość... no jakieś takie poczucie winy, szukanie winnego, plus złość na innych ludzi, którzy np. przerywają mu albo mówią mu: uspokój się, którzy zachowują się nie tak, jak powinni się zachowywać.

Z kolei ojciec wskazywał jedynie na zniecierpliwienie związane z przedłużającymi się wypowiedziami syna, aczkolwiek, jak dodał, nie było to zdenerwowanie kierowane na syna: „To nie było zdenerwowanie, że on coś źle robi, tylko takie zniecierpliwienie”.

W ramach rozważań dotyczących komponentu behawioralnego matka chłopca w pierwszej kolejności odniosła się do swoich predyspozycji związanych z jąkaniem się. Wskazała, że w sytuacjach stresowych lub w trakcie spotkań towarzyskich zdarza jej się „zaciąć” i wtedy pomocne bywa wolne mówienie. W związku z tym jeszcze przed rozpoczęciem

spotkań w ramach programu starała się mówić do syna, stosując wolne tempo. Opisała to w następujący sposób:

Ponieważ ja pamiętam, że w dzieciństwie miałam takie problemy, znaczy nie pamiętam, moja mama twierdzi, że ja się jąkałam, jak byłam dzieckiem. Jąkałam się, ponieważ byłam w przedszkolu i panie powiedziały, żeby mnie wypisać z tego przedszkola, bo przez to się jąkam i faktycznie, wypisano mnie z przedszkola i przestałam się jąkać później..., ale jakby widzę to u siebie, że mam takie predyspozycje, jak gdzieś jest jakiś stres albo w kontaktach towarzyskich, takich jak chcę dużo powiedzieć na raz. To drugie chyba nawet bardziej, to się zacinam, to mi brakuje słów i nie mogę się wypowiedzieć i mi pomaga coś takiego, że zaczynam mówić bardzo wolno i w ten sposób starałam się zwracać do syna.

Wśród pozostałych czynności, jakie wymieniła, było aktywne słuchanie, dawanie możliwości do „wyszalenia się”, co, jej zdaniem, mogło być pomocne, oraz systematyczne kontaktowanie się z poradnią psychologiczno-pedagogiczną w celu uzyskania informacji, czy zwolniło się miejsce na terapię. Zupełnie inaczej przedstawiają się działania ojca, który przyznał, że przed udziałem w projekcie to, co często stosował, uznając, że jest pomocne, to kończenie wypowiedzi za syna i podpowiadanie mu brakujących słów: „Wydaje mi się, że z takich najczęstszych, to było jakieś tam koniecznie zdań lub podpowiadanie mu słów lub ewentualnie poprawianie, ale to już bardziej związane z wymową, a nie z jąkaniem”. Dodatkowo starał się uspokajać chłopca, sugerując, aby mówił powoli, a także aby wykonywał tylko jedną czynność na raz.

Oboje rodzice zgodnie stwierdzili, że w trakcie trwania terapii zdobyli bardzo dużo wiedzy na temat jąkania i zasad komunikowania się. Matka chłopca wspominała o wiedzy ogólnej i szczegółowej. W przypadku tej pierwszej miała na myśli głównie wiedzę na temat źródeł jąkania się. Fakt, iż jest ono uwarunkowane wieloczynnikowo, a sama mowa jest procesem bardzo złożonym, sprawił, że przestała się obwiniać za to, jak mówi syn. Z kolei w przypadku wiedzy szczegółowej przyznała, że uzyskała bardzo dużo informacji i konkretnych wskazówek na temat sposobów zachowywania się w stosunku do niepełności mówienia syna. W tym miejscu wspomniała m.in. o niepoprawianiu mowy dziecka. Z kolei ojciec chłopca przyznał, że w trakcie programu zdecydowanie poszerzona została jego wiedza. Wskazywał na otrzymane od logopedy materiały, a w szczególności na wspólne analizy filmów z zabawy z chłopcem, jako główne źródła nowej wiedzy. Dyskusje nad nagraniami w znacznym stopniu zmieniły jego perspektywę i dostarczyły licznych praktycznych wskazówek. W tym miejscu wspomniał o zmianie sposobu zadawania pytań synowi, a także zastępowaniu pytań stwierdzeniami. Mówił o tym tak:

Ja wielu tych rzeczy nie widziałam, nawet na filmie... to jakby wiedza typu, że to pomaga... nie wiem zadawanie krótkich pytań, pomaga na to, że syn odpowie krótko, a nie zdaniami wielokrotnie złożonymi. Jak zadam pytanie otwarte, to daje mu taką przestrzeń, jak zadam krótkie to tyle...

Matka chłopca zapytana o emocje, jakie jej towarzyszyły w trakcie realizacji programu, w pierwszej kolejności wskazała na dumę związaną z tym, że jej rodzina mogła wziąć udział w tego typu przedsięwzięciu. Jak dodała, program bardzo jej się podobał i uważa go za bardzo innowacyjne przedsięwzięcie. W tym miejscu odniosła się do swoich wcześniejszych doświadczeń terapeutycznych, które opierały się głównie na przekazywaniu informacji, jak należy ćwiczyć z dzieckiem. Poza dumą, kolejną emocją towarzyszącą była radość i satysfakcja z postępów:

[...] więc cieszyłam się, że to działa, no nie powiem, czasami byłam już zmęczona, że kolejny tydzień musimy przyjść na wyznaczoną godzinę, cały weekend mam zajęty i ja czasem już po tej pracy ledwo, ledwo..., ale też się cieszyłam, że systematycznie pracujemy codziennie czy co drugi dzień na tych *czasach specjalnych*.

Co więcej, pojawiła się też postawa akceptująca jąkanie się – matka chłopca wypowiadała się na ten temat w następujący sposób: „[...] że jakby *clou* to jest zaakceptować, nie ma co się złościć, że dziecko się jąka, bo to tylko same negatywy wychodzą, jak będę się złościć, a jak akceptuję, ułatwiam mu różne rzeczy [...]”. Wyższy poziom akceptacji jąkania się zadeklarował także ojciec. Dodał, że jest bardziej cierpliwy w stosunku do jąkania się syna niż przed rozpoczęciem terapii, aczkolwiek zaznaczył, że zniecierpliwienie nadal mu towarzyszy. Pojawiło się też wyraźne zadowolenie ojca z dostrzeganych postępów: „Na pewno byliśmy zadowoleni z tego..., ja nawet zobaczyłem to pierwszy o dziwo, że on ma przestoje w mówieniu, gdzie widać, że się zastanawia, więc to był namacalny efekt”. Niemniej jednak pomimo satysfakcji z poprawy, większego poziomu akceptacji, ojcu nieustająco towarzyszyły także obawy o przyszłość syna, a konkretniej – obawa o jego stygmatyzację. Jego zdaniem chłopiec w przyszłości może doświadczać zachowań dyskryminacyjnych, których efektem może być depresja lub stany lękowe.

Matka chłopca zwróciła uwagę na to, że w trakcie programu i dzięki niemu wiele się nauczyła, a wypracowane umiejętności zaczęła wprowadzać w codziennych kontaktach z chłopcem. Wspomniała o nauce wynikającej z analizy nagrań oraz uzyskanych informacjach zwrotnych, co zaowocowało tym, że obecnie daje chłopcu więcej przestrzeni, a także stosuje konstruktywne komplementy:

Mi dużo dało, że się obejrzałam na tych nagraniach i informacja zwrotna różnego rodzaju i np. tak zauważyłam, że zagarniam przestrzeń syna w tej zabawie, że go kieruje i on biedny ma robić to, co ja mu mówię, co ma robić, ustawiam mu zabawki w rzędku... Nauczyłam się, że mogę spokojnie puścić to dziecko i ono sobie super da radę. Doszłam do dużej wprawy w chwaleniu go...

Ponadto przyznała, że dzięki zarówno udziałowi w programie, jak i pracy z logopedą zmieniła swoje postępowanie i zachowanie jako matka w wielu obszarach życia. Zmiany w obszarze komponentu behawioralnego były także zauważalne u ojca. W jego przypadku również pozyskanie nowej wiedzy wiązało się z jej bezpośrednim zastosowaniem w praktyce, w życiu codziennymi. I tak jego pierwszym krokiem była zmiana pewnych nawyków,

np. w postaci rad i wskazówek kierowanych do syna, aby ten mówił wolniej. Wypowiadał się o tym w następujący sposób:

Na pewno starałem się wyeliminować rzeczy, które były określone, jako takie, które nie pomagają, czyli mów wolniej itd. Coś, co dla mnie było naturalne, bo dla mnie to było naturalne, jak widzę, że się spieszy i to mu przeszkadza, no to mu mówię: mów wolniej.

Dodatkowo, co ojciec sam uznał za największą wartość, to było ograniczenie zadawania chłopcu pytań otwartych, a później nawet zastąpienie pytań stwierdzeniami, co, jego zdaniem, sprawiło, że wypowiedzi syna stały się krótsze, a także, że chłopiec nie odczuwał presji, że musi odpowiedzieć: „Jak mu zadam pytanie, to musi odpowiedź, a jak coś stwierdzę, to albo odpowie, albo nie, jak będzie miał ochotę”. Kolejnym elementem tej swoistej transformacji było poświęcanie chłopcu większej uwagi w trakcie, gdy mówi. Zmianę tę ojciec opisał następującymi słowami:

Dawniej pewnie robiłem tego mniej, teraz koncentruje się na tym, że jak widzę, że syn mówi, to staram się być przy nim, żeby on widział, że ja tylko i wyłącznie się koncentruje na tym, co on mówi..., żeby on też jakby nie musiał walczyć o moją uwagę, bo to też było tak, że jedną z odpowiedzi było to, żeby syn wiedział, że ma czas na wypowiedź, żeby się nie musiał spieszyć, bo ja zaraz sobie pójdę.

Matka chłopca zapytana, czy po programie poszukiwała dodatkowych informacji na temat jąkania się, odpowiedziała w następujący sposób: „[...] to, czego mieliśmy się nauczyć, to na ten moment już się nauczyliśmy, a teraz zobaczymy, co będzie dalej”. Jednocześnie dodała: „[...] na razie jest ok”, a gdyby chłopcu nasiliły się niepełności, to jest gotowa szukać pomocy u specjalistów. Z kolei ojciec stwierdził, że ze względu na brak czasu nie podejmował działań podnoszących jego wiedzę, ale zadeklarował, że ma pełną gotowość do zdobywania nowych informacji, gdyby zaszła taka potrzeba. Co więcej, dodał, że po programie preferowanym źródłem wiedzy są dla niego specjaliści o stosownych kompetencjach, a nie materiały zamieszczane w internecie.

W warstwie emocjonalnej ojca po zakończeniu terapii zaobserwowano z jednej strony zadowolenie z osiągniętych efektów, a z drugiej – nieustająco towarzyszące mu obawy o przyszłość syna:

No na pewno to nie jest emocja, tylko stwierdzenie faktu – jesteśmy zadowoleni, szczęśliwi, że widać jakąś poprawę... nadal nie jest super i nadal zauważamy te sytuacje, gdzie on się jąka, więc nadal obawa, czy to całkowicie zniknie, czy nie. Tak jak mówię, mam świadomość, że jąkanie to nie jest plama na czole i wszyscy widzą, ale mam świadomość, że to może utrudnić.

Z kolei w przypadku matki zdecydowanie bardziej widoczna była akceptacja jąkania się syna, wynikająca prawdopodobnie z pozytywnych rezultatów programu w postaci mniejszej liczby niepełności. Poprawa ta przypuszczalnie sprawia, że kobieta zadeklarowała, że nadal

ma nadzieję, iż niepełności mówienia syna kiedyś całkowicie ustąpią. Choć jednocześnie przyznała, że chłopiec poradzi sobie w życiu niezależnie od sposobu jego mowy. O swoich emocjach po zakończeniu terapii opowiadała w następujący sposób:

Emocje mam takie, że jestem z tym pogodzona, jest tego mniej niż kiedyś, więc na pewno nie ma tego lęku. Mam większą wiarę w to, że to przejdzie, trochę dlatego, bo działaliśmy i może on też wyrośnie z tego. Jestem gotowa uznać też to, że jeżeli będzie się jąkał, to nie będzie to jakaś tragedia życiowa. Mam takie przemyślenia... akurat to jest ważne naprawdę, kiedyś sobie tak tego nie wyobrażałam, że... Boże, on się będzie jąkał? No nieee! A teraz, co będzie, to będzie!

Z kolei w sferze odnoszącej się do działań uwidoczniło się utrwalenie nowych wzorów zachowań, które stały się pewnymi automatyzmami. Z wypowiedzi matki chłopca wynikało, że wypracowane z logopedą w trakcie terapii wskazówki rozwiązania zostały przez nią zinternalizowane i obecnie stosuje je niemalże bezrefleksyjnie:

Natomiast teraz to jest chyba tak, że ja zinternalizowałam... i to mi się złożyło i mam taki sposób odnoszenia się do syna, który myślę, że częściowo wynika z tego programu... Jak się kontaktujemy z synem, rozmawiamy, to zwracamy uwagę na to, żeby dać mu tę przestrzeń, żeby go nie poganiać...

W podobnym tonie wypowiedział się ojciec chłopca: „Cały czas staramy się... to, co pamiętamy... stosować, więc w codziennych zabawach i sytuacjach stosujemy dużo tych rzeczy, które tu poznaliśmy, i okazało się, że to może być ważne i to może być pomocne”. Choć w przeciwieństwie do matki przyznał, że stosowanie wypracowanych w ramach programu rozwiązań wymaga od niego jeszcze skupienia i koncentracji. Co więcej, powiedział, że w momentach mniejszej koncentracji zdarza mu się zrobić coś, co nazwał „robieniem po staremu”.

W kontekście przedstawionych rozważań uzasadniona wydaje się konstatacja, że w wyniku prowadzonych działań terapeutycznych istotnej zmianie uległy postawy rodziców względem jąkania się ich syna, co w sposób syntetyczny ilustruje tabela 1. Zmiany widoczne są we wszystkich trzech komponentach. Rodzice zadeklarowali, że w znacznym stopniu poszerzyli zakres swojej wiedzy na temat jąkania się, a także szerzej – komunikowania się z dzieckiem. Co więcej, wiedza ta nabrała charakteru praktycznego. Innymi słowy, już w trakcie trwania programu rodzice zaczęli ją stosować, co w ich opinii przyczyniło się do znacznej poprawy nie tylko mowy ich syna. Te pozytywne rezultaty przełożyły się na ich sferę emocjonalną. W pierwszej kolejności była to duma z udziału w projekcie, zadowolenie z poprawy, a także zaakceptowanie atypowości mowy dziecka. Niemniej jednak warto zauważyć, że pewne obawy o przyszłość syna towarzyszyły i nadal towarzyszą jego ojcu.

Tabela 1
Komponenty postawy rodziców względem jąkania się przed, w trakcie i po terapii

Czas	Komponent					
	poznawczy		emocjonalny		behawioralny	
	matka	ojciec	matka	ojciec	matka	ojciec
Przed terapią	brak odpowiedniej wiedzy; przekonanie, że jąkanie się jest spowodowane stresem; wiedza o możliwości samistnego ustąpienia	brak wiedzy na temat jąkania się	lęk; poczucie winy; złość, w tym złość na innych	znicięcipliwienie i zdenerwowanie w stosunku do jąkania się syna	stosowanie wolnego tempa mówienia; mówienie; cierpliwe słuchanie syna; kontakty z PPP	kończenie wypowiedzi za syna; uspokajanie syna w trakcie wypowiedzi
W trakcie terapii	uzyskanie licznych i konkretnych wskazań	podniesienie wiedzy w szczególności w zakresie stosowanych pytań	większy spokój; duma i zadowolenie z udziału w projekcie; satisfakcja z efektów; pogodzenie się z jąkaniem się syna	większa cierpliwość i akceptacja jąkania się syna; obawy o przyszłość syna	akceptacja jąkania się syna; znacząca zmiana zachowania wobec syna: podążanie za nim w rozmowie, dawanie czasu i przestrzeni na wypowiedź, konstrukttywne chwalnie oraz świadome wykorzystywanie i stosowanie mowy ciała	znacząca zmiana zachowania wobec syna: czekanie na wypowiedź syna, koncentracja uwagi na dziecku i jego wypowiedziach, stosowanie stwierdzeń zamiast pytań, reagowanie na komunikaty syna – stosowanie naprzemienności
Po terapii	bazowanie na wiedzy uzyskanej w trakcie programu	gotowość do dalszego podnoszenia wiedzy na podstawie informacji uzyskiwanych od specjalistów (logopedów)	zadowolenie z prawy; pogodzenie się z jąkaniem syna	zadowolenie z prawy; obawa o przyszłość syna	internalizacja wypracowanych zasad – automatyzm w codziennym stosowaniu	kontynuowanie stosowania zasad wypracowanych w ramach programu; stosowanie „konkretnych” pytań

Źródło: opracowanie własne.

4. Podsumowanie

Celem artykułu było przedstawienie wyników analizy studium indywidualnego przypadku pięcioletniego jękającego się chłopca, wobec którego zdecydowano się zastosować program Palin PCI, a konkretniej etap terapii pośredniej polegającej w głównym stopniu na pracy logopedy z rodzicami. Analiza – zgodnie z założeniami metody *case study* – przeprowadzona została na podstawie źródeł danych: analizy dokumentów, obserwacji logopedy oraz pogłębionych wywiadów jakościowych, które zostały przeprowadzone przez osobę niezaangażowaną w proces terapeutyczny. Uzyskane w ten sposób rezultaty analizy miały pełnić podwójną funkcję: ewaluacji programu oraz autoewaluacji pracy terapeuty. Innymi słowy, miały dostarczyć informacji na temat ewentualnej skuteczności programu w tym konkretnym przypadku. Dodatkowo miały stanowić swego rodzaju informację zwrotną dla logopedy, dotyczącą także jego pracy.

Na podstawie porównania wyników z diagnozy początkowej i diagnozy wykonanej po zakończonym programie stwierdzono, że liczba niepełności zmniejszyła się. Zmiany zostały zauważone również przez rodziców chłopca, na co wskazuje analiza wywiadów swobodnych. W szczególności zwrócili oni uwagę na większą koncentrację w trakcie planowania wypowiedzi przez syna, zastanawianie się, a także mniejszą liczbę niepełności. Niemniej jednak najważniejsze wydają się zmiany postaw rodziców wobec jękania. Pozwalając sobie na pewien subiektywny przegląd, możemy przyjąć, że najważniejszą zmianą było zaakceptowanie jękania się syna, a także uzyskanie informacji, iż ma ono wielorakie źródła, co zredukowało obawy matki o popełnienie błędów wychowawczych. Kolejnym ważnym elementem było poszerzenie wiedzy rodziców, która stosunkowo szybko została przełożona na praktykę. W tym miejscu warto podkreślić, że nowe ścieżki postępowania, w szczególności w przypadku matki, zostały w krótkim czasie utrwalone i stały się swego rodzaju automatyzmami. W przypadku ojca stosowanie nowych rozwiązań nadal wymaga pewnego poziomu koncentracji. Co więcej, w jego przypadku nadal dość silne są obawy o przyszłość syna ze względu na niski poziom akceptacji osób jękających się w społeczeństwie. I choć nie można tego stwierdzić za pomocą procentów – uniemożliwia to zastosowana metoda – to wydaje się, że przedstawione argumenty dowodzą, iż program Palin PCI był istotnym elementem uzyskanej zmiany w zachowaniach zarówno chłopca, jak i jego rodziców. Potwierdzają to słowa matki, które stanowią mogą swoiste podsumowanie ewaluacji program oraz autoewaluacji pracy terapeuty:

Bardzo mi się ten program podobał, bardzo mi się podobał sposób, w jak pani logopeda z nami pracowała, uważam, że ma ogromne predyspozycje i energię i że jest świetna... w związku z tym programem oprócz tego, że byłam dumna, że bierzemy w nim udział..., uważałam, że to działa, że ma sens, że jest innowacyjne, że nie polega na tym, że mam teraz usiąść z dzieckiem i ćwiczyć, bo dostałam kiedyś takie zalecenia... chyba po pierwszej wizycie u logopedy i to nic nie dawało, on się wkurzał tylko na mnie i nie chciał tego robić.

Jednak wyraźnie i jednoznacznie należy zaznaczyć, że zaprezentowane wnioski odnoszą się wyłącznie do omawianego przypadku i nie należy ich generalizować. Warto jednak

zastanowić się nad możliwością wykorzystania zaproponowanego podejścia do przeprowadzenia szerzej zakrojonych badań.

Bibliografia

- Babbie, E. (2008). *Podstawy badań społecznych*. Przeł. W. Betkiewicz [et al.]. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Blanchet, P., Boroń, A., Chmielewski, G., Everad, R., Haase, T., Gładosz, Z., Jankowska-Szafarska, L., Ravid, B., St. Louis, K.O., Węsierska, K. (2020). Sukces w terapii jąkania – czym jest i jak go osiągnąć – opinie „podwójnych ekspertów”. W: K. Węsierska i M. Witkowski (red.), *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka* (s. 13–31). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Boroń, A. (2017). Bezpośrednie podejście w terapii jąkania wczesnodziecięcego na przykładzie metod Lidcombe Program i Mini-KIDS. W: L. Jankowska-Szafarska, B. Suligowska, R. Kara i K. Kupiec (red.), *Życie z zacięciem. Integralny przewodnik po jąkaniu* (s. 116–124). Wydawnictwo Edukacyjne.
- Boroń, A., Węsierska, K., Agius, J. (2020). Wczesna interwencja w jąkaniu na świecie w świetle wyników międzynarodowego sondażu diagnostycznego. W: K. Węsierska, M. Witkowski (red.), *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka* (s. 133–149). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Dezort, J. (2018). Studium przypadku terapii jąkającego się czeskiego siedemnastolatka z uwzględnieniem modelu ICD. W: K. Węsierska przy współpracy K. Gawel (red.), *Zaburzenia płynności mowy* (s. 208–223). Harmonia Universalis.
- Flick, U. (2010). *Projektowanie badania jakościowego*. Przeł. P. Tomanek. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Janas-Kaszczuk, J., Tarkowski, Z. (1991). *O metodologii logopedii. Wprowadzenie do badań nad teorią i metodą logopedii*. Polska Fundacja Zaburzeń Mowy.
- Kaufmann, J.-C. (2010). *Wywiad rozumiejący*. Przeł. A. Kapciak. Oficyna Naukowa.
- Kelman, E., Nicholas, A. (2013). *Praktyczna interwencja w jąkaniu wczesnodziecięcym*. Przeł. M. Kądzioła. Harmonia Universalis.
- Kelman, E., Whyte, A. (2018). *Zrozumieć jąkanie. Poradnik dla rodziców, nauczycieli i terapeutów*. Przeł. P. Dobrowolski. Wydawnictwo Edukacyjne.
- Konecki, K.T. (2000). *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kvale, S. (2010). *Prowadzenie wywiadów*. Przeł. A. Dziuban. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Michalak-Widera, I. (2009). *Logopedyczny test dla dzieci i młodzieży*. Unikat 2.
- Mielewska, A., Węsierska, K. (2013). Zastosowanie metod Palin PCI i Lidcombe Program w terapii jąkania wczesnodziecięcego. W: J. Skibska (red.), *Wspieranie rozwoju małego dziecka* (s. 93–120). Wydawnictwo Naukowe ATH, Wydawnictwo LIBRON.
- Niebalski, J. (2012). Wywiad swobodny (Free interview). W: K.T. Konecki, P. Chomczyński (red.), *Słownik socjologii jakościowej*. Difin SA.
- Saad-Merouwe, S. (2020). Terapia dopasowana do potrzeb osoby jąkającej się – studium przypadku. W: K. Węsierska, M. Witkowski (red.), *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka* (s. 205–222). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Silverman, D. (2007). *Interpretacja danych jakościowych*. Przeł. M. Głowacka-Grajper, J. Ostrowska. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Stake, R.E. (2010). Jakościowe studium przypadku. W: N.K. Denzin, Y.S. Lincoln (red.), *Metody badań jakościowych* (s. 623–654). Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Vanryckeghem, M., Brutton, G.J. (2015). *KiddyCAT. Test do badania postaw związanych z komunikowaniem się jękkających się dzieci w wieku przedszkolnym*. Przekł. i adapt. K. Węsierska. Harmonia Universalis.
- Węsierska, K. (2013). Badanie wpływu zastosowania podejścia Palin PCI w terapii jękkania u polskojęzycznego dziecka – studium indywidualnego przypadku. *Nowa Logopedia*, 4, 295–316.
- Woźniak, T. (2020). Zaburzenia płynności mowy – stan badań i praktyki logopedycznej na początku XXI wieku. W: K. Węsierska, M. Witkowski (red.), *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka* (s. 35–49). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Yin, R.K. (1994). *Case study research. Design and methods*. Sage Publications.



Henriette W. Langdon
Sunflower Therapies, Rancho Cucamonga, USA
San José State University
(Professor Emerita), USA
 <https://orcid.org/0000-0001-7188-3937>
henriette.langdon@sjsu.edu

ForumLingwistyczne
2022, nr 10, s. 1–15
ISSN 2450-2758 (wersja elektroniczna)



DOI: <http://doi.org/10.31261/FL.2022.10.02>

Terry Irvine Saenz
Department of Communication Sciences
and Disorders, California State University, Fullerton
 <https://orcid.org/0000-0002-4163-8014>
tsaenz@fullerton.edu

zgłoszone: 29.04.2021
zaakceptowane: 5.08.2021
opublikowane: 9.02.2022

Speech-language pathologists' collaboration with interpreters: How to reach successful outcomes

Współpraca logopedów z tłumaczami –
jak uzyskiwać skuteczne efekty

Abstract: Conducting a speech and language assessment with the mediation of an interpreter is one of the greater challenges facing speech-language pathologists (SLPs)¹ both in the United States and worldwide when needing to assess linguistically and culturally different clients (McLeod & Verdon, 2017; Santhanam & Parveen, 2018). The process requires the collaboration of three parties: the service provider, in this case, the speech-language pathologist, the consumer (the client and/or parent, relative or spouse) and the interpreter. This paper provides an overview of the literature on perspectives of educational and medical speech-language pathologists and process and presents an outline of a program to train both the interpreter and the speech-pathologist simultaneously to reach a successful collaborative outcome.

Key words: speech-language pathologists-interpreters' collaboration; speech-language pathologist's perspective of the process; training of speech-language pathologists and interpreters

Abstrakt: Przeprowadzenie diagnozy logopedycznej za pośrednictwem tłumacza jest jednym z większych wyzwań stojących przed logopedami zarówno w Stanach Zjednoczonych, jak i na całym świecie. Dotyczy to zwłaszcza sytuacji, gdy zachodzi potrzeba diagnozowania osób odmiennych pod względem językowym i kulturowym (McLeod & Verdon, 2017; Santhanam & Parveen, 2018). Proces ten wymaga współpracy trzech stron: usługodawcy, w tym przypadku logopedy, konsumenta (klienta i/lub rodzica, krewnego lub małżonka) oraz tłumacza. Niniejszy artykuł zawiera przegląd piśmiennictwa na temat opinii logopedów zatrudnionych w instytucjach medycznych i edukacyjnych na temat tego procesu.

¹ In this article, the word to designate a specialist who works with individuals with speech, language and communication difficulties is referred to as “speech-language pathologist”. In Poland the same specialist is referred to as “logopeda”. Different names are utilized in different countries and the particular name of a specialist in a particular location can be found in https://ec.europa.eu/growth/tools-databases/regprof/index.cfm?action=profession&id_profession=1090&tab=countries&quid=2&mode=desc&maxRows=*.

Henriette W. Langdon, Terry Irvine Saenz

W artykule przedstawiono też zarys programu szkolenia zarówno tłumaczy, jak i logopedów w celu osiągnięcia pomyślnego wyniku takiej współpracy.

Słowa kluczowe: współpraca logopedów i tłumaczy; spojrzenie logopedy na ten proces; szkolenie logopedów i tłumaczy

1. Introduction

Migration results from one or more of the following causes: political, economic, educational, environmental disasters, and/or personal safety. In 2019, Europe and Asia were hosts to 82 million and 84 million immigrants respectively, followed by North America with 59 million. The top host countries were the United States, Germany, Saudi Arabia, the Russian Federation, the United Kingdom, the United Arab Emirates, France, Canada, Australia, Italy and Spain. Immigrants originated from India, Mexico, China, the Russian Federation, Syrian Arabic Republic, Bangladesh, Pakistan, Ukraine, Philippines, Afghanistan, Indonesia and Poland (McAuliffe & Khadria, 2020, p. 28). The list of top host countries is provided to the reader to highlight the diversity of locations, hence, languages and cultures, that encounter each other for voluntary or needed immigration. Within a ten-year span (2009–2019), Poland had the third largest emigration in Europe totaling 4.4 million people. A great majority of those emigrants moved to Germany and the United Kingdom (McAuliffe & Khadria, 2020, p. 88). The United States had the 9th largest foreign-born population in the world in 2019 (McAuliffe & Khadria, p. 105). The largest migrations between 2009–2019 to the US were from Mexico (10 M), China and India (3 M), followed by El Salvador, Cuba, Guatemala, Vietnam, and Korea (approximately 1 M) (McAuliffe & Khadria, 2020, p. 109).

One of the greatest challenges for immigrants is being able to speak the language of the country they are entering. There are some countries that require knowledge of the language when seeking entry, while others do not, and most require it for naturalization (McAuliffe & Khadria, 2020, pp. 192–193). A common language is valuable when communicating with native speakers of the language, in seeking services such as health, education, and other areas.

The process of including an interpreter in an interaction where two parties do not share the same language is not new, and the profession has evolved in the last century beginning with international and diplomatic-relations interpreting, interpreting in medical settings and judicial courts and, most recently, community interpreting. Interpreting and translation have existed for centuries, but the process was not formalized as a profession until the conclusion of WWI following the Treaty of Versailles. The first area of interpretation and translation that was professionally recognized was connected to diplomacy and international affairs. Subsequently, other disciplines where these services were needed developed training and certifications, such as healthcare medical interpreting (Youdelman, 2008) and legal/judicial interpreting. The National Association of Medical Interpreters is a division of the International Medical Interpreter Association or IMIA and was founded in 1986, and a certificate in Medical Interpreting in the United States has been available since 2010. Countries like Canada, Mexico, India, Japan, Korea, China, Spain, and Russia have their own chapters. The National Judicial Interpreters and Translators (NAJIT) was

created in 1978 for those practicing in the legal professions, and a certificate was created in 1999. The requirements for each interpreting specialty can be found in the association's website. For example, the National Board of Certification for Medical Interpreters lists the requirements to receive and maintain a certificate as medical interpreter (<https://www.certifiedmedicalinterpreters.org/>). An emerging field of specialization is community interpreting, which includes services provided by different agencies such as schools, social services, and banks, for example. The latter areas do have specific requirements for interpreters or translators who work in those settings (Laviosa & González-Davies, 2019; Pöchhacker, 2008). Preparation and collaboration between the parties involved is necessary to achieve a positive outcome. Too often, it is believed that by having a bilingual interpreter, the service provider and client is sufficient to "get the job done". The process is much more complex, and when there is not sufficient preparation, the outcome can have negative consequences, which has been documented in the medical literature more often than in the literature connected to speech and language services (Bishoff, & Hudelson, 2010; Dysart-Gale, 2007; Phillips & Travaglia, 2011). When a non-fluent school-age student in a majority language is not appropriately assessed (not assessed in their first language and/or not using services of a trained interpreter to assess their first language), they may have been incorrectly diagnosed as having or not having a language or learning disability (Burr et al., 2015; Morgan et al., 2015).

In this article, we review the outcome of surveys that have been conducted between the collaboration of speech-language pathologists and interpreters working in the educational and medically related fields. We offer some solutions on how to strengthen this complex collaborative process by outlining a simultaneous training for both professionals based on the available literature and our added experience, which spans approximately 75 years.²

2. Focusing on the speech and language pathologist

In the U.S. and other countries of the world, speech-language pathologists work with individuals from birth to age 90+. There are areas of specialization, such as the very young, birth to 3, school-age children, or adults. Their work sites may be within an educational setting or in health care facilities such as hospitals or rehabilitation centers, as well as private or specialized clinics. Speech-language pathologists have multiple responsibilities as they work with individuals who may have various types of speech disorders characterized by problems in articulation of sounds, the flow, rate, and rhythm of speech (e.g., fluency disorders) as well as pitch, tone, volume and quality of the voice. The specialists may also work with oral and written language challenges, communication issues and other areas, such as patients having difficulties organizing their thoughts, attending, remembering, and problem solving as well as swallowing. Speech-language pathologists may work with ac-

² Interpreting refers to rendering the meaning of what is said from one language to another orally, while translating does the same, but in writing. There are variations on how interpreting and translation may be rendered. For more detail in these areas, the reader is referred to sources like Allen, Johnson, McClave, and Alvarado-Little (2020). This paper focuses on interpreting, but the interpreter may need to conduct sight translations where they translate what they read orally.

quired rather than developmental speech and language disorders such as traumatic brain injury, aphasia, Parkinson's, and other neurological problems. The profession of speech and language pathology requires slightly different skills depending on the setting, specifically, the medical setting or the school setting. In the U.S., the services provided in the schools are free whereas the ones available in a hospital or rehabilitation center are reimbursed by insurance. There are also private clinics where clients are typically seen for a fee paid out of pocket. In the schools, the speech-language pathologists develop the Individual Family Plan, or IFSP, when working with the 0–3 population, and the Individual Educational Plan, or IEP, when working with the older school population. For a complete description of different models of service provision in speech and language pathology in the U.S., the reader can refer to the American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) website (no date) by going to <https://www.asha.org/students/employment-settings-for-slps/>.

One of the aspects that differentiates the training of speech-language pathologists from that of special education teachers, for example, is their need to understand overall human development as well as anatomy, physiology, and neurology with a focus on hearing and speech and language. Educational speech-language pathologists need to document how the speech, language and/or communication of the child affects the student's ability to learn. Medical speech-language pathologists should have similar training, but their focus is more on how the client's health may affect their communication and their quality of life. Educational speech-language pathologists may collaborate with parents, other teachers, therapists (occupational, physical, and/or mental health) as well as psychologists and special education specialists. Medical speech-language pathologists may need to collaborate with related professionals such as a pulmonologist or a nutritionist, or other physicians who specialize in other medical areas that may be affecting the patient; for example, an ophthalmologist or internist, depending on the case.

3. Why do speech and language pathologists need to collaborate with interpreters?

In the U.S., a specific law under the IDEA (Individual Disabilities Educational Act, 2004) continues to mandate that assessments be conducted in the student's primary, first, native, dominant or more frequently used language other than English.³ The same mandate was written in the original law referred to as PL-94-142 (National Education Association of the United States, 1978), which was implemented in 1975. When a speech-language pathologist is not bilingual in the child's language, the assessment needs to be conducted with the collaboration of a trained interpreter (ASHA, 1985).

Mandates for language interpreting and translation in hospitals and rehabilitation settings for patients whose English is limited are more recent in the U.S. In 2000, President Clinton passed Executive Order (EO) 13166, *Improving Access to Services for Persons with*

³ The terms *primary*, *first*, *native*, *most frequent*, and *dominant* are often used interchangeably to signify that the other or other languages spoken by the child may need to be assessed in addition to English.

Limited English Proficiency. Being bilingual is not sufficient to become an interpreter, and special training is needed as specified by the National Council on Interpreting in Health Care (2007). However, a recent survey indicated that only 70% of hospitals in the United States provided this service, and there is quite a variation in quality of delivery depending on the type of hospital (private for profit vs. non-profit or government) as well as its location (Schiaffino et al., 2016). Another survey that was conducted that year similarly reported that only 56% of a total of 4,586 hospitals in the U.S. provided interpreting and translation services (Eldred, 2018).

Recent surveys indicate that the U.S. includes speakers of many different languages (Table 1). The largest numbers of speakers of a language other than English are Spanish speakers (14% of the total population), followed by other diverse languages such as Chinese languages (the percentages drop dramatically to 1.19%). Other lower percentages include Tagalog, Vietnamese, Arabic, French, and Korean (about half or less %) (Statista Research Department, 2021). These percentages may appear to be insignificant, given the size of the general population, but a language barrier may occur when any speaker of another language cannot communicate in the language majority of the country (English in this case). As many as 350 languages that are spoken in the U.S. have been identified (Koyfman, 2017). Many languages are spoken within one country as well; in Poland, the eight most frequently spoken languages are listed in Table 1.

Table 1
List of eight major languages spoken in the United States & Poland

UNITED STATES		POLAND	
Spanish	14%	Silesian	3.9%
Chinese (Mandarin/Cantonese)	1.9%	Kashubian	2.9%
Tagalog (incl. Filipino)	0.58%	English	2.7%
Vietnamese	0.51%	German	2.6%
Arabic	0.40%	Belarusian	0.7%
French	0.40%	Ukrainian	0.6%
Korean	0.37%	Russian	0.5%

Since 1980, the number of persons who speak another language in the U.S. has almost tripled to 67.5 million and it is estimated that 25.6 million persons do not speak English very well. This means they need someone to interpret what is said to them or need written information in their own language. In California, 45% of residents speak another language, in Texas – 36%, in New Mexico – 34%, in New Jersey – 32%, and in New York – 31% (Zeigler & Camerota, 2019). Although Poland is a small country compared to the U.S., it includes a population that speaks other languages than Polish (WorldAtlas, 2021). The authors were unable to find any source documenting whether speakers of other language than Polish speak the language sufficiently well to communicate without the mediation of an interpreter. However, because the country has many tourists visiting from different corners of the world, it is important to keep in mind that working with an interpreter of the various languages might be important. In 2018, tourism increased to 19 million in Poland, and

the largest proportion visited from Germany (34.2%) followed by Ukraine (10.4%) and the United Kingdom and Lithuania (4.2% each) (OECD library, 2020).

In summary, a great variety of languages are spoken in the U.S. and Poland. The diversity of languages listed reflects the history of each country, as it does for most countries in the world. The number of different languages that speech-language pathologists may encounter in their work is maybe one of 7,139 known living languages spoken in the world (Eberhard, Fennig & Simons, 2021), and there is no match between trained bilingual speech-language pathologists in the languages they may encounter. The second-best alternative is to collaborate with a trained interpreter or translator as needed (ASHA, 1985). The latest numbers released by ASHA (2020a) report that among the 208,000 members of their professional community, only 6.6% can provide services in another language than English, and services are available in one of 82 different languages. The majority reported being able to provide those services was in Spanish (66.2%). About 46% worked in schools/universities, and a similar number were found in other settings like clinics, hospital and rehabilitation centers. Even though the number of available bilingual speech-language pathologists is increasing, the demand for services in certain languages and clients continues to exceed the supply. Therefore, the need for interpreters and translators in speech-language pathology has never been greater, and interpreters play many crucial roles in an interpreted interaction.

4. Roles of interpreters

The skills and preparation of interpreters has been described in the literature and will not be repeated in detail here (Allen et al., 2020; Langdon & Saenz, 2016). Interpreters should have a high level of mastery of the languages in which they interpret (oral and written) including the vocabulary of the profession they are interpreting (legal is different than international or medical); they should be able to adapt to various dialects of a given language; they must be knowledgeable of the different techniques that may need to follow in the interpreting process; they should understand the cultures of the two languages they interpret for, and their interaction; they should respect confidentiality and be a continual learner. An interpreter's charge is to render the meaning of a message transmitted orally in L1 (first language) into L2 (second language) and vice-versa, whereas the translator's charge is to render the meaning in the written modality. However, the interpreter may assume one or up to other four main roles within that interaction: message converter, message clarifier, cultural clarifier, and patient (client) advocate (Avery, 2001; Isaac, 2002). The interpreters collaborating with a speech and language pathologist who assesses and works with patients with developmental or acquired communication disorders have additional charges that may not be necessary in other encounters. More specifically, they must work with those patients who might present with very specific speech and language errors and participate in the assessment process (rather than serving as interpreter or conveyer of information in another language; as detailed in Huang, Siyambalapitiya & Cornwell, 2019). Researchers Roger & Code (2011) describe the complex interaction that takes place between the interpreter and the speech-language pathologist in carrying out an assessment

of patients with aphasia. Similar challenges are common in assessing and working with the pediatric population, where a child might have a speech and/or language disorder. In those contexts, the role of interpreter transcends the description of their charge of interpretation. In these cases where the interpreter is asked to interpret what the patient said, their role is more like that of an “assistant”. Roger & Code (2020) draw their work based on the assessment of adult patients whose languages were Cantonese, Tagalog, Greek and Vietnamese. This different role assumed by the interpreter while working with younger patients is also described by Langdon & Saenz (2016).

The following section provides a summary of surveys on collaboration between interpreters and translators and speech-language pathologists in the educational (school) and other settings (hospitals, rehabilitation, private clinic, universities).

5. Speech-language pathologists and interpreters working in the educational setting

Upon conducting literature searches using the keywords such as “speech and language pathologists”, “interpreters”, and “collaboration”, in PubMed, EBSCO Host, and JSTOR, the authors were able to locate 11 surveys asking speech-language pathologists about their feedback in working with interpreters and their training in working/collaborating with these individuals as well as the efficacy of the process within the educational setting. Saenz & Langdon (2019) described general characteristics of the 11 surveys that were found on this topic that spanned over 15 years, from 2003 to 2018, respectively. Highlights of the findings were as follows:

1) A lack of confidence in working with interpreters in some cases (Guiberson & Atkins, 2012; Kritikos, 2003; Palfrey, 2013); and 2) lack of availability of interpreters (Guiberson & Atkins, 2012; Kritikos, 2003; Roseberry-McKibbin et al., 2005; Saenz & Langdon, 2019). There was also an emergent theme of the lack of preservice training and/or continuing education in working with interpreters (Centeno, 2015; Guiberson & Atkins, 2012; Kritikos, 2003; Hammer et al., 2004; Williams & McLeod, 2012). Additionally, some surveys indicated that some respondents did not use the services of interpreters when assessing bilingual individuals (Caesar & Kohler, 2007; Guiberson & Atkins, 2012; Hersch et al., 2015; Williams & McLeod, 2012) (cited from Saenz & Langdon, 2019).

Given the high number of languages represented in some school districts, and the growing variety of languages and cultures, it is of note that there have been very few studies on the interpreting process carried out in the educational setting. Furthermore, studies indicate the lack of uniform training, confidence in working with an interpreter and even the absence of assessing a student in their first language when needed (e.g. Guiberson & Atkins, 2012; Kritikos, 2003; Palfrey, 2013). There have been even fewer studies researching how speech-language pathologists and interpreters collaborate in other settings such as healthcare, as will be detailed in the section below (pertaining to hospitals, rehabilitation and private clinics).

6. Speech and language pathologists working with interpreters in healthcare settings

The number of surveys conducted on the collaboration between speech and language pathologists and interpreters in healthcare settings is very limited. One of the first publications on the topic (Blackstone et al., 2011) emphasized the key role played by the interpreter/translator in working with patients whose proficiency is limited in the dominant language. The authors provide some very helpful resources, particularly the Commission's Road Map published by The Joint Commission (2014) and include specific guidelines for optimal communication and care for patients that are related to sensory and/or second language proficiency. Documents recommended for interpretation and translation have been divided into two categories, vital and non-vital. Vital documents include informed consent, complaint forms, intake forms that may have clinical consequences, notices of eligibility criteria for, rights in, denial or loss of, or decreases in benefits or services. Non-vital documents are considered menus, third party documents and general information, which are distributed to the public. However, the article does not include any information on surveys or data on the process of interpreting or translating for speech-language pathologists in health care settings.

The most comprehensive review on studies completed between interpreters and speech-language pathologists working specifically with adults with communication disorders was completed very recently (Huang et al., 2019). In total, the authors found only 10 studies that met their specific qualifications that spanned the years 2000 to 2015 from an initial pool of over 1000 studies. The interested reader may refer to the original article to review the specific selection process followed. The criteria followed were that the studies had to be written in English, had to focus on the collaboration between interpreters and speech-language pathologists in working with adults who suffered from acquired language disorders. Of the 10 studies that were ultimately selected, five were conducted in Australia, one in New Zealand, two in Norway and two in the United States. The studies were either surveys or single case studies. The reader may refer to a table that lists the name of the researchers, the type of study (survey, single case study), focus of the research, journal it was published, and the setting and location of the study (Huang et al., 2019, p. 695–696). Some of the challenges in collaborating with an interpreter in this setting were listed under different categories: 1) uncertainty regarding the accuracy of the interpretation (6)⁴; 2) unclear role expectations; 3) lack of time (2); and participants talking over one another (2). Suggestions to remedy these problems were reported as well and included: 1) time to brief (4); 2) training for interpreters on how to collaborate with speech-language pathologists working with adults with acquired language disorders and vice versa, speech-language pathologists collaborating with interpreters; and 3) increased frequency of interpretation.

⁴ Numbers in parentheses represent the number of studies that mention that issue.

7. Finding potential solutions to the outlined dilemmas

There is no question that the dilemmas that have been outlined in the review of collaboration between interpreters and speech-language pathologists working in different settings necessitate a solution given the increasing demand for services of an interpreter when the speech-language pathologist does not share the same language as their clients. Most typically, speech-language pathologists may have received some training and have a knowledge on how to collaborate with interpreters in the field, but the interpreter typically does not receive training on how to collaborate with speech-language pathologists even when they are trained to be a medical interpreter. The best solution for both professionals is to receive training together. There are studies that have focused on training these two professionals simultaneously (Zang et al., 2019a, 2019b). The first pilot conducted by the authors consisted in training both speech-language pathologists and interpreters face to face. Results indicated that their knowledge and confidence in working together improved in the two months from the conclusion of the training, but their skills decreased within two months. The authors attribute this difficulty to organizational and systems variables that were outside of the control of the participants. The subsequent study conducted (Zhang et al., 2020) was implemented through e-learning. The materials consisted of specific information for speech-language pathologists (120 minutes in length), and 90 minutes in length for interpreters. The materials included different references, videos, and handouts. The study was carried out in Australia with 60 speech-language pathologists and 140 interpreters. The main outcomes were that both professionals' confidence and knowledge increased, more so for those who had had more limited experience in working with one another. The e-learning method was more successful compared to the face-to-face. The authors question whether a combination approach of face to face, and e-learning might be the most useful method of instruction.

8. A program in training for interpreters collaborating with speech-language pathologists in various settings

Langdon and Cheng (2002) and Wolf (2016) outlined some of the components of a program where speech-language pathologists and interpreters would be trained together. This program would be best conducted with a combination of distance learning and face to face meetings. Table 2 provides a breakdown of the contents of a revised proposed program.

Table 2

Proposed collaborating training program for interpreters and speech-language pathologists

TIME	INTERPRETERS	SPEECH-LANGUAGE PATHOLOGISTS
3 hours*	Goal of the program Background and information of each profession Code of Ethics Specific issues regarding bilingualism	

Table 2 continued

TIME	INTERPRETERS	SPEECH-LANGUAGE PATHOLOGISTS
10 hours*	Language development Language disorders Assessment and Intervention	Cultural considerations and their importance in working with diverse populations related to social and medical issues.
3 hours*	Procedures used in the schools and hospitals by SLPs Terminology. IEPs and IFSPs	Basic training in interpreting and translating (note taking, types of interpreting)
5 hours**	Collaborative Strategies for Successful Outcomes	
5 hours**	Collaborating During Intake Conferences	
5 hours**	Collaborating During Assessments	
5 hours**	Collaborating During Conferences to Share Information	
4 hours**	How to Assess the Success of the Collaboration Including Receiving the Consumer's Feedback of the Process	

* To pass these sections, attendees will be required to pass multiple choice exams and/or short papers in the areas covered.

** Team Practice under supervision, which would include BRIEFING, INTERACTION AND DEBRIEFING as well as writing reflections.

8.1. Components of the program

Sixteen hours (16 hrs.) would be devoted to content learning. The first three hours (3 hrs.) would include a review of the program, information on each profession, and a review of each profession's Code of Ethics as well as special issues regarding bilingualism. In the following 10 hours, the interpreters would receive training on language development and disorders as well as assessment in children and adults. Speech-language pathologists would devote time to study different cultures, including rearing practices, perceptions about abilities and disabilities, and attitudes towards medically related procedures in different ethnic groups. The following three hours would be devoted for interpreters to learn about various special education procedures including identification, classification of various types of disabilities, while speech-language pathologists would learn about interpreting and translating techniques as well as best procedures to enhance the process. To pass each section, participants will have to pass multiple choice exams and a couple of essay papers.

The following 24 hours would be devoted to practical issues. The participants would be divided into teams of speech-language pathologists and interpreters that would be working together consistently throughout the training. In the best of cases, these teams would continue working together in their settings. They would be practicing collaborating during interviews, assessments and various conferences to report results of testing and assessments following the BID or Briefing, Interaction, and Debriefing model described in detail in Langdon and Saenz (2016). At the end of the training both speech-language pathologists and interpreters would have to pass a written exam that would prove knowledge of the information learned in their respective sections. They would also have to present a video of interaction of the team conducting an interview with parents or the client to gather information as well as assessing the individual using a language sample, if there are no other materials normed in the interpreter's language, and three subtests of tests in Spanish,

if the client is Spanish speaking. Details about the component of the practical assignment would be shared at the end of the training.

8.2. Who are the best candidates for this program?

The best candidates for this program would be licensed bilingual speech-language pathology assistants (SLP/A) and trained medical interpreters, if those are available in the different countries where a program would be implemented. If not, candidates could possess training in the areas of language development, sciences, and disorders in children and adults, interpreting, and be bilingual with an understanding of common communication practices and procedures. ASHA (2020b) specifically indicates that SLP/As may: 1) assist the speech-language pathologist with bilingual translation during screening and assessment activities exclusive of interpretation of the data; 2) serve as an interpreter for patients/clients who do not speak English; 3) provide guidance and treatment via telepractice to students, patients, and clients who are selected by the supervising speech-language pathologist as appropriate for this service delivery model. However, the second-best choice for candidates, in case no assistants in speech-language pathology are available, would be medical interpreters. To demonstrate that the interpreter has adequate bilingual skills, they would need to pass the language proficiency test available from *Language Testing International* that offers certification in as many as 120 different languages. In addition to linguistic skills, interpreters should continue developing their short-term memory skills, note-taking skills, consecutive interpreting with scripts, knowledge of most commonly used phrases and typical sentences in the field of speech-language pathology, knowledge of terminology specific to the profession (procedures for identification, diagnosis, intervention for various types of speech, language and communication disorders, and use of technology in translation [e.g., machine translation and online dictionaries]).

The courses should be taught by bilingual interpreters who have worked in the communication disorders field for at least two years and ideally include the speech-language pathologists who have collaborated with them. In Europe, the parameters may need to be revised depending on staff and trainers available that would be ready to engage in such training. For example, a few staff could be trained in the curriculum and then train other staff/students as the program grows and develops. It would be ideal for a needs assessment to be completed among current and eligible program staff and students so that the trainers would be aware of which areas to specifically focus on and develop. Curriculum and goals would be shared by all instructors and revised as the program progressed. Materials would be supplemented by various resources, including relevant articles, readings, role plays, discussions, written reflections, and videos. Participants would need to be present at all face-to-face sessions and complete all assignments. A point system would be used to appraise the quality of the assignments, and participants would need to receive a certain number of points to obtain the certification. Specific rubrics would be developed for each assignment to be as objective as possible in scoring the performance of participants so that they could progress to the training position.

Receiving a certification equivalent to that awarded to conference interpreters, interpreters for the deaf, court interpreters, and medical interpreters would enable interpreters working with speech-language pathologists to gain the professional status they deserve.

The speech-language pathologists would be eligible for Continuation Education credits. In addition, it would serve to inform other speech-language pathologists that the interpreter has already been trained to work in the field and would require less time training or briefing before a session. Periodic follow-up meetings for the cohort to offer continued training would ensure maintenance of skills and continue to offer opportunities to train others as they progress throughout the program. Continuation education courses would be required from both groups to maintain their skills.

For further details on having access to various forms to assess the success of an interpreted session, assess the interpreter's progress and collaboration with the speech-language pathologist, and the consumer's satisfaction with the process, the reader can access Langdon & Cheng (2002) and Wolf (2016). The program offered in this article will be a beginning in ensuring that interpreters and speech-language pathologists receive the training needed to serve clients of all ages who have a variety of speech, language and communication special needs. Future research efforts will need to focus on the effects on the program by measuring aspects such as more confidence for both interpreters and speech-language pathologists working in their respective settings (educational or medical) in working together.

References

- Allen, M.P., Johnson, R.E., McClave, E.Z. & Alvarado-Little, W. (2020). *Language, interpretation, and translation: A clarification and reference checklist in service of health literacy and cultural respect*. *NAM Perspectives*. Discussion Paper. National Academies of Medicine. <https://doi.org/10.31478/202002c>.
- American Speech-Language-Hearing Association (no date). *Employment for SLPS*. <https://www.asha.org/students/employment-settings-for-slps/>.
- American Speech-Language-Hearing Association (1985). Clinical management of communicatively handicapped minority language populations. *Asha*, 27(6), 29–32.
- American Speech-Language-Hearing Association (2020a). *Demographic profile of ASHA members providing bilingual services*. <https://www.asha.org/siteassets/surveys/demographic-profile-bilingual-spanish-service-members.pdf>.
- American Speech-Language-Hearing Association (2020b). *Speech and language pathologist assistants' scope of practice*. <https://www.asha.org/policy/sp2013-00337/>.
- Avery, M.P.B. (2001). The role of the health care interpreter: An evolving dialogue. *The National Council on Interpreting in Health Care*. NCIHC.
- Bischoff, A. & Hudelson, P. (2010). Communicating with foreign language-speaking patients: Is access to professional interpreters enough? *Journal of Travel Medicine*, 17(1), 15–20. <http://doi.org/10.1111/j.1708-8305.2009.00314.x>.
- Blackstone, S., Ruschke, K., Wilson-Stronks, C. & Lee, E. (2011). Converging communication vulnerabilities in health care: An emerging role for speech language pathologists and audiologists. *Perspectives on Communication Disorders and Sciences in Culturally and Linguistic Diverse Populations*, 18, 3–11.
- Burr, E., Haas, E. & Ferriere, K. (2015). *Identifying and supporting English learner students with learning disabilities: Key issues in the literature and state practice (REL 2015–086)*. U.S. Department of Education, Institute of Education Sciences, National Center for Education Evaluation and Regional Assistance, Regional Educational Laboratory West. <http://ies.ed.gov/ncee/edlabs>.

- Caesar, L. & Kohler, P. (2007). The state of school-based bilingual assessment: Actual practice versus recommended guidelines. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 38, 190–200.
- Centeno J.G. (2015). Assessing services with communicatively impaired bilingual adults in culturally and linguistically diverse neurorehabilitation programs. *Journal of Communication Disorders*, 58, 58–73.
- Dysart-Gale, D. (2007). Clinicians and medical interpreters: Negotiating culturally appropriate care for patients with limited English ability. *Family & Community Health*, 10(3), 237–246. <http://doi.org/10.1097/01.FCH.0000277766.62408.96>.
- Eberhard, D.M., Simons, G.F. & Fennig, Ch.D. (eds.) (2021). *Ethnologue. Languages of the World*. (24th Edition). SIL International.
- Eldred, S.M. (2018). *With scarce access to interpreters, immigrants struggle to understand doctors' orders*. Public Health, NPR. <https://www.npr.org/sections/health-shots/2018/08/15/638913165/with-scarce-access-to-medical-interpreters-immigrant-patients-struggle-to-understand-doctors-orders?t=1644320181671>.
- Executive Order 13166: *Improving access to persons with limited English language proficiency*. A Federal Interagency Website: LEP. gov. Retrieved on July 19,2021 from <https://www.justice.gov/crt/executive-order-13166>.
- Guiberson, M. & Atkins, J. (2012). Speech-language pathologists' preparation, practices, and perspectives on serving culturally and linguistically diverse children. *Communication Disorders Quarterly*, 33, 169–180. <https://doi.org/10.1177/1525740110384132>.
- Hammer, C., Detwiler, J., Detwiler, J., Blood, G. & Qualls, C. (2004). Speech-language pathologists' training and confidence in serving Spanish-English bilingual children. *Journal of Communication Disorders*, 37, 91–108. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2003.07.002>.
- Hersch, D., Armstrong, E., Panak, V. & Coombes, J. (2015). Speech-language pathology practices with Indigenous Australians with acquired communication disorders. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 17(1), 74–85. <https://doi.org/10.3109/17549507.2014.923510>.
- Huang, A.J.R., Siyambalapatiya, S. & Cornwell, P. (2019). Speech pathologists and professional interpreters managing culturally and linguistically diverse adults with communication disorders: a systematic review. *International Journal of Communication Disorders*, 54(5), 689–704.
- Individuals with Disabilities Education Act (IDEA)*, as amended in 2004, PL 108-446, 108th Congress, 20 United States Code (USC) 1400 et seq. Individuals with Disabilities.
- Isaac, K. (2002). *Speech pathology in cultural and linguistic diversity*. Whurr Publishers.
- Koyfman, S. (2017). What was, and what is: Native American languages in the US. *Babble Magazine*. Retrieved on July 18, from <https://www.babble.com/en/magazine/native-american-languages-in-the-us>.
- Kritikos, E. (2003). Speech-language pathologists' beliefs about language assessment of bilingual/bicultural individuals. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 12, 73–91.
- Langdon, H.W. & Cheng, L.L.R. (2002). *Collaborating with interpreters and translators: A guide for communication disorders professionals*. Thinking Publications.
- Langdon, H.W. & Saenz, T.I. (2016). *Working with interpreters and translators: A guide for speech-language pathologists and audiologists*. Plural Publishing.
- Language Testing International (no date). Retrieved on July 5,2021 from <https://www.languagetesting.com/contact-us/support>.
- Laviosa, S. & González-Davies, M. (2019). *The Routledge handbook of translation and interpretation*. Routledge-Taylor and Francis.
- McLeod, S. & Verdon, S. (2017). Tutorial: Speech assessment for multilingual children who do not speak the same language as the speech-language pathologist. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 26(3), 691–708. https://doi.org/10.1044/2017_AJSLP-15-0161.

- McAuliffe, M. & Khadria, B. (Eds.) (2020). *World report*. International Organization of Migration.
- Morgan, P.L., Farkas, G., Hillemeir, H.M., Matison, R., Maczuga, S., Li, H. & Cook, M. (2015). Minorities are disproportionately underrepresented in special education: Longitudinal evidence across five disability conditions. *Educational Research*, 44(5), 278–292. <https://doi.org/10.3102/0013189X15591157>.
- National Education Association of the United States (1978). *P.L. 94-142: Related Federal legislation for handicapped children and implications for coordination*. NEA.
- OECD library, 2020: *OECD tourism trends and policies (Poland)*. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/95c3e700-en/index.html?itemId=/content/component/95c3e700-en>.
- Palfrey, C.L. (2013). *The use of interpreters by speech-language pathologists conducting bilingual speech-language assessments*. E.D. Dissertation. The George Washington University.
- Philips, C.B. & Travaglia, J. (2011). Low levels of uptake of free interpreters by Australian doctors in private practice: Secondary analysis of national data. *Australian Health Review*, 35(4), 475–479. <https://doi.org/10.1071/AH10900>.
- Pöchhacker, F. (2008). Interpretation as a mediation. In: C. Valera Garcés & A. Martin (Eds.), *Crossing borders in community interpreting: Definitions and dilemmas* (pp. 9–26). Johns Benjamins Publishing.
- Roger, P. & Code, C. (2011). Lost in translation. Issues of content validity in interpreter-mediated aphasia assessment. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13(1), 61–73.
- Roger, P. & Code, C. (2020). Interpreter-mediated aphasia assessments: Mismatches and frames and professional orientations. *Communication and Medicine*, 15(2), 233–244. <https://doi.org/10.1558/cam.38680>.
- Roseberry-McKibbin, C., Brice, A. & O'Hanlon, L. (2005). Serving English Language Learners in public school settings: A national survey. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 36, 48–61.
- Saenz, T.I. & Langdon, H.W. (2019). Speech-language pathologists' collaboration with interpreters: Results of a current survey in California. *The International Journal for Translation & Interpreting Research*, 11, 43–62. <https://doi.org/10.12807/ti.111201.2019.a03>.
- Santhanam, S.P. & Parveen, S. (2018). Serving culturally and linguistically diverse students: A review of changing trends in speech-language pathologists' self-efficacy and implications for stakeholders. *Clinical Archives of Communication Disorders*, 3(3), 165–177. <https://doi.org/10.21849/cacd.2018.00395>.
- Schiaffino, M.K., Nara, A. & Mao, L. (2016). Language services in hospitals vary by ownership and location. *Health Affairs*, 38(8), 1399–1403.
- Statista Research Department (2021). *Ranking of languages spoken at home in the U.S. 2019*. Statista, Inc. <https://www.statista.com/statistics/183483/ranking-of-languages-spoken-at-home-in-the-us-in-2008/>.
- The Joint Commission (2014). *Advancing effective communication, cultural competence and patient- and family-centered care: A roadmap for hospitals*.
- Author. Retrieved on July 20 from <https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/health-equity/roadmapforhospitalsfinalversion727pdf>.
- The International Association of Medical Interpreters. <https://www.imiaweb.org/>.
- The National Association of Judiciary Interpreters and Translators. <https://najit.org/>.
- The National Board of Certification for Medical Interpreters. <https://www.certifiedmedicalinterpreters.org/>.

- Williams, C.J. & McLeod, S. (2012). Speech-language pathologists' assessment and intervention practices with multilingual children. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 14(3), 292–305. <https://doi.org/10.3109/17549507.2011.636071>.
- Wolf, T. (2016). Enhancing professional programs and the future of interpreters. In: H.W. Langdon & T.I. Saenz (Eds.), *Working with Interpreters and Translators: A Guide for Speech-Language Pathologists and Audiologists* (pp. 163–183). Plural Publishing.
- WorldAtlas (2021). *Which languages are spoken in Poland?* <https://www.worldatlas.com/articles/what-languages-are-spoken-in-poland.html>.
- Youdelman, M. (2008). The medical tongue: US laws and policies. *Health Affairs*, 27(2), 424–433.
- Zeigler, K. & Camerota, S.A. (2019). *67.3 Million spoke a foreign language at home in 2018*. Center for Emigration Studies. <https://cis.org/Report/673-Million-United-States-Spoke-Foreign-Language-Home-2018>.
- Zhang, C.X., Crawford, E., Bernard, A. & Walker-Smith, K. (2019a). *Collaborating with interpreters: Training outcomes for speech pathologists*. Paper presented at the Speech Pathology Australia and New Zealand Speech-language Therapists' Association National Conference 2019, Brisbane, Australia.
- Zhang, C.X., Crawford, E., Bernard, A. & Walker-Smith, K. (2019b). *Empowering and engaging interpreters to work effectively with speech pathologists: Outcomes from face-to-face training*. Paper presented at the Speech Pathology Australia and New Zealand Speech-language Therapists' Association National Conference 2019, Brisbane, Australia. (19) (PDF) *Development and evaluation of interprofessional e-learning for speech pathologists, interpreters and translators*.
- Zhang, C.X., Marshall, J., Bernard, A. & Walker-Smith, K. (2020). Development and evaluation of interprofessional e-learning for speech-language pathologists, interpreters and translators. *International Journal of Translation and Interpretation Research*, 12(1), 142–158. <https://doi.org/10.12807/ti.112201.2020.a09>.





Wykorzystanie metody *Kids' Skills* – *Dam Radę!* Bena Furmana w terapii dzieci z jąkaniem w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym

The use of Ben Furman's *Kids' Skills* method in the therapy of stuttering for pre- and early-school age children

Abstract: Maria Faściszewska's aim in this article is to present a therapeutic program which involves the use of Ben Furman's *Kids' Skills* (2010) method in the therapy of pre- and early-school stuttering children. The method is based on the Solution-Focused Brief Therapy (SFBT), as well as the Ericksonian therapies, systemic and narrative (Furman, 2010). Currently, speech and language therapists are increasingly drawing on the Solution Focused Brief Therapy when working with individuals with a variety of communication disorders including stuttering (Fourlas, Ntourou, 2021; Kelman, Nicholas, 2020; Nicholas, 2015).

When discussing the 15 steps of Ben Furman's *Kids' Skills* method and discussing the questions asked by a therapist and the techniques used, Faściszewska examines how this approach can be adapted to children who stutter. The key idea of *Kids' Skills* method is that we can interpret a child's problems in terms of their lack of certain skills which can be acquired. The aim of the method is to encourage and help the child to learn a new skill, while reinforcing the skills they already have, to help them overcome their difficulties.

The program is firmly based on a cooperation with the child's closest social circle: their parents, their siblings, and the school. The therapy for pre- and early-school age children who stutter should integrate cognitive, behavioral, and affective components. The program outlines how the *Kids' Skills* method can be used in four key areas of working with a stuttering child. These areas are: 1. Being open about stuttering; 2. Using techniques/strategies to control stuttering; 3. Communicating effectively; 4. Understanding and dealing with feelings, reactions, and beliefs associated with stuttering. This method allows for a great deal of flexibility and adaptation to the needs of pre- and early-school stuttering children and their parents/carers. However, the therapist must have an adequate understanding of the *Kids' Skills* method, of the difficulties that may occur, of the emotions experienced by stutterers and their families. Experience in using different therapeutic methods with stuttering children is also required.

Key words: *Kids' Skills*, Ben Furman, stuttering, stammering, children, Solution-Focused Brief Therapy (SFBT)

Abstrakt: Celem autorki artykułu jest przedstawienie propozycji wykorzystania metody *Kids' Skills – Dam Radę!* Bena Furmana (2010) w terapii dzieci z jękaniem się w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Metoda ta opiera się na terapii krótkoterminowej skoncentrowanej na rozwiązaniach – TSR (ang. SFBT) oraz terapii ericksonowskiej, systemowej i narracyjnej (Furman, 2010). Współcześnie logopedzi coraz częściej czerpią z terapii krótkoterminowej skoncentrowanej na rozwiązaniu, pracując z osobami z różnymi zaburzeniami komunikacyjnymi, w tym z jękaniem się (Fourlas, Ntourou, 2021; Kelman, Nicholas, 2020; Nicholas, 2015).

W artykule przedstawiono 15 kroków metody *Kids' Skills – Dam Radę!* Bena Furmana oraz omówiono pytania zadawane przez terapeutę i stosowane techniki, wskazując na to, w jaki sposób podejście może być dostosowane do dzieci, które się jęka. Kluczową ideą programu *Kids' Skills – Dam Radę!* jest przekonanie, że problemy można interpretować jako brak umiejętności, które dziecko będzie w stanie nabyć. Celem metody jest zachęcenie dziecka i pomoc w zdobyciu nowej umiejętności, czy też pogłębienie, wykorzystanie umiejętności już posiadanych, by mogło ono przezwyciężyć swoje trudności.

Program jest oparty na współpracy z najbliższym środowiskiem dziecka – rodzicami, rodzeństwem, szkołą. Terapia dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, które się jęka, powinna być zintegrowana, obejmować poznawcze, behawioralne i afektywne komponenty. Przedstawiono więc, jak można wykorzystać metodę *Kids' Skills – Dam Radę!* w czterech kluczowych obszarach pracy z dzieckiem jękanym się. Są to obszary: 1. Otwartość na temat jękania. 2. Stosowanie technik/strategii pomocnych w kontrolowaniu jękania. 3. Umiejętności najefektywniejszego komunikowania się. 4. Rozumienie uczuć, reakcji i przekonań związanych z jękaniem i radzenie sobie z nimi. Metoda ta pozwala na dużą elastyczność i dopasowanie się do potrzeb dziecka w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym z jękaniem oraz jego rodziców/opiekunów. Wymaga ona jednak od terapeuty dobrej znajomości metody *Kids' Skills – Dam Radę!*, rozumienia trudności, przeżywanych emocji osób z jękaniem i ich rodzin oraz doświadczenia w pracy różnymi metodami terapeutycznymi z dziećmi jękanymi się.

Słowa kluczowe: *Kids' Skills – Dam Radę!*, Ben Furman, jękanie się, dzieci, terapia skoncentrowana na rozwiązaniach (TSR), Solution-Focused Brief Therapy (SFBT)

Podczas prowadzenia terapii dzieci, młodzieży i osób dorosłych z jękaniem terapeuci czerpią z różnych podejść i nurtów terapeutycznych, takich jak np. terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiązaniu – TSR (ang. Solution-Focused Brief Therapy – SFBT) (Kelman, Nicholas, 2013, 2020; Nicholas, 2015); terapia kognitywno-behawioralna (ang. Cognitive-Behavioral Therapy – CBT) (Chmela, Reardon, 2014; Kelman, Nicholas, 2020; Kelman, Wheeler, 2015; Millard, Cook, 2010; Suligowska, 2017), terapia akceptacji i zaangażowania (ang. Acceptance and Commitment Therapy – ACT) (Beilby i in., 2012; Harley, 2015; Harris, 2018; Szerszeńska, 2019), psychoterapia psychodynamiczna (Tuchowska, Fańciszevska, 2018).

Terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiązaniu może być bazą do budowania działań terapeutycznych podczas pracy z dziećmi jękanymi się i ich rodzicami/opiekunami. Pozwala ona bowiem na stworzenie zindywidualizowanej, dopasowanej do potrzeb klienta ścieżki terapeutycznej. Umożliwia terapeutom ścisłą współpracę z rodzicami i dzieckiem, wspólne zrozumienie, wyznaczenie i realizowanie celów terapii, jak np. zarządzanie płynnością mowy, wzmacnianie umiejętności komunikacji społecznej, skupienie się na emocjonalnych i poznawczych aspektach jękania się.

Terapia krótkoterminowa wykorzystywana jest przez wielu terapeutów pracujących z jękającymi się dziećmi w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Jest ona podstawą np. w programie Palin PCI – terapia interakcyjna rodzic – dziecko (ang. Palin Parent-Child Interaction Approach – Kelman, Nicholas, 2013, 2020; Nicholas, 2015). Zasady i techniki TSR wykorzystywane są w programie Palin PCI głównie w pracy z rodzicami, by zauważyć zasoby i mocne strony dziecka, uzgodnić wspólne cele terapii, wesprzeć proces zmiany, budować motywację do pracy, wspomagać pełne szacunku partnerstwo między rodzicami, dzieckiem i terapeutą. Również George Fourlas i Katerina Ntouriou (2021) grecki program *Lexipontix*, adresowany do dzieci doświadczających jękania się, opierają na TSR i terapii poznawczo-behawioralnej. TSR wykorzystywany jest też w pracy z nastolatkami i osobami dorosłymi, które się jękają (Cook, Boterill, 2005; Rodgers i in., 2020).

W pracy z dzieckiem istotne są skuteczna komunikacja, szacunek do dziecka i poważne traktowanie dziecka jako człowieka. Denise Yusuf (red., 2021), jako redaktor najnowszej książki *The Solution Focused Approach with Children and Young People*, ukazuje doświadczenie 27 terapeutów praktykujących TSR w pracy z dziećmi i młodzieżą. Podkreśla ona, że ten model pracy terapeutycznej bardzo sprawdza się w pracy z najmłodszą grupą pacjentów. W trakcie sesji terapeutycznych terapeuta zaprasza dziecko do zastanawiania się nad tym, co chciałoby zmienić w swoim życiu, co chciałoby robić w inny sposób, wspólnie z dzieckiem rozpoznaje jego umiejętności i zdolności, poszukuje wyjątków, zdarzeń, gdy dziecko ujawniło już umiejętności, których chciałoby nabyć.

Powołując się na badania Insoo Kim Berg i Therese Steiner (2003), twórczyni TSR, Yusuf (red., 2021, s. 2–3) podkreśla, że terapia ta sprawdza się w pracy z dziećmi z kilku powodów. Po pierwsze, pasuje do tego, w jaki sposób dzieci i młodzież myślą i postrzegają świat, np. dzieci są pragmatyczne, tzn. chcą, by rzeczy były lepsze, chcą czuć się lepiej, jest to ich wrodzona cecha. Dzieci nie interesuje, jakie było źródło ich trudności i co wpływa na wzmocnienie tych trudności, lecz to, w jaki sposób mogą je pokonać, rozwiązać. Po drugie, dzieci są naturalnie skoncentrowane na przyszłości (np. *chcę otrzymać 5, chcę studiować, chcę kupić sobie...*), stąd używane w terapii pytania o cud, przyszłość są dla nich zrozumiałe i dzieci chętnie udzielają na nie odpowiedzi. Dzieci nie mają, jak osoby dorosłe, z góry założonych odpowiedzi na pytania: Dlaczego tak się stało? Jaka była przyczyna twoich trudności? Po trzecie, dzieci bardzo lubią śmiech, żartowanie, lubią rozpoznawać i zauważać swoje mocne strony (np. *Powiedz mi, w jaki sposób to zrobiłeś/zrobiłaś...?*).

Chris Taylor (2020) twierdzi, że postrzeganie dziecka jako osoby, która przygotowuje się do dorosłości zamiast jako człowieka żyjącego własnym życiem, prowadzi do uznania, że dziecko jest niekompetentne do podejmowania decyzji. Co ważne, w terapii TSR podkreśla się, że dziecko jest kompetentne w podejmowaniu decyzji dotyczących jego życia.

Wszechstronny przegląd dowodów naukowych z lat 1990–2010 Caroline Bond i zespołu (Bond i in., 2013) na temat zastosowania TSR w praktyce klinicznej z dziećmi i rodzicami wykazał, że TSR wydaje się najbardziej skuteczny we wczesnej interwencji, gdy trudności dziecka nie są poważne, ale sprawdza się również w odniesieniu do pracy z dziećmi z trudnościami internalizacyjnymi (lęk, niska samoocena) i ekstralizacyjnymi (agresja, zachowania opozycyjne).

Poniżej została opisana metoda *Kids' Skills – Dam Radę!*, która również bazuje na założeniach TSR. Autorka zdecydowała się przedstawić bliżej tę metodę oraz narzędzia i po-

mysły, które mogą być użyteczne w pracy z jękającym się dzieckiem w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Autorka wykorzystuje metodę *Kids' Skills – Dam Radę!* w swoich działaniach terapeutycznych. Metoda ta pozwala na dużą elastyczność i dopasowanie się do potrzeb dziecka w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym z utrudnieniami w płynnym komunikowaniu się. Warto przywołać tu słowa Tomasza Woźniaka (2020), który wskazując na podobieństwa między różnymi programami czy też formami pracy stosowanymi w Polsce i adresowanymi do dzieci doświadczających jękania się, zaznaczył, że wszystkie metody podkreślają: konieczność włączenia do terapii rodziców, konieczność zbudowania dobrego kontaktu z dzieckiem opartego na zaufaniu i wzajemnej akceptacji, likwidacji u rodziców często występujących negatywnych emocji czy też poczucia winy, przeznaczeniu czasu „specjalnych oddziaływań”. Praca terapeutyczna z dzieckiem z jękaniem oparta na modelu *Kids' Skills – Dam Radę!* również wpisuje się w ten styl pracy.

1. O metodzie *Kids' Skills – Dam Radę!*

Metoda *Kids' Skills – Dam Radę!* to praktyczna metoda pomagania dzieciom w nabywaniu umiejętności i przezwyciężaniu trudności emocjonalnych i behawioralnych z pomocą rodziny i bliskich im osób. Opracowali ją fiński psychiatra i psychoterapeuta Ben Furman i jego współpracowniczka Tapani Ahola (Furman, 2010) w latach 90. XX wieku w Helsińskim Instytucie Terapii Krótkoterminowej (Helsinki Brief Institute). Początkowo metoda ta powstała jako narzędzie do pomocy nauczycielom pracującym z dziećmi w przezwyciężaniu problemów. Jak podkreśla Furman (2010), metoda jest prosta w zastosowaniu i dlatego dość szybko została przejęta również przez innych specjalistów. Obecnie *Kids' Skills – Dam Radę!* jest stosowana przez profesjonalistów pracujących w dziedzinie edukacji i opieki nad dziećmi, nauczycieli, terapeutów, rodziców oraz opiekunów dzieci itd. Metoda początkowo była adresowana do dzieci w wieku od 3 do 12 lat, z biegiem czasu rozpowszechniła się i wykorzystywana jest również w pracy z nastolatkami i osobami dorosłymi. Oparta jest głównie na terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach (TSR, ang. SFBT), ale czerpie również z terapii ericsonowskiej, systemowej i narracyjnej (Furman, 2010). *Kids' Skills – Dam Radę!* ma dość jasną i przejrzystą strukturę pracy z dziećmi, ale również pośrednio z systemem – rodziną i otaczającą dziecko społecznością (szkołą, sąsiadami, dalszą rodziną itd.).

Metoda opiera się na zdobywaniu nowej umiejętności – takiej, jaką klient chciałby opanować, a jeśli to robi, ma ona pomóc mu w osiągnięciu jego celu lub marzenia (Furman, 2010). Pierwsza pozycja książkowa *Kids' Skills – Dam Radę!* została opublikowana w Finlandii w 2003 roku, a potem została przetłumaczona na inne języki. Niedawno ukazała się również aplikacja zorientowana na rozwiązanie *Kids' Skills – Dam Radę!* <http://www.kidsskillsapp.com/>, z której można skorzystać, podejmując działania terapeutyczne. Szkolenie z metody *Kids' Skills – Dam Radę!* jest dostępne w wielu krajach, również online w wersji angielskiej na stronie [kidsskills.org](http://www.kidsskills.org).

2. Filozofia i założenia TSR – wprowadzenie

Metoda *Kids' Skills – Dam Radę!* czerpie z założeń TSR opracowanej w latach 70. i 80. XX wieku w Brief Family Therapy Center w Milwaukee w Stanach Zjednoczonych przez Steve'a de Shazera i Insoo Kim Berg oraz ich współpracowników (Berg, Miller, 2000). Drugim ośrodkiem, gdzie TSR się rozwija, jest założony w Londynie w 1989 roku przez Harveya Ratnera, Evana George'a i Chrisa Ivesona (2017) ośrodek terapeutyczny, szkoleniowy i coachingowy BRIEF (ang. Brief Family Therapy Center – BFTC).

Filozofią centralną w TSR są trzy zasady. Pierwsza, jeśli coś się nie zepsuło – nie naprawiaj. Druga, jeśli się dowiesz, że coś działa, rób tego więcej. Trzecia, jeśli coś nie działa, nie rób tego więcej, rób coś innego. Kierunek terapii wyznacza nie rodzaj problemów, ale cel, jaki klient chce osiągnąć podczas sesji. Terapeuta koncentruje się więc na tym, co się sprawdza, oraz na poszukiwaniach tych obszarów i płaszczyzn, na które terapia może być rozszerzona.

W terapii skoncentrowanej na rozwiązaniu terapeuta razem z klientem nie skupiają się na problemach i ich przyczynach, ale na rozwiązaniach. W tym celu bada się preferowaną przyszłość klienta, to, jak będzie wyglądało życie, gdy problem zniknie, wykorzystuje się również zasoby klienta, jego mocne strony, które pozwolą na realizację celu. Poszukuje się także wyjątków, gdy dana trudność nie występuje lub występuje w mniejszym nasileniu.

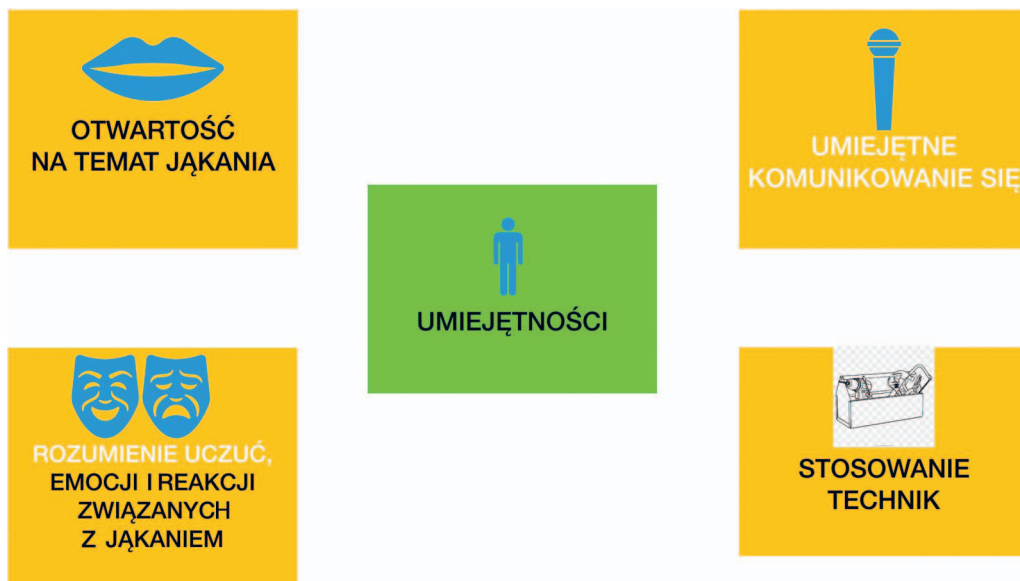
W TSR pytania, jakie zadaje terapeuta klientowi/dziecku, są kluczowe, powinny one prowadzić klienta w kierunku zmian i rozwiązań. W pracy z dziećmi terapia powinna być bardzo zindywidualizowana, dopasowana do ich poziomu i rozwoju językowego. Pytania powinny być sformułowane w przystępny i zrozumiały dla dzieci sposób. Jednocześnie, jak podkreślają Berg i Steiner (2003), należy pamiętać, że dzieci nie są w stanie uczestniczyć w rozmowie przez cały czas, trzeba pozwolić im na trzymanie przedmiotów w rękach i poruszanie się po pomieszczeniu. Podczas pracy z dziećmi należy pamiętać, że rodzice/opiekunowie stanowią integralną część procesu terapii.

3. Przewodnik umiejętności, jakie dziecko z jękaniami może wzmocnić lub rozwinąć w trakcie terapii z użyciem metody *Kids' Skills – Dam Radę!*

Warto podkreślić, za Kristin Chmelą i Niną Reardon, że celem terapii dzieci jękanymi jest wspomaganie ich „w odnajdywaniu równowagi pomiędzy budowaniem pozytywnego stosunku do mówienia, jękania i samych siebie oraz pracą nad rozumieniem jękania i używaniem technik modyfikujących mowę, po to aby mogły one efektywnie się komunikować” (Chmela, Reardon, 2014).

Z moich doświadczeń naukowych i terapeutycznych wynika, że kluczowymi obszarami umiejętności (por. rys. 1), których wzmocnienie lub rozwinięcie jest pomocne dla dzieci z jękaniami, są:

- A. Otwartość na temat jękania.
- B. Stosowanie technik/strategii pomocnych w kontrolowaniu jękania.
- C. Nabycie/wzmocnienie umiejętności najefektywniejszego komunikowania się.
- D. Rozumienie uczuć, reakcji i przekonań związanych z jękaniami i radzenie sobie z nimi.



Rysunek 1. Kluczowe obszary umiejętności, których wzmocnienie lub rozwinięcie jest istotne w procesie terapii dziecka z jąkaniem w wieku przedszkolnym lub wczesnoszkolnym. Źródło: opracowanie własne.

Czasami, jak podkreśla Furman (2010), warto zmienić naukę we wspólną aktywność, gdzie wszyscy członkowie rodziny lub wszystkie dzieci w klasie zdobywają nową umiejętność. W przypadku pracy z dzieckiem z jąkaniem jest to niezwykle ważne, by wszystkie te działania obejmowały całe środowisko dziecka.

A. Otwartość na temat jąkania

Otwartość na temat jąkania polega na rzeczowym mówieniu na temat jąkania się bez negatywnych emocji, np. są to rozmowy rodziców/opiekunów/terapeuty z dzieckiem, z jego rodzeństwem, z innymi osobami w obecności dziecka, samodzielne rozmowy dziecka z jego rówieśnikami, kolegami, rodzicami itd. W tym celu potrzebne jest zdobycie i pogłębienie wiedzy na temat jąkania się zarówno przez rodziców, jak i osoby z najbliższego otoczenia oraz samo dziecko. Otworzenie się na poruszanie tematu jąkania się pozwala na zmniejszenie negatywnego wpływu tego zjawiska na życie dziecka oraz jego rodziny. Temat ten nie staje się tematem tabu, tematem wstydlivym. Dzieci rozumieją, co się dzieje, gdy się jąkają, zdobywają wiedzę w tym zakresie, poszerzają swoje słownictwo, by móc swobodnie i otwarcie mówić o tym, co się z nimi dzieje. Otwarte mówienie na temat jąkania się jest pomocne w tym, by ustalić z dzieckiem, z kim i w jaki sposób chce rozmawiać o jąkaniu, jakiej pomocy potrzebuje ze strony nauczycieli w placówkach edukacyjnych. Dla wielu dzieci otwarte mówienie na temat jąkania jest pomocne, by miały odwagę stosować poznane strategie radzenia sobie z tym zjawiskiem w przedszkolu i szkole.

Jak podkreślają Chmela i Reardon (2014, s. 1–3), dzieci i ich rodzice różnią się pod względem umiejętności dzielenia się swoimi uczuciami i przekonaniem dotyczącymi jąkania, samych siebie, komunikacji. Istotne jest więc, by podczas diagnozy dziecka borykającego

się z płynnym wypowiedaniem się terapeuta rozpoznał, jak dziecko postrzega swoje jękanie, jakie przejawia reakcje na swoją mowę, jak ocenia swoje komunikowanie się. Należy również rozpoznać, jakie uczucia i przekonania mają rodzice/opiekunowie itd.

Wyniki badań naukowych wskazują, że negatywny stosunek do swojej mowy nie zależy od natężenia jękania. Również u dzieci, które mają niewielki procent nasilenia niepełności, mogą pojawiać się reakcje unikania mówienia, skracania swojej wypowiedzi (Vanryckeghem, Brutten, 2015). Jak podkreśla Vivian Sisskin (2021), otwartość na temat jękania to jeden z najtrudniejszych celów w terapii, ale jednocześnie jest to kamień milowy na ścieżce do efektywnej i radosnej komunikacji.

Głównymi celami do osiągnięcia w kwestii otwartości na problem jękania podczas terapii dziecka z jękaniami są:

- Zdobyć/pogłębić wiedzę na temat jękania (przyczyny, zmienność jękania, jak brzmi i wygląda jękanie itd.).
- Otwarte mówienie o swoim jękanii w gabinecie terapeutycznym, w bliskim i dalszym środowisku (np. z cicią, na forum klasy) – z używaniem neutralnego języka.
- Zdobyć/pogłębić wiedzę dotyczącej efektywnego komunikowania się z innymi osobami (np. jaka reakcja najbliższego otoczenia jest pomocna dziecku, by chętnie się komunikowało).

Otwartość na temat jękania pozwala na uzyskanie wielu różnych korzyści dziecka, takich jak:

- umiejętność mówienia o swoim jękanii z użyciem neutralnego języka;
- bycie otwartym na temat jękania i umiejętności prowadzenia rozmowy z innymi osobami;
- zmniejszenie poczucia osamotnienia i poczucia, że jękanie „dotyka tylko mnie”;
- zmniejszenie poczucia frustracji, lęku, wstydu itd., a podniesienie samooceny dziecka;
- zdobycie i pogłębienie wiedzy na temat jękania i poszerzenie swojej perspektywy o doświadczenia innych osób;
- przełamanie tabu na temat jękania w otoczeniu dziecka.

Korzyści, jakie płyną z otwartego mówienia na temat jękania, obejmują całą rodzinę. Rodzice/opiekunowie zdobywają i pogłębiają swoją wiedzę, co wpływa na lepsze rozumienie złożoności problemu jękania oraz tego, co czuje ich dziecko. Rodzice/opiekunowie są w stanie być adwokatami dziecka i przekazywać przyjacielom, nauczycielom itd. zdobyte informacje dotyczące jękania oraz tego, w jaki sposób można wspomóc dziecko. Zdobyte wymienionych umiejętności nie dotyczy wszystkich dzieci jękających się. Zawsze decyzyjnie podejmuje terapeuta wspólnie z rodzicami/opiekunami dziecka.

Pierwszym krokiem w działaniach terapeutycznych powinno być rozeznanie, czy dziecko ma świadomość jękania, czy rodzice, osoby z najbliższego otoczenia zauważają oznaki tej świadomości, czy zauważają, że dziecko przejmie się swoim jękanii. Kolejnym krokiem jest ocena przez terapeutę tego, czy świadomość jękania negatywnie wpływa na funkcjonowanie dziecka, np. wycofuje się ono z wypowiedzi, nie zabiera głosu na forum. Następnym krokiem powinna być rozmowa z rodzicami o tym, jakie oni mają przekonania na temat jękania, w jaki sposób należy rozmawiać z dzieckiem na ten temat, by nie był on tematem tabu, przekazanie rodzicom materiałów do pracy oraz wspólna praca z rodzicami indywidualnie bądź podczas warsztatów dla rodziców dzieci z jękanii itd. Dalszym

krokiem jest stworzenie sytuacji otwartości na temat jąkania na sesjach terapeutycznych z dzieckiem. Niektóre dzieci nie są gotowe na mówienie – przed grupą – o jąkaniu się czy na przygotowanie – przed klasą – prezentacji na temat jąkania się. Inne żyją w mało sprzyjającym otoczeniu, gdzie otwarte mówienie o swoim jąkaniu może wpłynąć na nasilenie dokuczania w klasie. Jak podkreślają Chmela i Reardon (2014), dzieci z jąkaniem różnią się pod względem umiejętności dzielenia się swoimi odczuciami i przekonaniem czy też zdolnościami mówienia o problemie jąkania. Należy podkreślić, że bardzo często rodzice dzieci z jąkaniem potrzebują działań desensytyzujących, odczuwających ich samych na jąkanie, by stało się dla nich możliwe swobodne prowadzenie rozmowy z dzieckiem na temat jąkania. Działania terapeutyczne zawsze powinny być dopasowane do potrzeb dziecka i jego rodziny.

B. Stosowanie strategii/technik pomocnych w kontrolowaniu jąkania

Wybór strategii użytych w działaniach terapeutycznych zawsze powinien być uzgodniony z dzieckiem i rodzicami. Zadaniem terapeuty jest sprawdzenie, jakie strategie/techniki mogą być pomocne dla dziecka w zmniejszeniu nasilenia jąkania i napięcia z nim związanego. Jąkanie jest bowiem zmiennym zaburzeniem, ale też potrafi ewoluować, znikać czy też pogłębiać się, np. dziecko, które powtarzało nagłosowe sylaby w wyrazach, może nagle zacząć się blokować. Często jąkaniu towarzyszą współruchy w obrębie twarzy, szyi czy całego ciała, np. mrużenie oczu, grymas na twarzy.

Logopedzi specjalizujący się w jąkaniu pracują w paradygmacie mówienia bardziej płynnego, jąkania bardziej płynnego czy też kombinacji obu tych metod (Fańciszevska, 2020), dopasowując podejmowane działania do pacjenta.

Głównymi celami w nauce stosowania strategii/technik pomocnych w kontrolowaniu jąkania są:

- Umiejętność użycia strategii modyfikacji jąkania w celu zmniejszenia napięcia i wysiłku podczas mówienia (np. anulowanie epizodu/momentu jąkania – ang. *cancellation*, wycofanie się z momentu zająknięcia – ang. *pull out*, swobodne pseudojąkanie itd.).
- Umiejętność użycia strategii mówienia bardziej płynnego w celu upłynnienia mowy w mowie kontrolowanej, spontanicznej (np. zwolnienie tempa mowy poprzez wydłużenie trwania samogłosek, delikatny start mowy, łagodne inicjowanie fonacji itd.).
- Poprawienie płynności mowy z użyciem kombinacji technik modyfikacji i technik mówienia bardziej płynnego.
- Przeniesienie efektów terapii na inne sytuacje życiowe.
- Coraz sprawniejsze stosowanie technik; pamiętanie o ich stosowaniu; nieprzerywanie ich stosowania (Schneider, 2017).
- Skupienie się i wyciszenie, by móc stosować techniki we właściwy sposób (Schneider, 2017).

Ćwiczenie tych umiejętności pozwala na uzyskanie wielu różnych korzyści, takich jak:
– zdobycie/pogłębienie umiejętności mówienia o jąkaniu z użyciem neutralnego języka;
– poznanie i stosowanie w życiu codziennym sposobów upłynnienia mowy, zmniejszania napięcia i walki;

- zdobycie/pogłębienie umiejętności coraz sprawniejszego stosowania technik w różnych sytuacjach komunikacyjnych;
- posiadanie większej liczby strategii radzenia sobie z trudnościami w mówieniu, również w trakcie nawrotów jąkania.

Często sama praca nad upłynnianiem mowy jest mało skuteczna, gdyż dziecko może niechętnie posługiwać się poznanymi technikami w obecności innych osób, czuć lęk i zawstydzenie. Ważna jest jednoczesna praca nad przekonaniem i postawami dotyczącymi jąkania zarówno dziecka, jak i osób z jego najbliższego środowiska (rodziców, opiekunów, dziadków, dalszej rodziny, wychowawców w placówce przedszkolnej, szkolnej itd.).

W przypadku pracy z dzieckiem jąkającym się często klienci, u których mimo młodego wieku rozwinęły się negatywne postawy wobec własnej mowy, opisują swoje cele w sposób negatywny, np. *nie będę się więcej jękał, moje jękanie nie będzie mi przeszkadzało w wypowiedaniu się*. Alison Nicholas (2015) proponuje, by sformułować realne do osiągnięcia przez klienta cele, np. *będę bardziej płynny, będę mówił to, co chcę powiedzieć*. Jest to niezwykle istotne, by stawiane sobie przez klienta cele były realne i możliwe do realizacji.

Podczas realizacji danego celu ważne jest włączenie rodziców w proces terapii. Jednym z zadań, jakie mogą otrzymać rodzice, jest: Zmień coś w stylu swojego mówienia na jakiś czas, np. mów szybciej, wolniej, zanim odpowiesz, poczekaj 10 sekund. Opowiedz, jak się z tym czujesz? Czy zmiana sposobu mówienia była dla Ciebie łatwa? Pozwala to rodzicom lepiej zrozumieć cel wprowadzanych zmian, zmniejszyć oczekiwania, by dziecko w każdej sytuacji stosowało poznane techniki.

C. Rozumienie uczuć, reakcji i przekonań związanych z jąkaniem i radzenie sobie z nimi

Rozumienie uczuć, reakcji i przekonań dotyczących jąkania u dziecka i jego rodziców/opiekunów jest bardzo ważną częścią terapii dziecka jąkającego się (Chmela, Reardon, 2014; Schneider, 2017; Yaruss, Reardon-Reeves, 2017). Jednocześnie należy podkreślić, że dzieci oraz rodzice/opiekunowie mogą różnić się w sposobie myślenia na temat jąkania i odczuwania jąkania jako trudności. Logopedzi specjalizujący się w terapii niepłynności mowy na podstawie rozpoznania natężenia poziomu niepokoju dziecka i rodziców oraz identyfikacji potencjalnie niekorzystnych emocji lub postaw wobec własnej mowy dziecka podejmują decyzję, czy rozpocząć, czy opóźnić podjęcie wczesnej interwencji (Boroń i in., 2020; Kelman, Nicholas, 2020).

Badania ankietowe przeprowadzone wśród 77 rodziców dzieci z jąkaniem przez Marilyn Langevin, Ann Packman i Marka Onslowa (2010) nad postrzeganiem wpływu jąkania na dzieci i ich samych wykazały, że 89% rodziców uważa, iż jąkanie ma negatywny wpływ na ich dziecko. Najczęściej zaobserwowanymi reakcjami dzieci na niepłynność własnego mówienia były: frustracja, wycofanie się, ograniczenie aktywności słownej, komentowanie niezdolności do mówienia i unikanie mówienia. Badania przeprowadzone przez Zbigniewa Tarkowskiego (2007) na grupie młodzieży i osób dorosłych dowiodły, że gotowość do komunikowania się jest ograniczona: 45% osób badanych unika sytuacji werbalnych, 43% jest pasywnych w trakcie rozmowy, 14% izoluje się. Dane uzyskane z badań naukowych pokazują, że uczucia i przekonania dotyczące jąkania wpływają w znacznym stopniu na komunikację. Wyniki badań jednoznacznie wskazują, że działania dotyczące rozumienia uczuć,

reakcji, przekonań związanych z jękaniem są bardzo ważne, a często kluczowe w procesie terapii.

Głównymi celami do osiągnięcia w sferze rozumienia uczuć i reakcji podczas prowadzenia terapii dziecka z jękaniem są:

- umiejętność rozpoznawania przez dziecko swoich emocji, nazywania ich i rozumienia;
- umiejętność wypowiadania się przez dziecko bez używania bądź z rzadkim używaniem strategii unikania jękania (np. zamiana słowa na inne, stosowanie embolofrazji: *yyy, eee*);
- rozwijanie i utrzymywanie przez dziecko zdrowych postaw i uczuć dotyczących swojej mowy;
- umiejętność wykorzystania różnych strategii i rozwiązywania różnych trudności, np. dokuczania przez inne dzieci z powodu jękania.

Ćwiczenie tych umiejętności pozwala na uzyskanie wielu różnych korzyści, takich jak:

- zwiększenie aktywności w sferze komunikacji;
- przezwyciężanie lęku przed mówieniem;
- zmniejszenie czy redukcja negatywnych strategii unikania jękania (np. zamiana słowa na inne itd.);
- zwiększenie aktywności i chęci do stosowania technik terapeutycznych;
- zdobycie umiejętności wykorzystywania większej liczby pomocnych strategii radzenia sobie z mówieniem.

Coraz częściej działania dotyczące pracy nad rozumieniem uczuć, przekonań związanych z jękaniem i radzenie sobie z nimi są włączane przez logopedów w działania terapeutyczne. Należy podkreślić, że są one równie ważne, jak techniki mające na celu poprawę płynności mowy. Pomocną pozycją dla terapeutów jest książka Kristin Chmeli i Niny Reardon *Jak skutecznie pracować nad postawami i emocjami w terapii jękania?* (2014). Na rynku polskim pojawiły się również pomocne pozycje, które mogą służyć dzieciom do samodzielnego zdobywania wiedzy na temat jękania, takie jak: *Tymon i piłka w grze* Anny Szerszeńskiej (2020) czy *Spokojnie, to tylko jękanie!* Agaty Sakwerdy (2020). Lektura tych publikacji pomaga w zdobyciu wiedzy na temat jękania, towarzyszy dzieciom w oswojaniu ich własnego jękania. Zawsze pomocne jest, gdy samodzielnej lekturze dziecka towarzyszy rozmowa z rodzicami i terapeutą.

D. Zdolności najefektywniejszego komunikowania się z innymi (umiejętności komunikacyjne)

Jękanie najczęściej jest definiowane jako zaburzenie komunikacji interpersonalnej (Góral-Półtola, 2016). Analiza współczesnych badań z XXI wieku z udziałem dzieci w wieku przedszkolnym przeprowadzonych w Anglii, Danii, USA i Australii przez Ehud Yairi i Noline Ambrose (2013) wykazała, że średni wiek wystąpienia niepełności mówienia u dzieci to około 33 miesięcy. Jest to czas szybkiego rozwoju języka i mowy dzieci, czas, kiedy dzieci z jękaniem potrzebują dużego wsparcia otoczenia. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że na gotowość do komunikowania się ma wpływ liczba zebranych pozytywnych doświadczeń. Istotna jest więc współpraca z całą rodziną dziecka i zmiana ich stylów komunikacji na pomocne dla dziecka z jękaniem.

W badaniach Ali Berquez, Naomi Hertsberg, Julii Hollister, Patrici Zebrowski i Sharon Millard (2015), przeprowadzonych w grupie 7 dzieci w wieku od 11 lat i 9 miesięcy do 14 lat i 2 miesięcy oraz 12 rodziców uczestniczących w specjalistycznej terapii jąkania, zadano pytania o ich nadzieje i oczekiwania (ang. *best hopes*) związane z terapią oraz o określenie ich za pomocą skali 0–10 wykorzystanej w TSR. Standardowe pytania brzmiały: *Jakie są Twoje największe nadzieje związane z terapią? Jakie są Twoje największe nadzieje związane z Twoim dzieckiem?* itd. Rodzice i dzieci oprócz zwiększenia płynności mówienia chcieli widzieć zwiększenie aktywności w zakresie poprawy komunikacji, częstsze/chętnie uczestniczenie w komunikacji w szkole i w domu, np. to, że dzieci podnoszą rękę w klasie, odpowiadają na więcej pytań, przedstawiają swoje pomysły, rozmawiają z nauczycielem, czytają na głos, włączają się do rozmów. Wyniki tych badań pokazują, jak istotne jest rozwijanie u dzieci z jąkaniem zdolności jak najefektywniejszego komunikowania się w codziennym życiu, bez zważania na płynność ich mówienia.

Głównymi celami do osiągnięcia w sferze zdolności efektywnego komunikowania się w przypadku dziecka z jąkaniem są:

- umiejętność czekania na swoją kolej w rozmowie;
- umiejętność włączenia się w konwersację z kolegami itd.;
- asertywne reagowanie na dokuczanie;
- aktywne słuchanie, gdy inne osoby mówią;
- zabieranie głosu na forum klasy;
- rozpoczęcie rozmowy z osobą nieznaną (dzieckiem, osobą dorosłą);
- utrzymanie kontaktu wzrokowego.

Ćwiczenie tych umiejętności pozwala na uzyskanie wielu różnych korzyści, takich jak:

- zwiększenie aktywności w sferze komunikacji;
- przezwyciężanie lęku przed mówieniem;
- zmniejszenie czy redukcja negatywnych strategii unikania jąkania (np. zamiana słowa na inne itd.)
- zwiększenie aktywności i chęci do stosowania technik terapeutycznych.

Wprowadzane działania dotyczące ćwiczenia czy też doskonalenia umiejętności jak najbardziej efektywnego komunikowania się powinny zostać ściśle dopasowane do potrzeb dziecka i jego rodziny. Ćwiczenia te powinny być wykonywane przez członków całej rodziny, również rodzeństwo powinno zostać włączone do tych działań.

4. Omówienie 15 kroków metody *Kids' Skills – Dam Radę!* z wykorzystaniem przykładów terapii dziecka z jąkaniem

Kids' Skills – Dam Radę! to metoda pracy z dziećmi składająca się z 15 kroków. Kluczową ideą programu jest przekonanie, że problemy można przeformułować na umiejętności, jakie można zdobyć. W programie nie rozmawia się o trudnościach, rozmawia się tylko o umiejętnościach potrzebnych do nauczenia się czegoś, by przezwyciężyć tę trudność. Jak podkreśla Furman (2010), dorośli mają tendencję do postrzegania problemów jako objawów ukrytego zaburzenia, które należy leczyć, podczas gdy dzieci mają tendencję

do postrzegania problemów jako braku umiejętności, jakich mogą nabyć. Celem metody jest zachęcenie dziecka i pomoc w zdobyciu nowej umiejętności, której potrzebuje, czy też pogłębieniu posiadanych umiejętności, by mogło ono przewyżżyć swoje trudności. *Kids' Skills – Dam Radę!* promuje współpracę z najbliższym środowiskiem dziecka, włącza rodziców, rodzeństwo, przyjaciół, nauczycieli w proces zmiany.

Poszczególne kroki w metodzie to raczej przewodnik i inspiracja dla terapeutów, a nie sztywna procedura. Kolejność niektórych kroków może ulegać zmianie, kroki mogą być stawiane w sposób kreatywny, tzn. niektóre mogą być omijane, niektóre pobieżnie omówione lub pominięte. Czasami w procesie terapii dodaje się również nowe, potrzebne elementy (Furman, 2010). Najważniejsze jest, by dopasować model pracy do indywidualnych potrzeb, cech klienta oraz kontekstu środowiska (Carr i in., 2017).

Krok 1. Przeformułuj problem dziecka na umiejętność, jakiej powinno nabyć

Ten krok jest jednym z ważniejszych, ale też trudnych w realizacji. Wymaga on zmiany perspektywy, zmiany myślenia terapeuty, rodzica itd., odejścia od myślenia o trudnościach, problemach, a skupienia się na różnych formach preferowanych opisów przyszłości (wizja, cel, umiejętność). W przypadku *Kids' Skills – Dam Radę!* poszukuje się umiejętności, jaka jest potrzebna dziecku, by mogło ono rozwiązać ten konkretny problem. Terapeuci mogą zadawać pytania dziecku i rodzicom, takie jak:

- *Jaką umiejętność potrzebujesz zdobyć/rozwinąć, by Twoja sytuacja w przyszłości zmieniła się na lepszą?*
- *Jaką umiejętność Twoje dziecko potrzebuje zdobyć/rozwinąć, by Jego sytuacja w przyszłości zmieniła się na lepszą?*
- *Jakie są Twoje największe nadzieje, związane z naszym(-mi) spotkaniami?* (Ratner i in., 2017).

Furman (2017) podaje przykład dziecka, które obgryza paznokcie. Zadaje dziecku i jego rodzicom pytanie: *Jaką umiejętność to dziecko potrzebuje zdobyć?* Często ze strony rodziców/opiekunów pada odpowiedź, że dziecko powinno przestać obgryzać paznokcie. Jednak nie można tego potraktować jako nowej umiejętności, czynności do nauczenia się, ale raczej jako cel do osiągnięcia. Umiejętnością, jaką dziecko powinno osiągnąć, jest zadbanie o swoje paznokcie, troska, by były ładne i wystarczająco długie.

Wskazania konkretnej umiejętności, jaką dziecko powinno opanować, wyrażenie jej w sposób pozytywny, wymaga od terapeuty, rodzica dogłębnego zastanowienia się. Czasami dziecko może mieć kilka problemów jednocześnie. Wówczas należy dokonać wyboru jednej użytecznej umiejętności, której dziecko potrzebuje nabyć lub którą powinno rozwinąć.

Krok 2. Uzgodnij z dzieckiem, jaką umiejętność ma zdobyć

Niezwykle istotne jest to, by dziecko chciało dokonać zmiany swojego zachowania, wskazało samodzielnie umiejętność, jaką chce opanować. Dziecko czuje się wówczas bardziej odpowiedzialne za swój wybór i ma większą motywację do działania. Zadaniem terapeuty jest zwiększyć gotowość dziecka do zdobycia nowej umiejętności, wzmocnić jego pewność siebie, pomóc mu w rozpoznaniu tego, jaka nowa umiejętność byłaby mu pomocna. Podczas rozmowy terapeuta pyta dziecko o jego umiejętności, o to, w czym jest

dobrze, czego już udało mu się nauczyć, jakie ma już zdolności, talenty. Takie wprowadzenie otwiera dziecko, wzmacnia je, pokazuje, jak dużo już udało mu się nauczyć. Jednocześnie otwiera na rozmowę o nowej umiejętności, jaką chciałoby wykształcić i jaka będzie mu pomocna, by było szczęśliwsze w domu, by czerpało większą radość z chodzenia do szkoły itd. Pytanie, jakie można zadać dziecku, to:

- *Czy jest coś, co sprawia Ci trudność, a czego chciałabyś/chciałbyś się nauczyć lub robić to lepiej?* (Furman, 2010, s. 23)

Wybór nowej umiejętności, jaką dziecko powinno zdobyć, jest bardzo ważny. Wyznaczony cel terapii powinien być jasny, wykonalny, realny zarówno dla dziecka, jak i dla terapeuty oraz rodziców. Istotne również jest, by klient, jego rodzice i terapeuta wiedzieli, jak wygląda postęp, by go zauważali. Zdobywanie danej umiejętności warto rozbić na mniejsze kroki i dokładnie sprawdzić, czy dziecko potrafi je wykonać.

Warto odwołać się tu do wyznaczania celów zgodnie z zasadą SMART (Walczak, 2014), będącą akronimem angielskich słów opisujących optymalne cele, które powinny być: konkretne (ang. *specific*), mierzalne (ang. *measurable*), osiągalne (ang. *achievable*), istotne (ang. *relevant*), określone w czasie (ang. *time-bound*). Zasada ta pozwala na wyznaczenie celów w jasny sposób i skoncentrowanie się na tym, co jest istotne. Przykładowo, jeśli terapeuta specjalizujący się w terapii zaburzeń płynności mowy wyznaczy następujący cel swojej pracy: Informowanie rodziców dziecka o jąkanii, to jest to cel niejasny. Jeśli cel będzie brzmiał: Rodzice Krzysia powinni umieć odróżnić nie płynności typowe dla jąkania i zwykłej niepłynności mowy¹, to tak wyznaczony cel jest specyficzny i mierzalny. Kolejny przykład celu, który w ten sposób sformułowany jest niejasny, brzmi: Odczulanie Asi na jąkanie się podczas rozmowy z rówieśnikami. Gdy terapeuta inaczej sformułuje cel, np.: Asia czuje się zrelaksowana, gdy rozmawia (i jąka się) z rówieśnikami – również nie do końca jest jasny. Konkretnym wyznaczeniem celu będzie sformułowanie: Asia nie waha się rozmawiać z rówieśnikami; utrzymuje kontakt wzrokowy i mówi spokojnym głosem, nawet podczas jąkania się.

Krok 3. Określ wspólnie z dzieckiem i rodzicami, jakie korzyści będzie miało dziecko i inne osoby z opanowania przez dziecko nowej umiejętności

Poszukiwanie, eksplorowanie korzyści płynących z nabycia nowej umiejętności bardzo pomaga w zwiększeniu motywacji dziecka do kontynuowania obranego kierunku terapii (Furman, 2010). Cechą dobrego opisu korzyści jest również poszerzenie perspektywy o perspektywę innych osób. Pomaga zastanowienie się nad tym, jaki wpływ wywrze to na mamę, tatę, ciocię itd., jakie zmiany zauważą?

Terapeuta może zadawać dziecku następujące pytania:

- *Co będzie dla Ciebie dobrego w tym, że opanujesz nową umiejętność?*
- *Jak myślisz, jakie będą korzyści z tego, że się czegoś nowego nauczysz?* (Furman, 2010, s. 32)
- *Kto jeszcze będzie miał korzyści z tego, że zdobędziesz nową umiejętność?*

¹ W pozycji K. Węsierskiej i B. Jeziorczak (2016) *Diagnoza jąkania u dzieci w wieku przedszkolnym* można odnaleźć zestawienie objawów typowych dla jąkania i zwykłej niepłynności mowy opracowane na podstawie literatury przedmiotu.

Ważne jest, by korzyści, wskazywane i poszukiwane wspólne z dzieckiem, miały znaczenie dla niego, a nie tylko dla osób dorosłych, oraz by były jak najbardziej uszczegółowione.

Opisywanie – szczegółowo – preferowanej przyszłości w pozytywny, konkretny i realistyczny sposób pozwala klientom ją zobaczyć. Często dorosłym klientom zadaje się „pytanie o cud” (Przypuśćmy, że pewnej nocy, gdy Pan spał, wydarzył się cud i problem został rozwiązany. Po czym by Pan to poznał? Co by się zmieniło? Po czym poznałaby to Pana żona, nawet gdyby Pan jej nie powiedział ani słowa?) (Shazer, 1988, s. 5) lub „pytanie o jutro” (Wyobraźmy sobie, że budzi się Pani jutro rano i spełniły się Pani nadzieje. Co zacznie Pani zauważać?) (Ratner i in., 2017, s. 113). Ogólna zasada jest taka, że nadzieje klienta są możliwe do spełnienia, czy też klient budzi się w przyszłości, w której zaczyna zmierzać do swoich nadziei.

W przypadku dzieci z jękaniami – dla nich i dla ich rodziców jest to ważne, bo to moment zastanowienia się nad tym, jak będzie wyglądało ich życie, gdy nadzieje na płynniejsze mówienie zostaną zrealizowane. Nicholas (2015) proponuje, by „pytanie o cud”, preferowaną przyszłość przedstawić dzieciom z rekwizytem, np. wórką chrzestna z różdżką lub magik ze szklaną kulą. Odwołanie się do konkretnego pomaga dzieciom wyobrazić sobie, że problem znika lub się zmniejsza. Młodszym dzieciom proponuje się odgrywanie ról lub udawanie, że coś robią. Pomocne do skalowania może też być użycie klocków lego, kulek (koralików) bądź obrazków, które mogą reprezentować oznaki zmiany (technika skalowania).

Krok 4. Poproś dziecko, aby podało nazwę nowej umiejętności, jaką opanuje

Gdy dziecko wie już, jaką umiejętność chciałby zdobyć, wówczas terapeuta prosi, by ją nazwało. Nazwa może być dowolna, zabawna, kojarząca się z daną umiejętnością, ale powinna podobać się dziecku i sprawiać, że będzie z niej dumne. Furman (2010, s. 25) podaje przykład: *trójnożny koń* na nazwę nauki umiejętności spokojnego siedzenia w klasie. W przypadku pracy z dziećmi z jękaniami zdecydowały się one na użycie nazw umiejętności, takich jak np. *ważna żabka, kierowca autobusu, bezpieczny przejazd, ciekawy opowiadacz*.

Krok 5. Poproś dziecko, aby wybrało sobie wyobrażonego pomocnika spośród swoich zabawek, kart

Wyobrażonym pomocnikiem, który pomoże dziecku opanować wybraną umiejętność, może być wszystko: maskotka, bohater z kreskówki itd. Postać ta jest bowiem symbolem wewnętrznej siły dziecka, może podsuwać dziecku pomysły, jak ćwiczyć, wyrażać podziw, może przypominać o ćwiczeniu nowej umiejętności.

- *Możesz wybrać postać lub zwierzę, które pomogą Ci zdobyć tę umiejętność. Czy przychodzi Ci na myśl jakaś pomocna istota?* (Furman, 2010 s. 38)
- *Kto mógłby być dla Ciebie takim bohaterem?* (Furman, 2010, s. 43)

W przypadku pracy z dzieckiem z jękaniami dobrze jest, by dziecko na każde zajęcia przynosiło wyobrażonego pomocnika. Przydatne jest bardzo szczegółowe ustalenie z dzieckiem, gdzie będzie znajdował się w domu jego wyobrażony pomocnik, kiedy i w jaki sposób może mu służyć jako pomoc.

Krok 6. Poproś dziecko, by znalazło sobie osoby wspierające w swoim najbliższym otoczeniu

Dużą wartością wykorzystania programu *Kids' Skills – Dam Radę!* w pracy z dzieckiem z jękaniami jest to, że dziecko nabywa nowych umiejętności w rzeczywistym środowisku, w relacjach z rodzicami, przyjaciółmi. Jest to czerpanie z zasobów najbliższego otoczenia i wykorzystywanie ich. Ważne osoby w życiu dziecka są członkami zespołu, który je wspiera i mu pomaga. Jednocześnie dzięki zachodzącym drobnym zmianom zmienia się cały system najbliższego otoczenia dziecka, zmienia się system chwaleń dziecka, podnoszenia jego własnej wartości. Terapeuta nie jest osobą, która próbuje zastępować ważne osoby z życia dziecka. Pytania, jakie można zadać dziecku, brzmią:

- *Będziesz potrzebowała/potrzebował kogoś, kto będzie Cię wspierał w nauce prowadzącej do zdobycia nowej umiejętności. Kogo chciałabyś/chciałbyś poprosić, by pomógł zdobyć Ci tę umiejętność?* (Furman, 2010, s. 32)
- *Kogo chciałabyś/chciałbyś poprosić o wsparcie?* (Furman, 2010, s. 43)

W przypadku pracy z dzieckiem z jękaniami podkreśla się znacznie i konieczność czynnej obecności rodziny/osób z najbliższego otoczenia dziecka w trakcie trwania terapii czy też ich obecności podczas sesji z dzieckiem. Rola rodziców/opiekunów w działaniach terapeutycznych jest bardzo ważna, gdyż to rodzice wspierają dziecko, a główne działania terapeutyczne odbywają się poza sesjami. Obecnie często logopedzi wdrażają bardzo pomocne warsztaty, spotkania indywidualne czy grupowe adresowane tylko do rodziców dzieci z jękaniami.

Krok 7. Pomóż dziecku zyskać pewność siebie

Często w terapii ten krok jest pierwszym krokiem, bo pozwala terapeutce przeprowadzić „rozmowę wolną od problemów” (Shazer, 2013), dowiedzieć się więcej o kliencie, poznać go, zidentyfikować jego cechy osobiste, umiejętności, zdolności i kompetencje (Ratner i in., 2017, s. 66–67). Terapeuta powinien rozpoznać hobby, zainteresowania dziecka, zastanowić się wspólnie z dzieckiem nad jego mocnymi stronami. Może mu zadać następujące pytania:

- *Co trzeba zrobić, by być dobrym? Jakich cech potrzebujesz, by być dobrym?*

Świadomość dziecka swoich pozytywnych cech, umiejętności, wartości pozwala na wskazanie jego siły i podniesienie motywacji do zmiany. Ten krok jest bardzo ważny w przypadku pracy z dziećmi z jękaniami, gdyż pozwala na uzyskanie informacji o aspektach życia, które są możliwe do przeniesienia na myślenie o umiejętnościach, jakich dziecko potrzebuje, by poradzić sobie z jękaniami (Nicholas, 2015). Prawdziwy, szczerzy, uzasadniony komplement ze strony terapeuty, rodziców pomaga skierować uwagę dziecka na obszary, cechy, jego posiadane już umiejętności pomocne do osiągnięcia celu.

Krok 8. Porozmawiaj z dzieckiem, w jaki sposób chce świętować zdobycie nowej umiejętności

Ważne jest dokładne zaplanowanie z dzieckiem i rodzicami tego, jak będzie wyglądał program świętowania, gdy dziecko opanuje nową umiejętność. Zwiększa ono znacząco motywację dziecka do zdobywania nowej umiejętności i stosowania jej w praktyce. Jest to bardzo ważne wydarzenie społeczne, które poświadcza w społeczności, że dziecko nabyło nowej umiejętności. Pytania, jakie można zadać dziecku, brzmią:

Maria Fańciszevska

- *Jak chciałabyś/chciałbyś się bawić z osobami, które Cię wspierają, kiedy zdobędziesz nową umiejętność?* (Furman, 2010, s. 27)
- *Kogo chciałabyś/chciałbyś zaprosić?*

Świętowanie nie powinno mieć wymiaru materialnego, raczej ma to być czas spędzony wspólnie z rodziną, np. wyjście do zoo czy kina.

Krok 9. Wypracuj jasny obraz tego, jak dziecko będzie się zachowywać lub reagować, korzystając z nowej umiejętności

Furman (2017) poleca, by sfilmować dziecko, gdy pokazuje ono, jak się zachowa w danej sytuacji. Dziecko jest w stanie samo zobaczyć, na własne oczy, jak się zachowa, co zrobi, gdy czegoś się nauczy. Uzyskuje wówczas pozytywną informację zwrotną. Warto stworzyć jak najbardziej szczegółowy obraz celu, pozytywnego, realistycznego i możliwego do osiągnięcia.

W przypadku pracy z dzieckiem z jękaniami można wykorzystać scenki dramatyczne, biblioterapię, rozmowę czy też nagrać dziecko.

- *Skąd będziesz wiedziała/wiedział, że już to robisz?*
- *Co zobaczy mama/tata?*
- *Jakbym chodziła za Tobą cały dzień z kamerą, co bym nagrała? Co bym zobaczyła?*

Krok 10. Poinformuj wspólnie z dzieckiem i jego rodzicami otoczenie dziecka o nowym projekcie

Dziecko pokazuje otoczeniu nową umiejętność. Rodzice wspierają dziecko w działaniach, chwalą je.

Krok 11. Stwórz z dzieckiem i jego rodzicami plan na temat tego, co dziecko zrobi, by opanować nową umiejętność

Terapeuta uzgadnia z dzieckiem i jego rodzicami plan na temat tego, kiedy, gdzie i jak dziecko będzie ćwiczyło nową umiejętność. Ważne jest również określenie, jak otoczenie będzie wspierało dziecko.

W przypadku pracy z dzieckiem z jękaniami należy indywidualnie i dokładnie omówić poszczególne kroki zdobywania nowej umiejętności. Działania terapeutyczne rozpoczynają się od sytuacji dla dziecka stosunkowo łatwej, np. początkowo dziecko ćwiczy z jednym z rodziców. W kolejnym etapie dziecko ćwiczy z obojgiem rodziców, potem z jednym z rodziców i rodzeństwem, następnie przy dystraktorze, np. włączonym radiu czy też któreś z rodziców rozpoczyna wspólnie z nim wypowiedź. Presja sytuacji komunikacyjnej stopniowo jest zwiększana. Ułatwieniem, czy utrudnieniem, może być też wybór miejsca (dom, spacer, sklep, szkoła) i tematu rozmowy. Czas tych działań powinien być ściśle określony i jasny dla dziecka.

Krok 12. Poproś dziecko, by określiło, w jaki sposób chce, by inni przypominali mu o umiejętności, gdy samo o niej zapomni

W trakcie opanowywania nowej umiejętności pojawiają się momenty, gdy dziecko wraca do poprzedniego zachowania. Terapeuta opowiada dziecku o takiej sytuacji i przy-

gotowuje je na jej wystąpienie. Dziecko samodzielnie wybiera sposób, w jaki chciałoby, by inne osoby z najbliższego otoczenia przypominały mu o nabytej nowej umiejętności.

- *Jak chcesz, by inni przypominali Ci o Twojej umiejętności, kiedy o niej zapomnisz i stracisz cierpliwość?* (Furman, 2010, s. 33)
- *Czy rodzice/opiekunowie mają coś powiedzieć, czy będziecie mieli jakiś sygnał, np. dotknięcie ramienia?* (Furman, 2017)

W przypadku pracy z dzieckiem z jękaniem ten krok może być wykorzystywany w przypadku nasilenia się jękania, nawrotu jękania, zmniejszenia motywacji do pracy. Pomocne mogą być pytania, takie jak:

- *Jeśli nic nie jest lepiej lub jest gorzej, jak myślisz, co mogłaś/mogłeś zrobić, aby zapobiec pogorszeniu się Twojej mowy?* (Nicholas, 2014)
- *Skąd będzie wiadomo, że sprawy wrócą na właściwy tor?* (Nicholas, 2014)

Taka strategia pozwala, by dziecko wypracowało własne rozwiązanie problemów, co buduje jego pewność siebie i odporność na stres. Jeśli nie umie tego zrobić, pomaga mu w tym terapeuta.

Krok 13. Dziecko razem z rodzicami świętuje nabycie wybranej umiejętności

Gdy dziecko nabędzie nowej umiejętności, jest to czas świętowania i dziękowania innym za udzielone wsparcie.

Krok 14. Dziecko przekazuje nabytą umiejętność innemu dziecku

Ten krok jest również bardzo istotny, pokazuje dziecku, że nabyło nowej umiejętności, pozwala, by nie nastąpił nawrót i by dziecko nie wróciło do poprzedniego wzorca. Dziecko ma za zadanie pomóc innemu dziecku w opanowaniu nowej umiejętności. Wówczas dochodzi do internalizacji nowej umiejętności. W przypadku pracy z dzieckiem z jękaniem można zaprosić dziecko na inne zajęcia indywidualne czy też grupowe, by pokazało innemu dziecku, w jaki sposób ono korzysta z nowej umiejętności.

Krok 15. Zaproponuj dziecku zdobywanie kolejnej umiejętności

Jest to krok, który może zostać wykonany po pewnym czasie. Nie jest konieczne, by dziecko od razu rozpoczęło naukę i opanowywanie kolejnej umiejętności.

5. Podsumowanie

Metoda *Kids' Skills – Dam Radę!* może służyć jako struktura do pracy z dziećmi, które się jęka, i ich rodzicami. Składa się ona z 15 kroków, które dokładnie zostały opisane. Metoda najlepiej sprawdza się u dzieci, które same wskażą umiejętność, jaką chciałyby opanować. Korzyści, jakie dziecko samodzielnie dostrzeże z opanowania wybranej umiejętności, również motywują je do dalszej pracy. Dziecko, razem z terapeutą, dzięki wsparciu wyobrażonego pomocnika, ale też najbliższego otoczenia opanowuje strategie radzenia sobie z trudnościami. Świętowanie jest dodatkową zachętą zwiększającą motywację dziecka do pracy. W metodzie bardzo wzmacnia się poczucie własnej wartości, pewności siebie,

a także rozwija się mocne strony dziecka. Terapeuci, którzy chcą wykorzystać metodę *Kids' Skills – Dam Radę!* w swojej pracy, powinni odbyć szkolenie z tej metody.

Wykorzystanie metody *Kids' Skills – Dam Radę!* w terapii zaburzeń płynności mowy pozwala na włączenie psychologicznego, zindywidualizowanego podejścia do klienta. Terapia dziecka z jękaniami jest bowiem zintegrowanym podejściem obejmującym takie komponenty jak: umiejętność wykorzystania technik i kontrolowania swojej mowy, umiejętność komunikacji społecznej, z włączeniem emocjonalnych i poznawczych aspektów jękania. Wykorzystanie metody *Kids' Skills – Dam Radę!* umożliwi nawiązanie lepszej współpracy z dziećmi i ich rodzicami w celu opracowania i ustalenia z nimi ich własnych, osobistych celów terapii. Pomocne dla terapeutów jest również odbycie szkolenia z TSR. Bardzo do tego zachęcam, gdyż kreatywność, wzmocnienie zaangażowania dzieci i rodziców w terapię pozwalają czynić ją bardziej skuteczną.

Literatura

- Beilby, J.M., Byrnes, M.L., Yaruss, J.S. (2012). Acceptance and commitment therapy for adults who stutter: Psychosocial adjustment and speech fluency. *Journal of Fluency Disorders*, 37(4). <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.05.003>
- Berg, I.K., Miller, S.D. (2000). *Terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiązaniu. Pomaganie osobom z problemem alkoholowym*. Wydawnictwo Galaktyka.
- Berg, I.K., Steiner, T. (2003). *Children's solution work*. Norton&Co.
- Berquez, A., Hertsberg, N., Hollister, J., Zebrowski, P., Millard, S. (2015). What do children who stutter and their parents expect from therapy and are their hopes aligned? *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 193(June), 25–36. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.03.241>
- Bond, C., Woods, K., Humphrey, N., Symes, W., Green, L. (2013). Practitioner review: The effectiveness of solution focused brief therapy with children and families: A systematic and critical evaluation of the literature from 1990–2010. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 54(7), 707–723. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12058>
- Boroń, A., Węsierska, K., Agius, J. (2020). Wczesna interwencja w jękaniu na świecie w świetle wyników międzynarodowego sondażu diagnostycznego. W: K. Węsierska, M. Witkowski (red.), *Zaburzenia płynności mowy. Teoria i praktyka* (t. 2, s. 134–149). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Carr, A., Hartnett, D., Brosnan, E., Sharry, J. (2017). Parents plus systemic, solution focused parent training programs: Description, review of the evidence base, and meta analysis. *Family Process*, 56, 652–668. <https://doi.org/10.1111/famp.12225>
- Chmela, K., Reardon, N., (2014). *Jak skutecznie pracować nad postawami i emocjami w terapii jękania*. Centrum Logopedyczne.
- Cook, F., Botterill, W. (2005). Family-based approach to therapy with primary school children: 'throwing the ball back'. W: R. Lees, C. Stark (red.). *The treatment of stuttering in the young school-aged child* (s. 81–107). Whurr.
- Fańciszevska, M. (2020). Kierunki działań dotyczące potrzeby podjęcia wczesnej interwencji terapeutycznej u dzieci jękańcych się w wieku przedszkolnym. W: I. Więcek-Poborczyk, J. Wrzosek-Żulewska (red.), *Interdyscyplinarność w logopedii: Konieczność czy nadmiar?* (s. 129–146). Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.

- Fourlas, G., Ntourou, K. (2021). *Effects of the Lexipontix programme on children's overall stuttering experience. Early evidence. 12th Oxford Dysfluency Conference (ODC), 7–8 January 2021.* https://lexipontix.gr/wp-content/uploads/2021/01/ODYS_2021_fourlas_ntourou_efects_of_LXPNTX.pdf; data dostępu: 21.05.2021.
- Furman, B. (2017, 15 lipca). Dr. Furman explains Kids' Skills. <https://www.youtube.com/watch?v=QhvY-W1gRGU>; data dostępu: 20.05.2021.
- Furman, B. (2010). *Program „Dam radę” w praktyce* [przeł. K. Pawłusiów]. Centrum Terapii Krótkoterminowej.
- Góral-Półtola, J. (2016). *Jąkanie: Analiza procesu komunikacji słownej*. Impuls.
- Harley, J. (2015). Bridging the gap between cognitive therapy and acceptance and commitment therapy (ACT). *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 193. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.03.252>
- Harris, R. (2018). *Zrozumieć ACT. Terapia akceptacji i zaangażowania w praktyce*. Przeł. A. Sawicka-Chrapkovicz. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kelman, E., Nicholas, A. (2013). *Praktyczna interwencja w jąkanii wczesnodziecięcym*. Przeł. M. Kądzioła. Wydawnictwo Harmonia.
- Kelman, E., Nicholas, A. (2020). *Palin Parent Child Interaction Therapy for Early Childhood Stammering*. Routledge.
- Kelman, E., Wheeler, S. (2015). Cognitive Behaviour Therapy with children who stutter. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 193, 165–174. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.03.256>
- Kids' Skills*. kidsskills.org; data dostępu: 15.05.2021.
- Langevin, M., Packman, A., Onslow, M. (2010). Parent perceptions of the impact of stuttering on their preschoolers and themselves. *Journal of Communication Disorders*, 43(5). <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2010.05.003>
- Millard, S., Cook, F.M. (2010). Working with young children who stutter: Raising our game. *Seminar Speech Language*, 31(4), 250–261. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1265758>
- Nicholas, A. (2015). Solution focused brief therapy with children who stutter. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 193, 209–216. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.03.261>
- Ratner, H., George, E., Iveson, Ch. (2017). *Terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiązaniu. 100 najważniejszych tez, założeń i technik*. [przeł. K. Pawłusiów]. Centrum Terapii Krótkoterminowej.
- Rodgers, N.H., Berquez, A., Hollister, J., Zebrowski, P.M. (2020). Using solution-focused principles with older children who stutter and their parents to elicit perspectives of therapeutic change. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 5(6). https://doi.org/10.1044/2020_persp-20-00124
- Sakwerda, A. (2020). *Spokojnie. To tylko jąkanie!* Centrum Logopedyczne.
- Schneider, P. (2017). *Moje dziecko się jąka. Co mogę zrobić? Poradnik dla rodziców i opiekunów dzieci jękających się*. Przeł. A. Boroń. Centrum Logopedyczne.
- Shazer, S. de (2013). *Kiedy słowa były magią*. [przeł. K. Pawłusiów]. Centrum Terapii Krótkoterminowej.
- Sisskin V. (2021, 1 stycznia). Open stutter: Vivian Sisskin – What is open stuttering? https://www.youtube.com/watch?v=XJ_uwi8U8kg; data dostępu: 23.01.2021.
- Suligowska, B. (2017). Wykorzystanie metody poznawczo-behawioralnej w terapii jąkania. W: L. Jankowska-Szafarska, B. Suligowska, K. Kupiec, R. Kara (red.), *Życie z zacięciem. Integralny przewodnik po jąkanii* (s. 125–134). Wydawnictwo Edukacyjne.
- Szerszeńska, A. (2019). Akceptacja w jąkanii. Zastosowanie ACT i uważności w interwencji logopedycznej. *Forum Logopedy*, 31.
- Szerszeńska, A. (2020). *Tymon i piłka w grze*. New Space.

- Tarkowski, Z. (2007). *Psychosomatyka jękania. Dlaczego osoby jękające się mówią płynnie*. Wydawnictwo Fundacji Orator.
- Taylor, Ch. (2020). *Zaburzenia przywiązania u dzieci i młodzieży. Poradnik dla Terapeutów, Opiekunów i Pedagogów*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Tuchowska, J.A., Fańciszevska M. (2020). *Terapia jękania u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym*. W: J. Skibska (red.), *Terapia interdyscyplinarna. Wybrane problemy* (s. 233–265). Wydawnictwo Impuls.
- Vanryckeghem, M., Brutten, G. (2015). *Kiddy CAT. Test do badania postaw związanych z komunikowaniem się jękających się dzieci w wieku przedszkolnym*. Przekł. i adapt. K. Węsierska. Wydawnictwo Harmonia.
- Walczak, R. (2014). *Podstawy zarządzania projektami metody i przykłady*. Wydawnictwo Difin.
- Węsierska K., Jeziorczak B. (2016). *Diagnoza jękania u dzieci w wieku przedszkolnym*. Komlogo Piotr Gruba.
- Woźniak, T. (2020). Zaburzenia płynności mowy – stan badań i praktyki logopedycznej na początku XXI wieku. W: K. Węsierska, M. Witkowski (red.), *Zaburzenia płynności mowy. Teoria i praktyka*. (t. 2, s. 35–49). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Yairi, E., Ambrose, N. (2013). Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of Fluency Disorders*, 38, 66–87. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.11.002>
- Yaruss, J.S., Reardon-Reeves, N. (2017). *Early childhood stuttering therapy: A practical guide*. Stuttering Therapy Resources.
- Yusuf, D. (red.) (2021). *The solution focused approach with children and young people: Current thinking and practice*. Routledge.

VARIA

Interlinguistische und interdiskursive Kontrastivität
am Beispiel der linguistischen Forschung zum Mig-
rationsdiskurs in Polen und in Deutschland

Dziecięce interpretacje związków frazeologicznych
z komponentem *głowa*





Interlinguistische und interdiskursive Kontrastivität am Beispiel der linguistischen Forschung zum Migrationsdiskurs in Polen und in Deutschland

Interlinguistic and interdiscursive contrasts as exemplified by linguistic research on migration discourse in Poland and Germany

Kontrastytność interlingwistyczna i interdyskursywna na przykładzie lingwistycznych badań dyskursu migracyjnego w Polsce i w Niemczech

Zusammenfassung: Im vorliegenden Beitrag steht das Desiderat der interlinguistischen und interdiskursiven Kontrastivität, das 2013 von Zofia Bilut-Homplewicz formuliert wurde, am Beispiel der linguistischen Forschung zum Migrationsdiskurs in Polen und in Deutschland im Mittelpunkt. Zunächst wird erläutert, was unter interlinguistischer und interdiskursiver Kontrastivität zu verstehen ist, um anschließend auf die Vergleichsgrößen »Migration, Migrationsdiskurs, linguistische Forschung zum Migrationsdiskurs« einzugehen, und zwar jeweils in Bezug auf Polen, Deutschland bzw. deutschsprachige Länder, sowie auf die polonistische und germanistische Forschung. Im Rahmen eines interdyskursiven und interlinguistischen Vergleichs wird insbesondere auf das Topos-Konzept und seine Operationalisierung in beiden Forschungsräumen fokussiert.

Schlüsselwörter: interlinguistische Kontrastivität, interdyskursive Kontrastivität, Migrationsdiskurs, Diskursanalyse, Topos

Abstract: The present paper focuses on the desideratum of interlinguistic and interdiscursive contrastivity, delineated by Zofia Bilut-Homplewicz in 2013. Both types of contrastivity are presented with reference to linguistic research on the migration discourse in Poland and Germany. As a starting point, the author outlines interlinguistic and interdiscursive contrastivity. What follows is a comprehensive account of the comparative variables such as »migration, migration discourse, linguistic research on migration discourse« – each of which is discussed in relation to Poland, Germany or German-speaking countries and the Polish and German research. Within the framework of an interdiscursive and interlinguistic comparison, the focus of attention is particularly on the concept of topos and its operationalisation in both research areas.

Key words: interlinguistic contrastivity and interdiscursive contrastivity, migration discourse, discourse analysis, topos

Abstrakt: Niniejszy artykuł nawiązuje do sformułowanego przez Zofię Bilut-Homplewicz w 2013 roku dezyderatu kontrastywności interlingwistycznej i interdyskursywnej. Oba typy kontrastywności przedstawione są w odniesieniu do badań lingwistycznych nad dyskursem migracyjnym w Polsce i w Niemczech. Po obraniu za punkt wyjścia perspektywy interlingwistycznej i interdyskursywnej omówione zostają zmienne porównawcze, takie jak „migracja, dyskurs migracyjny, lingwistyczne badania dyskursu migracyjnego” – każda z nich w odniesieniu do Polski, Niemiec lub krajów niemieckojęzycznych oraz badań polskich i niemieckich. W ramach porównania interdyskursywnego i interlingwistycznego uwaga skupiona jest w szczególności na pojęciu toposu i jego operacjonalizacji w obu obszarach badawczych.

Słowa klucze: kontrastywność interlingwistyczna i kontrastywność interdyskursywna, dyskurs migracyjny, analiza dyskursu, topos

1. Interlinguistische und interdiskursive Kontrastivität

Vereinfacht formuliert bedeutet die interlinguistische Kontrastivität einen Vergleich mindestens zweier wissenschaftlicher Forschungsräume, genauer mindestens zweier Linguistiken. Man schaut also z.B. auf die Germanistik aus der Perspektive der Polonistik bzw. auf die Polonistik mit der Brille der Germanistik. Warum kann eine solche Betrachtungsweise nützlich sein?

Der Vergleich von wissenschaftlichen Disziplinen in verschiedenen Forschungsbereichen, ihres Forschungsstandes, ihrer Entwicklung, Probleme und Perspektiven kann deutlich machen, inwieweit sich diese Disziplinen im Hinblick auf die erwähnten Aspekte voneinander unterscheiden. Wichtig ist es jedoch auch zu zeigen, dass manche Charakteristika der Untersuchungen in einem Forschungsbereich aus der Perspektive eines anderen Forschungskreises deutlicher gesehen werden können und dass infolgedessen ihre Thematisierung und Problematisierung zu einem interlinguistischen Dialog führen kann. (Bilut-Homplewicz, Hanus 2016: 146)

Selbstverständlich geht es nicht um eine genaue Identifikation und Analyse der ermittelten Unterschiede und eine eingehende Diskussion über alle problematischen Fragen, sondern um das Erkennen der wichtigsten Phänomene unter Berücksichtigung der Perspektivierung, die sich aus analogen germanistischen/polonistischen Fragestellungen und Erkenntnisinteressen ergibt (vgl. ebenda). Ein Vergleich kompletter Disziplinen wäre kaum machbar und hätte auch wenig Sinn. Im Folgenden wird versucht, einen etwas modifizierten Standpunkt der interlinguistischen Kontrastierung einzunehmen und auf Forschungen zum Migrationsdiskurs in Polen und Deutschland bzw. in deutschsprachigen Ländern zu fokussieren. Damit wird einer interdiskursiven Vergleichsperspektive¹ Vorrang gegeben. Weil

¹ Vgl. Polnisch: *kontrastywność interdyskursywna* – interdiskursive Kontrastivität. Bilut Homplewicz unterscheidet vier Arten der Kontrastivität. Es sind: *kontrastywność międzyjęzykowa* (interlinguale Kontrastivität), *kontrastywność międzytekstowa* (intertextuelle Kontrastivität), *kontrastywność interdyskursywna* (interdiskursive Kontrastivität) und *kontrastywność interlingwistyczna* (interlinguistische Kontrastivität). Genauer dazu vgl. Bilut-Homplewicz 2014: 16 und Bilut-Homplewicz 2013.

das Vergleichsthema keinen genuin linguistischen Untersuchungsgegenstand darstellt, ist es notwendig, nach Möglichkeit und Bedarf auch den sozialen, (geo)politischen, medialen Kontext zu berücksichtigen. Diesen stellen Migrationen im Allgemeinen, insbesondere aber in Polen und Deutschland dar, sowie die in untersuchten Forschungsräumen geführten Migrationsdiskurse, die wiederum vor dem Hintergrund der diskurslinguistischen Forschung zu betrachten sind. Es handelt sich also um Arbeiten, die eine linguistische Perspektive auf den Migrationsdiskurs einnehmen und mit Hilfe des linguistischen Instrumentariums von Polonisten, Germanisten, Fremdphilologen (hauptsächlich Germanisten) sowie Vertretern anderer Disziplinen geführt werden.

2. Migrationen

Vorab sollen die verwendeten Begrifflichkeiten erläutert werden. Ich gebrauche Bezeichnungen: *Migration*, *Migrant* bzw. Zusammensetzungen mit dem Bestimmungswort *Migration*-, weil sie als neutral (also ohne deontische Bedeutungskomponente) und als Oberbegriffe zu Bezeichnungen wie *Einwanderungsdiskurs*, *Auswanderungsdiskurs*, *Ein- und Auswanderung*, *Immigrant*, *Emigrant*, *Asylant*, *Zuwanderer*, *Flüchtling* etc. angesehen werden können.

Wie bereits eingangs angekündigt, lautet die wichtigste Forschungsfrage und Vergleichsgröße »linguistische Forschung zum Migrationsdiskurs« in Polen und in Deutschland bzw. deutschsprachigen Ländern. Diese Frage wird im Kontext zweier zusätzlicher Vergleichsgrößen erörtert: »Migration« und »Migrationsdiskurs«, und zwar ebenfalls jeweils auf Polen und Deutschland bzw. deutschsprachige Länder bezogen. Des Weiteren wird zunächst auf »Migration« eingegangen, gefolgt von Bemerkungen zu Diskursen, Diskursforschung, Migrationsdiskursforschung.

Zu Migration bzw. Migrationen kann allgemein gesagt werden, dass sie ein globales Phänomen wie Problem sind, das globale Krise(n) auslösen kann. Migrationen sind mehrdimensionale Ereignisse mit politischer, sozialer und wirtschaftlicher Relevanz, Brisanz und Bedeutung. In politischer Hinsicht werfen sie Fragen bezüglich der Umgangsweise und Haltung gegenüber großen Bevölkerungsbewegungen sowie der inneren Sicherheit eines Staates auf. Aus sozialer Perspektive stellen sich Fragen, die mit der Assimilation, Integration und Inklusion bzw. Ausgrenzung von Migrant*innen sowie ihrer kulturellen Identität und der entstehenden Migrationsgesellschaft verbunden und von Bedeutung sind. In wirtschaftlicher Hinsicht interessieren einerseits der mögliche Nutzen und andererseits die Belastung(en) von Migration. Migration ist so alt wie die Menschheit selbst. In der Regel entstehen Migrationsprozesse durch eine Kombination verschiedener Push- und Pull-Faktoren. Davon sind heutzutage die wichtigsten: instabile politische Verhältnisse, Krieg und Verfolgung, schlechte Arbeitsmarktchancen, widrige Lebensbedingungen oder die Umweltzerstörung als Push-Faktoren; hingegen gute Arbeitsmarkt- und Ausbildungschancen, ein hohes Lohnniveau, stabile politische Verhältnisse und Religionsfreiheit als Pull-Faktoren. Herfried Münkler, langjähriger Professor für politische Theorie an der Humboldt-Universität zu Berlin und Gastbeiträger für die NZZ (Neue Zürcher Zeitung) hat die Relevanz von Migrationen

folgendermaßen auf den Punkt gebracht: „Die Menschheit ist durch Migration zu dem geworden, was sie heute ist.“²

Migrationen korrelieren mit zahlreichen anderen Erscheinungen und Fragestellungen, die positiv (Menschenrechte, Humanitarismus, individuelle Freiheiten, zivilisatorischer Fortschritt), negativ (Islamismus, Fundamentalismus, Terrorismus) bzw. ambivalent (nationale Identität, zusammenwachsendes Europa) bewertet werden.

In aller Kürze lassen sich die Unterschiede bezogen auf die Vergleichsgröße Migration in Polen und in Deutschland in der folgenden Tabelle einander gegenüberstellen:

Tabelle 1
Migration in Polen und in Deutschland seit 1945 bis heute (Stand November 2021)

Deutschland	Polen
Einwanderungsland	Transitland (früher Auswanderungsland)
Migrationswellen bis etwa 2014 – (Heimat)Vertriebene – DDR-Flüchtlinge – Gastarbeiter – Immigranten aus dem ehem. Jugoslawien, Ostblockstaaten (Asylanten) – späte Aussiedler	Einwanderung ist für Polen und andere Staaten des ehemaligen Ostblocks eher etwas Neues , bis 1989 eher etwas Abstraktes Einwanderung nach 1989: (Tschetschenen, Asiaten) Heutzutage: Ukrainer, Belarussen
EU-Osterweiterung	2004 EU-Beitritt: Übernahme europäischer Migrationspolitik
Flüchtlings krise 2015, A. Merkel: „Wir schaffen das!“ Deutschland direkt betroffen	Migrations krise 2015 Phantom diskurs
	Ab September 2021: einzelne Migrantengruppen an der Ostgrenze der EU zu Belarus Seit November 2021: „humanitäre Krise“ an der Ostgrenze der EU zu Belarus

In Bezug auf Deutschland lässt sich festhalten, dass Deutschland (genauer: Westdeutschland) seit 1945 ein Einwanderungsland für viele ist. Deshalb ist dort der Migrationsdiskurs stets präsent. Es gab mehrere Migrationswellen (Vertriebene, Gastarbeiter, späte Aussiedler). Den Höhepunkt stellt das Jahr 2015 mit der sog. Flüchtlingskrise dar³. Vergleicht man die Lage mit Polen, muss Folgendes konstatiert werden: Polen war im Unterschied zu Deutschland über Jahrzehnte eher ein Auswanderungsland bzw. ein Transitland (für potenzielle Migranten). Manche Forscher bezeichnen die europäische Flüchtlingskrise 2015 mittlerweile auch als Geburtsstunde des Migrationsdiskurses (im Sinne des Einwanderungsdiskurses) in Polen. Anzumerken ist jedoch, dass 2015 der Diskurs über die Migrationskrise zwar in allen öffentlichen Medien in Polen geführt wurde; die in diesem Diskurs gemeinten Migrant*innen aber blieben außen vor, d.h. sie kamen gar nicht nach Polen ins Land. Polen

² Vgl. Münkler, H. (2015, 5. September). *Die Geschichte menschlicher Wanderungsbewegungen*. NZZ. <https://www.nzz.ch/feuilleton/ein-blick-in-die-geschichte-menschlicherwanderungsbewegungen-1.18607660>.

³ Es wird hier auf eine ausführlichere Schilderung der Lage in Deutschland mit Absicht verzichtet. Bisher wurde sie in vielen Publikationen thematisiert. Genaueres zur Einwanderung in Deutschland nach 1945 aus einer diskursgeschichtlichen Perspektive vgl. exemplarisch Niehr 2020.

hat sie nicht aufnehmen wollen. Eine Ausnahme stellten Migrantinnen und Migranten aus den Nachbarstaaten, vor allem aus der Ukraine dar. Davor, und zwar unmittelbar nach 1989, waren es Asiaten, hauptsächlich Vietnamesen, aber auch Tschetschenen, die nach Polen einwanderten. Aktuell (November 2021) befindet sich Polen in einer schwierigen Auseinandersetzung wegen illegaler Grenzübertritte und forcierter Migration (mit Migrant*innen) an der Grenze zu Belarus.

Laut Berichten der OECD und den Angaben von Eurostat gehört Polen derzeit jedenfalls zu den Ländern, die die meisten Ausländer aufnehmen. „Die meisten erstmals erteilten Aufenthaltstitel wurden in Polen, Deutschland und dem Vereinigten Königreich registriert“, heißt es in einer Pressemitteilung vom 29.10.2019 in Bezug auf das Jahr 2018⁴. Zwanzig Prozent aller 2018 in der EU erteilten Aufenthaltstitel wurden in Polen ausgestellt (zum Vergleich: in Deutschland waren es 17%, in Großbritannien 14%). Des Weiteren gibt Eurostat an: „Im Jahr 2018 erhielten Staatsangehörige der Ukraine (527 000 Personen, davon fast 78% in Polen) weiterhin die meisten Aufenthaltstitel in der EU, vor Staatsangehörigen Chinas (206 000, davon fast die Hälfte im Vereinigten Königreich), Indiens (197 000, davon 38% im Vereinigten Königreich), Syriens (174 000, davon 71% in Deutschland), Belarus (138 000, davon 92% in Polen)“⁵. Obwohl Polen am Relocation-Programm nicht teilnahm, hat es in der Tat viele Migrant*innen (meistens Wirtschaftsmigrant*innen) aufgenommen, was die statistischen Daten auch bestätigen. Es war und ist also keineswegs so, dass Polen als Land jede Einwanderung ablehnt. Auf der anderen Seite ist bereits aus den wenigen statischen Daten erkennbar, dass Polen hauptsächlich Menschen aus den direkten Nachbarländern aufnimmt, für Migrant*innen aus Konfliktgebieten wie dem Nahen Osten seine Türen aber, aus welchem Grund auch immer, nur einen Spalt breit öffnet und ihnen „vor Ort“, d. h. direkt in den Herkunfts- bzw. Erstaufnahmeländern, helfen will.

3. Migrationsdiskurs – Migrationsdiskurse!

Vorab ist mit Thomas Niehr (2020: 225) zu betonen, dass es *den* Migrationsdiskurs nicht gibt. Derartiges zu behaupten, wäre eine unzulässige Vereinfachung. Migration ist ein globales Phänomen. Daraus resultiert, dass auch der Migrationsdiskurs ein globaler Diskurs ist, d.h. er wird global geführt, hat allerdings nationale und möglicherweise auch regionale Ausprägungen, die sich aufgrund der spezifischen historischen, sozioökonomischen wie nationalen und kulturellen Gegebenheiten (der sozialen Kontexte, vgl. van Dijk 2001: 28) voneinander unterscheiden. Die nationalen Migrationsdiskurse verbindet indessen ein gemeinsames Thema: Migration, genauer Einwanderungsprozesse mit thematisch abgrenzbaren Teildiskursen. Der Diskurs hat auch in jedem Land dieselben Protagonisten: es sind die Migrant*innen, die symbolischen Eliten und die Staatsbürger.

⁴ Der Trend ist seit 2014 steigend, vgl. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/MIGR_RES-FIRST__custom_333053/default/table?lang=de; <https://polenjournal.de/politik/2412-eurostat-polen-hat-mehr-einwanderer-aufgenommen-als-deutschland>, abgerufen am 20.11.2021.

⁵ Alle Daten wurden dem Bulletin https://ec.europa.eu/eurostat/documents/portlet_file_entry/2995521/3-25102019-AP-DE.pdf/ba480e04-734b-5e00-e514-2a9e18c38107 entnommen, abgerufen am 20.11.2021.

Im Weiteren handelt es sich um öffentlich und medial geführte Diskurse zum Thema pro und contra Einwanderung in Polen und in Deutschland. Noch bis vor Kurzem war die jeweils andere (d.h. gegenteilige) Relevanz des Migrationsdiskurses in beiden Ländern ein wichtiger Unterschied. Verglichen mit Polen war sie in Deutschland hoch. In Polen waren Migrantinnen und Migranten bis 2015 kein sozial relevantes Problem (vgl. Bielecka-Prus 2018: 9). Die nachstehende Tabelle veranschaulicht die eher nur exemplarisch aufgeführten und mit Fettdruck markierten (teil)diskursrelevanten Schlagwörter⁶, die Unterschiede zwischen Polen und Deutschland in der Problemwahrnehmung und Gewichtung der Inhalte in den nationalen (Teil-)Diskursen signalisieren.

Tabelle 2
Vergleichsgröße Migrationsdiskurs in Polen und in Deutschland

	Deutschland	Polen
Bezeichnung	Einwanderungsdiskurs	<i>dyskurs emigracyjny</i> , seit 2015 <i>dyskurs imigracyjny</i>
Ursache	Einwanderungsland	Auswanderungsland Transitland
Akteure	symbolische Eliten	symbolische Eliten
Thema	in erster Linie Fragen der Einwanderung, d.h. der Sozialintegration in der Aufnahmegesellschaft Assimilation, Integration, Inklusion, Multikulturalität, 2015 Willkommenskultur, humanitäre Krise Aktuell: erneut Auseinandersetzungen um z.B. Bezeichnungen für Immigranten	bis 1989 Fragen der Auswanderung 1989 – 2004 Einwanderung (Asiaten) 2004 – Auswanderung (Polens EU-Beitritt) 2015 – relokacja [Relocation- System der EU] Ende 2021 Krise an der Ostgrenze der EU zu Belarus: kryzys humanitarny [humanitäre Krise]
Relevanz	hoch	bis 2015 niedrig, Ende 2021 hoch
Medialität	alle Medien	alle Medien
Ort	öffentlich	öffentlich
Zeit	1945 – heute	bis 2015 kaum präsent, seit Ende 2021 ständig präsent

Jeder dieser nationalen Diskurse hat seine Funktion(en) und Eigenart. Nehmen wir als Beispiel die Ereignisse des Jahres 2015, die als Krise bezeichnet wurden: In beiden Ländern gab es eine lebhaft öffentliche Debatte: Während in Deutschland von *Flüchtlingskrise* gesprochen wurde, war in Polen von *Migrationskrise* die Rede. Ein Schlagwort im betreffenden Aussagenfeld war im Jahre 2015 in Deutschland das Wort *Willkommenskultur*, das internationale Karriere gemacht hat. In Polen diskutierte man angeregt über das sog. Relocation-Programm der EU. Im Grunde genommen ging es dabei aber auch um politische Ziele, denn es war gerade Wahlkampfzeit. 2015 fanden in Polen zwei große Wahlen statt, im Mai wurde der Staatspräsident und im September das Parlament gewählt. Die Eigenart des deutschen Migrationsdiskurses 2015 bestand darin, dass die öffentliche mediale Debatte

⁶ In Bezug auf den bundesdeutschen Migrationsdiskurs vgl. Niehr 2020.

te als Unterstützung der Politik der Bundesregierung diene. In Polen zeichnete sich eine starke Politisierung des Diskurses ab, die mit einer starken Polarisierung der Gesellschaft einherging⁷.

4. Der (Migrations-)Diskurs im interlinguistischen und interdiskursiven Vergleich

Das Ziel der folgenden Ausführungen besteht darin, das Prinzip der interlinguistischen und interdiskursiven Kontrastivität auf die Untersuchungen des Migrationsdiskurses in Polen und in Deutschland bzw. deutschsprachigen Ländern zu beziehen. Will man jedoch zwei wissenschaftliche Schreibkulturen vergleichen, stellen sich Fragen ein, die auf deren Ursprung, Tradition, Eigenart, Methodologie und Ergebnisse (als Fachliteratur zugänglich) rekurren. Schon vorhandene analoge Studien, Analysen und einschlägige Veröffentlichungen sind als Untersuchungskorpus anzusehen.

Eine holistische interlinguistische Perspektive des angestrebten Vergleichs lässt folgende allgemeine Schlüsse zu: In Deutschland ist die **Diskurslinguistik** eine eigenständige Subdisziplin der Sprachwissenschaft. Ingo Warnke zufolge gilt ihre theoretische Fundierung als gefestigt: „Diskurslinguistik nach Foucault kann sich [...] nie auf singuläre Kommunikationsformen beziehen, sondern immer auf eine Pluralität von Äußerungen, die dann in ihrer intertextuellen Vernetzung sprachwissenschaftliche Aufmerksamkeit erfahren. Diskurslinguistik nach Foucault ist damit eine Linguistik des unpräzisen Gegenstandes.“ (Warnke 2007: 18)⁸

Innerhalb der Polonistik war noch bis vor kurzem eher von **Diskursforschung** die Rede. Die Diskursforschung wurde als Ansatz, Herangehensweise bzw. Methode betrachtet (vgl. Czachur 2020b). Eine Zeit lang sprachen in Polen vor allem Fremdphilologen von der Diskurslinguistik (vgl. Czachur 2011, 2020a, b). Inzwischen kommt diese Bezeichnung, im Sinne einer Subdisziplin der Sprachwissenschaft, auch in polonistischen Arbeiten vor (vgl. stellvertretend, Witosz 2016, Loewe 2020).

Heutzutage lassen sich in beiden Forschungsräumen zwei Forschungsperspektiven unterscheiden, die man als Kritische Diskursanalyse (KDA) und Linguistische Diskursanalyse (LDA) bezeichnen kann. Die KDA basiert in Polen eher auf angelsächsischen Traditionen (Duszak 1998, Duszak/Fairclough 2008, vgl. auch Jabłońska 2006, Biskupska 2014, Grzymała-Kazłowska 2004). Viele Studien werden in englischer Sprache publiziert.

In der germanistischen Tradition ist in diesem Kontext sogar von „Schulen“ die Rede. Die sog. Düsseldorfer Schule – eine Gruppe von Wissenschaftler*innen um Georg Stötzel: Karin Böke, Thomas Niehr, Martin Wengeler, Matthias Jung – hat ihre Forschung auf verschiedene Diskurse, darunter den Migrationsdiskurs fokussiert. 2005 wurde ein Sammelband veröffentlicht, das alle bis dahin veröffentlichten Diskursanalysen gebündelt vorstellt

⁷ Mehr zu sprachlichen Besonderheiten der beiden Diskurse aus kontrastiver Perspektive vgl. z.B. Smykała 2018; Czachur, Smykała 2020).

⁸ Vgl. zur Einführung in die linguistische Diskursanalyse Spitzmüller, Warnke (2011) und Niehr (2014). Diskussionen zur linguistischen Diskursanalyse dokumentieren die Sammelbände herausgegeben von Warnke (2007), Warnke, Spitzmüller (2008), Busse, Teubert (2013) und Warnke (2018).

(Wengeler 2005: *Sprachgeschichte als Zeitgeschichte*). In den Jahren 1994–1999 arbeiteten die genannten Forscher*innen an einem sprachwissenschaftlichen Projekt zum Thema „Die Einwanderungsdiskussion im öffentlichen Sprachgebrauch seit 1945“. Die Ergebnisse sind in zahlreichen Publikationen über den Migrationsdiskurs zugänglich. Die Düsseldorfer Forschergruppe betreibt Diskursanalyse, die sie als Diskursgeschichte versteht (vgl. Niehr, Böke 2004: 349). Die theoretischen Grundlagen ihrer Arbeit bilden Ansätze von Dietrich Busse, Wolfgang Teubert und Fritz Hermanns (Stichwort: Historische Semantik bzw. Mentalitätsgeschichte). Es geht um Analysen der historischen Entwicklungen wichtiger Diskussionsfelder in der BRD bzw. in deutschsprachigen Ländern aus der Perspektive der Linguistik (ebenda: 326). Die diskursgeschichtlichen Untersuchungen beziehen sich auf den öffentlichen Sprachgebrauch (zumeist Medientexte) und gesellschaftlich relevante Themen. Sie erfolgen unter Berücksichtigung soziohistorischer Gegebenheiten und umfassen meistens längere Zeitabschnitte (z.B. einige Jahrzehnte). Die Zielsetzung lässt sich mit Thomas Niehr und Karin Böke (2004) folgendermaßen charakterisieren: Die Analysen geben über den Wandel der im Diskurs vertretenen Positionen Aufschluss und diese sind „ein wichtiges Indiz für die Veränderung kollektiver Denkweisen“ (ebenda: 328). Die Düsseldorfer Schule strebt keine kritische Position an und versteht sich als deskriptive Linguistik. Ihre Beiträge „gehören zu einer pragmatisch orientierten Sprachgeschichte, die die Verflochtenheit von gesellschaftlichem Wandel und Sprachwandel-Phänomen darstellen möchte“ (ebenda: 348). Der Migrationsdiskurs in Deutschland wurde hauptsächlich von Vertretern eben dieser Schule analysiert, deswegen wird im Weiteren v.a. auf diese Ergebnisse fokussiert.

Diskursanalysen sind durchaus interdisziplinäre Forschungsvorhaben. Die Soziologie, Politikwissenschaften, Geschichtswissenschaften wie auch die Sprachwissenschaft erforschen Diskurse anhand bestimmter Textkorpora. Dies geschieht in allen hier in Betracht kommenden Forschungsräumen. Es werden auch internationale Teams gebildet, die gemeinsam forschen (z.B. Wodak, Krzyżanowski). Gemessen an der Anzahl einschlägiger Veröffentlichungen und der oben skizzierten Intensität der wissenschaftlichen Auseinandersetzung kann allerdings geschlussfolgert werden, dass die sprachlichen Aspekte des Migrationsdiskurses in den deutschsprachigen Ländern intensiver als in Polen untersucht werden. „Insbesondere ab den 1990er Jahren haben sich Linguist*innen detailliert mit unterschiedlichen sprachlichen Erscheinungen des Migrationsdiskurses beschäftigt (vgl. etwa die Sammelbände Jung/Niehr/Böke 2000; Jung/Wengeler/Böke 1997; Niehr/Böke 2000 und die Überblicksdarstellungen bei Becker 2015 sowie bei Niehr/Böke 2010). Auch zahlreiche Arbeiten der sogenannten kritischen Diskursanalyse [...] nehmen Bezug auf den Migrationsdiskurs verschiedener europäischer Länder.“ (Niehr 2020: 225). Daher scheint es durchaus begründet, mit Niehr (ebenda) zu behaupten: „Der Migrationsdiskurs der Bundesrepublik Deutschland darf als einer der am gründlichsten erforschten öffentlichen Diskurse gelten, die seit der Nachkriegszeit in der Bundesrepublik Deutschland geführt wurden.“

Die nachstehende Tabelle fasst die oben angesprochenen Ländermerkmale und Unterschiede zusammen.

Tabelle 3

Vergleichsgröße Forschung zum Migrationsdiskurs in Polen und in Deutschland

	Deutschland	Polen
Status	Diskurslinguistik = eigenständige Subdisziplin*	Noch unlängst: Diskursforschung = Ansatz, Methode
Untersuchungs- perspektiven	KDA, LDA – zahlreiche Publikationen, in denen sowohl das Instrumentarium der KDA als auch LDA beansprucht wird; – unterschiedliche sprachliche Erschei- nungen des Migrationsdiskurses seit Jahrzehnten eingehend untersucht.	KDA, LDA – in Arbeiten zum Migrationsdiskurs (wird) v.a. das Instrumentarium der KDA in Anspruch genommen; – soziolinguistische, soziologische, poli- tolinguistische Arbeiten; – einzelne linguistische Beiträge, die die Sprache des Migrationsdiskurses als eigentliches Untersuchungsziel de- klarieren
Interdisziplinäre Ausrichtung	Linguistik (implizite) Sprachkritik Soziolinguistik Politolinguistik Erziehungswissenschaften u.a.	Soziolinguistik Politolinguistik Linguistik
relevante Untersu- chungskategorien und -bereiche	Analyse von Begriffen, Schlüsselwör- tern (historische Semantik und Begrif- fsgeschichte), Argumentationsgeschich- te (Topoi)	(sprachliches/diskursives) Weltbild, Ge- sichtspunkt, Bild von ..., Konzeptua- lisierung, Profilierung, Konstituierung von ...

Im Rahmen eines interdiskursiven Vergleichs ist also festzustellen, dass die linguistische Perspektive innerhalb der polnischen Forschung zum Migrationsdiskurs nur in Ansätzen vorhanden ist. Erst seit Kurzem setzen sich polnische Linguisten (meistens Fremdphilologen) mit diesem Thema auseinander. Die Einwanderung als solche wird natürlich untersucht, aber, wie bereits erwähnt, ist der Migrationsdiskurs in Polen ein Untersuchungsgegenstand von Soziologen bzw. Politologen und nicht von Sprachwissenschaftlern. In Deutschland ist die Forschungslage ausgesprochen anders, die linguistische Erforschung dieses Diskurses konzentriert sich vor allem auf drei Analyseebenen: Lexik (Wortgebrauch, zentrale Begriffe, Fahnen- und Stigmawörter, politische Leitvokabeln, Schlüsselwörter), Metaphorik (Metaphernnetzwerke, Metaphernbereiche, -konzepte), Argumentation (Argumente, Argumentationsmuster, kontextspezifische Topoi).

Die lexikalischen Analysen geben über die Vielfalt, Konkurrenz und den Wandel diskursrelevanter Wörter Aufschluss. Im Rahmen der durch die Düsseldorfer Gruppe bis dato angestellten Analysen wurden sehr ausführlich Kollektivbezeichnungen für Immigranten (*Flüchtlinge, Gastarbeiter, Vertriebene, Ausländer, Asylanten, Einwanderer, Zuwanderer* u.a.) beschrieben, die in verschiedenen Phasen/Zeiten, Kontexten, Ländern verwendet wurden⁹. Diese Bezeichnungen dienen zum Ausdruck bestimmter Perspektivierungen und Einstellungen den Bezeichneten gegenüber und sind Ausgangspunkt für öffentlich geführte Diskussionen um angemessene Bezeichnungen der Einwanderer (vgl. z.B. *Fremdarbeiter* vs. *Gastarbeiter; Vertriebene(r)* vs. *Um-, Über-, Aussiedler; Geflüchtete(r)* vs. *Flüchtling(e)* in Niehr 2020: 226.). Es ist sogar ein diskurshistorisches *Wörterbuch zur Einwanderung seit*

⁹ Genauer hierzu Jung, Wengeler & Böke 1997, Niehr 2004.

1945 (Jung, Niehr, Böke 2000) entstanden, in dem an 4000 Belegen aus der westdeutschen Presse die sprachlichen Facetten des Migrationsdiskurses der vergangenen 50 Jahre dargestellt werden. Sprachliche Befunde sind darin im Kontext relevanter zeitgeschichtlicher Ereignisse präsentiert. Bezug genommen wird nicht nur auf Kollektivbezeichnungen von Migrant*innen, sondern auch auf verschiedene Formen ihrer Anpassung an die deutsche Gesellschaft. Eingegangen wird ferner auf die sprachliche Abgrenzung der Einheimischen (Deutschen) gegenüber den Einwanderern und auf die entstehende Einwanderungsgesellschaft. Ein eigenes Kapitel ist der Metaphorik des deutschen Migrationsdiskurses gewidmet.

Die Analyse von Metaphern und metaphorischen Ausdrücken (vgl. die zweite oben anvisierte linguistische Analyseebene) lässt Schlüsse über die Denkweisen bzw. Denkgewohnheiten einer Sprachgemeinschaft zu. Im Analyseverfahren erfolgt eine Kategorisierung von Metaphern nach ihren semantischen, konzeptionellen und pragmatischen Merkmalen. Untersucht werden auch die Häufigkeit des Vorkommens einzelner Ausdrücke und Metaphernbereiche, ihre qualitativen und quantitativen Veränderungen. Anhand von quantitativen Untersuchungen werden bestimmte dominante Typen von Metaphern ermittelt. Betont wird die interpretative und wirklichkeitskonstituierende Leistung von Metaphern. Sie dienen einer Vereinfachung, Veranschaulichung oder Analogisierung in Bezug auf einen Referenten, zugleich aber auch einer Dramatisierung, Über- und Untertreibung; und sie zeichnen sich durch evaluative Konnotationen aus. Metaphern werden auch als implizite Schlussregeln betrachtet (Pielenz 1993 in Niehr, Böke 2004: 331); und in diesem Sinne dienen sie der Argumentation. Ausführliche Analysen der Metaphorik im Migrationsdiskurs hat Böke in zahlreichen Publikationen präsentiert (exemplarisch 1997), in denen sie qualitative und quantitative Veränderungen im Metapherngebrauch darlegt. Laut ihren Ergebnissen dienen Metaphern v. a. der Dramatisierung und Steigerung negativer Konnotationen im deutschen Migrationsdiskurs. In den 1980er Jahren erschienen die Zuwanderer durch ihren Einsatz als Bedrohung und Gefahr für Deutschland (vgl. Niehr, Böke 2004: 344). Durch ihre Verwendung erfolgt auch eine Dehumanisierung der Migrant*innen.

Auf die dritte linguistische Analyseebene – die Analyse von Argumentationen, wird im Weiteren näher eingegangen. An dieser Stelle sei nur darauf hingewiesen, dass die in den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts und Anfang des 21. Jahrhunderts intensiv betriebenen Untersuchungen des Migrationsdiskurses in Deutschland davon zeugen, dass die Einstellungen der westdeutschen Gesellschaft gegenüber den Einwanderern bestimmt nicht homogen waren und Schwankungen unterlagen. Anhand topischer Analysen von Wengeler (1997, 2003) lässt sich beobachten, dass der Nutzen- und der Gefahren-Topos dominante Topoi waren, gefolgt vom Humanitäts-Topos. Seit den 80er Jahren wurde Immigration als Problem, Belastung und Gefahr dargestellt (vgl. Niehr, Böke 2004: 343). Im Jahr 2015 scheint die Berichterstattung in deutschen Medien dann eine Umkehrung vorgenommen zu haben (Stichwort: *Willkommenskultur* und Merkels Satz: *Wir schaffen das!*). Symptomatisch für diese Wandlung war die bereits signalisierte Tatsache, dass in Deutschland jene Ereignisse als *Flüchtlingskrise* bezeichnet wurden, in Polen dagegen die Bezeichnung *Migrationskrise* häufiger anzutreffen war¹⁰. Der Humanitäts-Topos trat in deutschen Medien in den Vordergrund. Seit jenen Ereignissen änderten sich auch in Deutschland die

¹⁰ Mehr hierzu: Smykała 2016.

soziohistorischen Gegebenheiten. Die rechte politische Szene (AfD) ist stärker geworden. Der öffentlich geführte Migrationsdiskurs hat sich polarisiert (ähnlich wie in Polen bereits 2015). Zeitgenössische Analysen des Migrationsdiskurses in Deutschland betreffen nach wie vor die lexikalische Ebene, z.B. (Kollektiv)Bezeichnungen für die Krise und Migrant*innen (z.B. Frilling 2016, Kreußler, Wengeler 2017, Wößner 2017) und Schlagwörter (Rada 2016), kontroverse, meist stigmatisierende Ausdrücke (Niehr, Reissen-Kosch 2018). In Bezug auf die Metaphorik lässt sich eine Sensibilität der deutschen Gesellschaft gegenüber der Sprache im Migrationsdiskurs feststellen (vgl. Wichmann 2018 und Niehr 2020: 228). Ausführlichere Schilderungen von Forschungsergebnissen der Düsseldorfer Schule zum deutschsprachigen Migrationsdiskurs sind u. a. in Niehr, Böke 2004 und in Niehr 2020 zu finden. In Wengeler 2015 und 2017 kann über den Beitrag der Argumentationsanalyse zur Diskurslinguistik nachgelesen werden.

Der Migrationsdiskurs wird in Polen hauptsächlich von Soziologen untersucht (stellvertretend: Grzymała-Kazłowska 2007, Bielecka-Prus 2008, Krzyżanowski 2017, Krzyżanowska/Krzyżanowski 2018, Kotras 2016 u. a.). Es gibt nur einzelne linguistische Beiträge, die die sprachliche Verfasstheit des Migrationsdiskurses zum eigentlichen Untersuchungsgegenstand erheben (Jakosz 2018, 2019, Wowro, Jakosz, Koziół 2018, Smykała 2018, 2020, Dargiewicz 2020, Suchorab 2020)¹¹ bzw. den Diskurs aus politolinguistischer Perspektive (Łotocki 2019) in den Blick nehmen. Viele der erwähnten Forscher*innen sind polnische Germanist*innen, die hauptsächlich den deutschen Migrationsdiskurs untersuchen.

5. Interlinguistische Kontrastivität am Beispiel der Topos-Kategorie¹²

Nicht nur aus Platzgründen wäre ein ganzheitlicher Vergleich der polnischen und deutschen Forschung zum Migrationsdiskurs kaum machbar. Deswegen wird im Folgenden nur auf eine Untersuchungskategorie fokussiert, nämlich auf die Topos-Kategorie.

Etwa Mitte des 20. Jahrhunderts wurde die aristotelische Argumentationslehre innerhalb der modernen Argumentationstheorie wiederentdeckt und zum Teil neu interpretiert (u.a. Arbeiten von Chaim Perelman und Lucie Olbrechts-Tyteca, Manfred Kienpointner, Lothar Bornscheuer). Zunächst konzentrierten sich die Analysen darauf, kontextabstrakte Argumentationsschemata auszusondern. Die germanistische Diskurslinguistik, die auf der Suche nach geeigneten Zugängen zur Erforschung kollektiver Denkweisen und kollektiven Wissens innerhalb kommunikativer Gemeinschaften war, erkannte in den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts in Topoi ein geeignetes Instrument für derartige Analysen und hat den Begriff *Topos* entsprechend operationalisiert.

¹¹ Die genannten Forscher*innen sind Fremdphilologen und keine Polonisten. Ihre Arbeiten sind oft kontrastiv ausgerichtet bzw. beziehen sich auf einen fremdsprachigen Migrationsdiskurs (vgl. z.B. Veröffentlichungen von Anna Bączkowska, die den Migrationsdiskurs in der britischen Presse kritisch analysiert).

¹² In den Ausführungen in diesem und im nächsten Kapitel stütze ich mich teilweise auf meine Überlegungen zur Topos-Kategorie in der polonistischen und germanistischen sprachwissenschaftlichen Migrationsforschung (vgl. Smykała 2021).

5.1. Topos in der deutschen Forschung zum Migrationsdiskurs – aus Sicht der linguistischen Diskursanalyse

Trotz einer langen Tradition sind Topoi auch heutzutage alles andere als eine klar definierte Kategorie. David Römer konstatiert, dass im Rahmen der Diskursanalyse:

unter Topoi so verschiedene Dinge verstanden werden wie deduktive oder nicht-deduktive Schlussverfahren, Fundorte für Argumente, Heuristiken/Suchformeln für das Auffinden von Argumenten, Prämissen, wissenschaftliche, dialektische und/oder rhetorische Syllogismen, allgemein anerkannte Meinungen, Schlussregeln/Beweisformeln im Sinne Toulmins, allgemeine/besondere bzw. formale/materiale oder kontextabstrakte/kontextspezifische Argumentationen, Argumente, aber auch Argumentationsmuster, die zwingend notwendig oder auch nur überzeugend sind. (Römer 2018: 120)

Martin Wengeler ist derjenige, der den Topos-Begriff für die linguistische Diskursanalyse appropriiert hat, wobei gleich anzumerken ist, dass er Schlussregeln, Argumentationsmuster bzw. Topoi in einem Atemzug nennt und in seinen Ausführungen, die auch online präsent sind¹³, abwechselnd, d.h. synonym und undifferenziert verwendet.

Bei der Untersuchung der Argumentationsmuster in Presstexten der bundesdeutschen Einwanderungsdebatte in den Jahren 1960 bis 1985 geht es ihm darum, herauszufinden, wie die Gesellschaft zur Einwanderung steht, wie die Menschen mit ihr umgehen und wie die Einwanderung medial dargestellt wird. Gesucht wird nach den dominierenden Denk- und Redefiguren, die Ausdruck der (kollektiven) Wahrnehmung und Kategorisierung sind und die Wirklichkeitskonstruktion zu diesem Thema steuern. Einzelne inhaltlich voll entwickelte Argumente zu vergleichen, wäre kaum machbar, daher werden Topoi untersucht, die Wengeler als „das allgemeine formale Muster oder Schema eines Argumentationsschrittes“ (Wengeler 1999: 37) versteht. Seinen Topos-Begriff entwickelt der Autor unter Bezugnahme auf Werke von Bornscheuer (1976), Kienpointner (1992), Josef Kopperschmidt (2006), Stephen Toulmin (1958) u.a. Insgesamt hat Wengeler über 2000 Artikel aus der deutschsprachigen Presse der 1960er, 70er und 80er Jahre ausgewertet und mehrere Topoi ermittelt, die er in Form von Kausalsätzen in eine Ordnung bringt. Als Beispiel dafür, wie Wengeler den Topos-Begriff operationalisiert, seien hier einige Beispiele angeführt. Er formuliert sie als kausale Nebensätze, in denen Prämissen und Konklusion genannt werden, z.B.:

Der Ausbeutungs-Topos

Weil durch bestimmte Handlungen Menschen ausgenutzt und ausgebeutet werden, sollten diese Handlungen unterbunden/verhindert werden. (Wengeler 2003: 302).

Der Belastungs-Topos

Weil eine Person/eine Institution/ein Land mit bestimmten Problemen stark belastet oder überlastet ist – oder weil eine solche Belastung droht, sollten Handlungen ausgeführt werden, die diese Belastung vermindern bzw. verhindern. (ebenda: 303)

¹³ Vgl. <https://www.phil-fak.uni-duesseldorf.de/germ1/migration/toposdef.html>, abgerufen am 15.11.2021.

Der Gesetzes-Topos

Weil ein Gesetz oder eine anderweitig kodifizierte Norm oder eine gerichtliche Entscheidung eine bestimmte Handlung vorschreibt bzw. nahelegt/verbietet, sollte diese ausgeführt/nicht ausgeführt werden. (ebenda: 309)

Insgesamt hat Wengeler in seinem programmatischen Werk *Topos und Diskurs* (2003) 38 Topoi, darunter 24 inhaltlich zentrale Argumentationsmuster, unterschieden und entsprechend kategorisiert. Aus allen oben angeführten Beispielen lassen sich „Begründungen pro und contra Maßnahmen, Handlungen etc., die dem Prozess der Einwanderung oder den einwandernden bzw. eingewanderten Menschen zugutekommen oder nicht zugutekommen“ schlussfolgern¹⁴. Dies gilt für die meisten der von Wengeler ermittelten Topoi. Diese Eigenschaft des Topos wird in der Fachliteratur als seine Potentialität bezeichnet und bedeutet, dass man aus dem jeweiligen Topos sowohl pro als auch contra Argumente gewinnen kann. Die weiteren Merkmale von Topoi sind ihre Habitualität (sie sind kollektiv verbreitet und abrufbar), Intentionalität (sie lassen sich je nach Intention des Sprechers modifizieren) und Symbolizität (sie können auf unterschiedliche Weise realisiert werden).

Die theoretischen Ausführungen von Wengeler und dessen Vorgängern hat David Römer aufgegriffen und den Topos-Begriff weiterentwickelt. Topos ist ihm zufolge (Römer 2018: 122):

[...] ein auf einen bestimmten Gegenstand oder Diskurs bezogenes gesellschaftliches Denkprinzip (im Sinne eines *Enthymems*), nach dem Argumentationen gebildet werden (können), deren Schlüssigkeit oder Konklusion aus Prämissen folgt, die anerkannte Meinungen (im Sinne der *Endoxa*) sind. Topoi schöpfen demnach aus habituellen Denkweisen und vorherrschenden kollektiven Überzeugungen. Auf dieser Eigenschaft beruht ihr Plausibilitätpotential. Außerhalb seines diskursiven Kontextes ist ein Topos nicht geeignet, plausible Argumentationen zu bilden. Insofern sind Topoi primär als inhaltlich angereicherte, diskurs- oder kontextspezifische Kategorien zu verstehen. Die Analyse von Topoi in Diskursen kann Aufschluss über typische Denkweisen zur Erreichung von Argumentationszielen und Segmente des argumentativ genutzten, verstehensrelevanten gesellschaftlichen Wissens geben.

Die Kategorie des Topos hat sich in der germanistischen Text- und Diskurslinguistik als sehr effizient erwiesen. Sie ist theoretisch wie praktisch sehr gründlich ausgearbeitet worden. Die LDA nutzt Topoi zur Analyse der Argumentation in Texten und Diskursen und operationalisiert sie meistens in Anlehnung an Toulmin als Schlussregel bzw. Stützung der Schlussregel in argumentativen Schlüssen; oder sie nimmt Bezug auf Aristoteles, Olbrechts-Tyteca, Kienpointner und versteht darunter Argumentationsmuster oder allgemeine normative Prämissen von Argumentation. Außer Wengeler sind in diesem Kontext die Analysen von Josef Klein (1995, 2000), Römer (2017) bzw. die topische Analyse der Bioethikdebatte

¹⁴ Vgl. <https://www.phil-fak.uni-duesseldorf.de/germ1/migration/toposdef.html>, abgerufen am 15.11.2021, bzw. Wengeler 2003: 300 ff.

in der BRD 1998–2002 von Constanze Spieß (2011) zu nennen. Spieß integrierte die Analyse von Topoi in ein Mehrebenenmodell der Analyse von diskursiven Handlungsstrategien und zeigte, dass die Topoi zum Vollzug dieser Strategien dienen sowie das verstehensrelevante Wissen strukturieren. Die Kategorie des Topos diente auch Alexander Ziem für die Entwicklung der Analyse von Wissensrahmen als kognitionslinguistischer Methode zur Untersuchung von Diskursen (Ziem 2005). Hervorzuheben ist, dass die erwähnten Forscher*innen die Topos-Analyse als eine diskurslinguistische Methode begreifen, die neben weiteren anderen zu verwenden ist.

5.2. Topos in der deutschen Forschung zum Migrationsdiskurs – aus Sicht der kritischen Diskursanalyse

Parallel zu den Arbeiten der Düsseldorfer Schule (Stichwort: Historische Semantik) wurde von Ruth Wodak und Martin Reisigl der sog. diskurshistorische Ansatz der Kritischen Diskursanalyse entwickelt. Untersucht wurde die diskursive Konstruktion von Antisemitismus, Rassismus, der nationalen Identität und andere mehr. Vor dem Hintergrund von fünf diskursiven Strategien, die im Rahmen des Ansatzes analysiert werden, verwendet man die Kategorie der argumentativen Topoi und der sog. Trugschlüsse für die Analyse der argumentativen Strategien, die insbesondere in Diskursen dazu dienen, die positive oder negative Zuschreibung von Eigenschaften zu rechtfertigen. „Dabei werden Kataloge der [oben genannten, bereichsspezifischen] Topoi auf der Basis empirischer Daten unterschiedlicher Genres analysiert und ihre trugschlüssige Anwendung kritisiert“ (Kienpointner 2017: 201). In Bezug auf den Einwanderungsdiskurs wurde ein Katalog folgender Topoi aufgestellt:

List of Prevailing Topoi in Immigration Discourse (vgl. Richardson/Wodak 2009: 49)

1 – Usefulness, advantage	9 – Economy
2 – Uselessness, disadvantage	10 – Reality
3 – Definition	11 – Numbers
4 – Danger and threat	12 – Law and right
5 – Humanitarianism	13 – History
6 – Justice	14 – Culture
7 – Responsibility	15 – Abuse
8 – Burdening	

Den Topos selbst definieren Reisigl und Wodak (2001) wie folgt:

parts of argumentation which belong to the obligatory, either explicit or inferable premises. *Topoi* are the content-related warrants or ‘conclusion rules’ which connect the argument or arguments with the conclusion or the central claim. As such they justify the transition from the argument or arguments to the conclusion. Less formally, *topoi* can be described as reservoirs of generalised key ideas from which specific statements or arguments can be generated (Ivie, 1980, cited in Richardson, 2004: 230). As such, *topoi* are central to the analysis of seemin-

gly convincing fallacious arguments which are widely adopted in prejudiced and discriminatory discourses (Kienpointner 1996: 562).

(Richardson/Wodak 2009: 48)¹⁵

Die diskurskritischen Analysen waren weniger als die Untersuchungen der Düsseldorfer Schule auf den deutschen Migrationsdiskurs fokussiert. Auch die theoretischen Grundlagen ihrer Forschungen (v.a. in Bezug auf die Konzeptualisierung und Operationalisierung der Topos-Kategorie) wurden kritisiert (vgl. dazu Žagar 2010).

Resümierend kann jedoch festgestellt werden, dass der Topos eine effiziente und theoretisch fundierte Untersuchungskategorie in der germanistischen Text- und Diskurslinguistik darstellt. Darüber hinaus findet das Konzept auch in der germanistischen Rhetorik, Argumentationstheorie und Literaturwissenschaft sowie in der Kulturtheorie, den Rechtswissenschaften, der Soziologie und Politologie Anwendung. Die linguistische Argumentationsanalyse versteht Topos heutzutage als „eine inhaltlich-thematisch spezifizierte Schlussregel, die diversen, unterschiedlich formulierten argumentativen Schlüssen zugrunde liegt und für, aber auch gegen eine These eingesetzt werden kann“ (Schröter 2021: 99).

5.3. Topos in der polnischen Forschung zum Migrationsdiskurs. Perspektive der kritischen Diskursanalyse

Auch in Polen kam es zur Wiederentdeckung und Reinterpretation der aristotelischen Argumentationslehre, in erster Linie geschah das innerhalb der modernen Rhetorik (vgl. Bogdanowska 2008). Allerdings sind mir keine polonistischen Analysen dieses Konzepts mit sprachwissenschaftlicher Fokussierung bekannt¹⁶. Auch das 2001 u. 2011 erschienene Wörterbuch der modernen Argumentationskunst (*Słownik terminologiczny sztuki argumentacji*) von Krzysztof Szymanek enthält das Stichwort *topos* nicht. Der Topos findet in der Polonistik vor allem in der Literaturwissenschaft Anwendung (unter Bezugnahme auf Curtius, Lausberg, Emmrich). Innerhalb der in Polen betriebenen Diskurslinguistik ist der Begriff in kontrastiv angelegten sprachwissenschaftlichen Arbeiten (stellvertretend Miller 2014; Opiłowski, Opiłowska 2020) oder in soziologischen und politologischen Arbeiten, die dem

¹⁵ „Teile der Argumentation, die zu den obligatorischen, entweder expliziten oder ableitbaren Prämissen gehören. Topoi sind die inhaltlichen warrants oder ‚Schlussregeln‘, die das Argument oder die Argumente mit dem Schluss oder der zentralen Aussage verbinden. Als solche rechtfertigen sie den Übergang vom Argument oder den Argumenten zur Schlussfolgerung. Weniger formell lassen sich Topoi als Fundorte für verallgemeinerte Schlüsselideen beschreiben, aus denen spezifische Aussagen oder Argumente generiert werden können (Ivie, 1980, zitiert in Richardson, 2004: 230). Topoi sind daher von zentraler Bedeutung für die Analyse scheinbar überzeugender Trugschlüsse, die in vorurteilsbehafteten und diskriminierenden Diskursen weit verbreitet sind (Kienpointner 1996: 562).“ (Reisigl, Wodak 2001 in Richardson, Wodak 2009: 48) – übers. M. S.

¹⁶ Eine Ausnahme stellt in dieser Hinsicht die Publikation von Piotr H. Lewiński über die rhetorische Argumentation in der Alltagskommunikation dar, deren Lektüre es erlaubt, das Wesen von Topoi ‚zwischen den Zeilen‘ aufzuspüren: nämlich dass sie als Äquivalente von Oberprämissen in Syllogismen aufzufassen sind. Sie haben die Form von formalen Strukturen, rechtlichen Normen, Religionen, Ideologien bzw. kulturell bedingten Präferenzregeln. Der Autor bezeichnet sie daher als allgemein akzeptierte, kulturell verankerte und stabile Überzeugungen, Bewertungen und Präferenzregeln (vgl. Lewiński 2012: 62, 114, 289).

Paradigma des Diskurshistorischen Ansatzes der KDA verpflichtet sind, zu finden – wobei letztere überwiegen. In meinen weiteren Ausführungen beziehe ich mich auf zwei polnische Werke, in denen die Kategorie des Topos für Analysen des Migrationsdiskurses in Polen verwendet wurde. Es handelt sich um Monographien, die auf Polnisch erschienen sind: *Konstruowanie „innego”. Wizerunki migrantów w Polsce*¹⁷ von Aleksandra Grzymała-Kazłowska (2007), die aus der Perspektive der Soziolinguistik Presstexte und die öffentliche Meinung zum Thema Einwanderung in Polen in den Jahren 1993–2003 untersucht; daneben *Kryzys imigracyjny w Europie w polskim dyskursie publicznym 2015–2018* von Łukasz Łotocki (2019). Łotocki geht es darum, dem öffentlichen Einwanderungsdiskurs in Polen 2015–2018 unter politolinguistischem Vorzeichen auf den Grund zu gehen. Sowohl Grzymała-Kazłowska als auch Łotocki geben an, dass sie in ihren Studien das Instrumentarium der KDA in Anspruch nehmen. Łotocki hebt dabei den diskurshistorischen Ansatz hervor. Seine Monografie ist die bisher einzige umfassende Auseinandersetzung mit dem Diskurs über die Migrationskrise 2015 in Polen. Der Autor untersucht den polnischen öffentlichen (politischen) Migrationsdiskurs in Polen mit linguistischen Methoden (Diskursanalyse, rhetorische Analyse, eristische Analyse) im Hinblick auf die darin verwendeten diskursiven Strategien, die im Rahmen des diskurshistorischen Ansatzes bisher ausgearbeitet wurden – es handelt sich also um die Strategien der Benennung, Prädikation, Argumentation, Rahmung und Intensivierung bzw. Abschwächung¹⁸.

Das Buch von Grzymała-Kazłowska ist 2007 publiziert worden, d.h. noch in der Zeit, in der der Migrationsdiskurs in Polen keine hohe Relevanz hatte und Europa nicht einmal ahnen konnte, was 2015 passiert. Ebenso wenig konnte Polen spekulieren, dass seine Ostgrenze 2021 zu einem Brennpunkt und Raum humanitärer Krise werden würde. Die Autorin strebt an, das diskursive Image/Bild von „Others“ in der Presse zu rekonstruieren. Sie begreift Diskurse als Systeme des Denkens und Sprechens mit ausgeprägten argumentativen Strukturen, in denen bestimmte zentrale stereotype Modelle enthalten sind und auf bestimmte Topoi Bezug genommen wird. Unter den Begriff *Topoi* fallen wiederkehrende Themen oder Bilder, die elementare thematische und stilistische Einheiten darstellen (vgl. Grzymała-Kazłowska 2007: 17):

Von besonderer Bedeutung für die Analyse von Bildern (Image) von Immigranten in der Presse ist die Untersuchung von semantischen Themen und Topoi, d.h. von wiederkehrenden charakteristischen konventionellen Motiven, rhetorischen Schemata und gängigen Urteilen. [...] Eine Schlüsselrolle spielt auch die Analyse der wichtigsten Argumentationsstrukturen, die in Aussagen über Ausländer verwendet werden¹⁹.

¹⁷ Auf Deutsch etwa: Konstruktion des „Anderen“. Bilder von Immigranten in Polen.

¹⁸ Vgl. z.B. Kienpointner 2017: 201, Łotocki 2019: 82 ff.

¹⁹ „W analizie wizerunków imigrantów w prasie szczególne znaczenie ma badanie wątków semantycznych i toposów, czyli powtarzających się charakterystycznych, konwencjonalnych motywów, schematów retorycznych i utartych sądów. [...] kluczową rolę odgrywa też analiza najważniejszych struktur argumentacyjnych używanych w wypowiedziach o obcokrajowcach”.

Für die Analyse der Bewertung der Einwanderung zieht sie die Kategorie der Topoi heran, die sie als Hauptmotive (s. oben) im Argumentieren für oder wider Einwanderung auffasst. Außer Topoi für und gegen Zuzug wird noch eine dritte Klasse der ambivalenten Topoi ermittelt. Innerhalb dieser, die den Zuzug positiv bewertet, werden folgende Topoi in Anschlag gebracht: der Topos vom wirtschaftlichen Nutzen und der wirtschaftlichen Entwicklung, der Solidaritäts-Topos und der Topos der Rückzahlung einer moralischen Schuld, der Topos von Vielfalt als Wert, der Topos der polnischen Gastfreundschaft und Toleranz, der Topos der europäischen Integration, Europäisierung und Modernisierung Polens. Eine negative Bewertung des Zuzugs kommt in folgenden Topoi zum Ausdruck: dem Topos der Verteidigung Polens und Europas gegen den Ansturm aus dem Osten, dem Topos des Terrorismus und der Bedrohung der nationalen Sicherheit, dem Topos der kriminellen Einwanderer, dem Topos der Unterhöhlung von Ordnung und Sicherheit sowie der Illegalität, dem Topos der wirtschaftlichen Kosten und der zunehmenden Arbeitslosigkeit, dem Topos der Kolonisierung Polens, dem Topos von Polen für die Polen. Keine eindeutige Bewertung (Ambivalenz) weist der Topos Polens als Zwischenstation auf (vgl. ebenda: 57 ff.). In ihren weiteren Ausführungen zu den ermittelten Topoi verwendet die Autorin, indem sie entsprechende Passagen aus Presstexten als Belege für ihre Analyse heranzieht, die Wörter *Topos/Topoi* und *Motiv/Motive* synonym. Darüber hinaus ist auch von *Themen, Sprüchen, Überzeugungen* die Rede. Sie selbst schreibt von den „wichtigsten Motive“, die zusammen mit den sie begleitenden rhetorischen Figuren und Argumentationsstrukturen sowie den ihnen zugrunde liegenden ideologischen Überzeugungen aufgezeigt werden sollen (vgl. ebenda: 57). Im zweiten Teil des Buches, in dem sie das Bild der nach Polen eingewanderten ukrainischen und vietnamesischen Migranten nachzeichnet und betrachtet, verwendet sie nicht mehr die Kategorie des Topos, sondern die Bezeichnungen »Bild, Bilder, semantische Felder« sowie »Stereotypen«.

Aus dem, was ich bis hierher ausgeführt habe, geht klar hervor, dass Grzymała-Każłowska's Topos-Kategorie trotz vieler Ähnlichkeiten mit jener von Wengeler ein wesentliches Differenzmerkmal aufweist. Es handelt sich um das Merkmal der Potenzialität. Die Autorin weist den Topoi die Funktion von Argumenten zu. Sie setzt die ermittelten Topoi in Bezug zu Topoi, die in der westlichen (v. a. der deutschen) Presse im Kontext der Einwanderung zu finden sind. In den Analysen selbst erfolgt keine Rekonstruktion von argumentativen Mikrostrukturen im Sinne argumentativer Schlüsse²⁰.

Etwas anders verhält es sich bei der Anwendung der Topos-Kategorie im Werk von Łotocki. Der Autor definiert Topoi unter Bezug auf Grzymała-Każłowska als Bestandteile des Diskurses, als Mengen wiederkehrender Leit motive, Themen, Bilder, Motive, Urteile, Ausdrucksweisen, rhetorischer Schemata und Argumentationsmuster. Unter Verweis auf Reisigl (2011) und Wodak, Meyer (2001) fügt er auch noch hinzu, dass der Topos vor allem als Bindeglied fungiert, das von den Prämissen eines Arguments zu dessen Schlussfolgerung führt (vgl. Łotocki 2019: 88). In seinen Ausführungen zu den einzelnen Topoi erfolgt jeweils ein Versuch der Rekonstruktion der jeweiligen Argumentation. Die Rekonstruktion bezeich-

²⁰ Unter dem Begriff *argumentativer Schluss* verstehe ich mit Juliane Schröter (2021: 98) ein Set von Prämissen und einer Konklusion. Eine der Prämissen muss ausformuliert sein, die anderen und die Konklusion können latent bleiben.

net der Autor auch als Zusammenfassung des Schlussverfahrens. So führt er zum Beispiel im Kontext des Topos des fremden Diktats aus: „Dieser Topos lässt sich mit folgenden Worten zusammenfassen: Der Relocation-Mechanismus ist eine für Polen ungünstige Lösung, die von der EU von oben aufgezwungen wird, und sollte daher abgelehnt werden“²¹ (ebenda: 301). Łotocki unterscheidet in der genannten Monographie insgesamt 89 Topoi, darunter 44 Topoi, die von den Befürwortern der Teilnahme Polens am Relocation-Mechanismus verwendet wurden, und 45 Topoi, die die Gegner dieser Teilnahme verwendet haben (vgl. ebenda: 371). In der Studie von Łotocki geht es allerdings vielmehr um spezifische Argumente (Prämissen), die entweder für oder gegen die These sprechen, dass sich Polen am Relocation-Mechanismus beteiligen bzw. nicht beteiligen sollte. Die Topoi in seinem Ansatz haben keine antithetische Qualität, sondern sind durch eine sehr hohe Ausführlichkeit gekennzeichnet, z.B. besteht der Rahmen der Anfechtung der Legitimität von Vorbehalten gegenüber Einwanderungswellen aus folgenden Topoi:

geringe Attraktivität Polens als Einwanderungsland; positive Erfahrungen Polens bei der Aufnahme von Einwanderern in den letzten Jahrzehnten; das Fehlen eines Zusammenhangs zwischen Migration und Bedrohungen, einschließlich terroristischer Bedrohungen; gute Vorbereitung Polens auf die Aufnahme von Einwanderern; positive Erfahrungen westeuropäischer Länder mit Projekten, die dem geplanten Relocation- und Umverteilungsverfahren ähnlich sind; fehlender Zusammenhang zwischen dem Relocation- bzw. Umverteilungsverfahren und terroristischen Bedrohungen; effektive Unterscheidung zwischen Flüchtlingen und anderen Typen von Migranten; Unterscheidung zwischen dem Islam und dem islamischen Fundamentalismus; Unterscheidung zwischen der Kategorie ‚Einwanderer‘ und der Kategorie ‚Muslime‘; Vorrang der Sicherheit der Polen; geringer Umfang der im Rahmen des Relocation- und Umverteilungsverfahrens geplanten Einwanderung; keine finanzielle Belastung im Zusammenhang mit der Beteiligung Polens an der Umsetzung des Relocation- und Umverteilungsverfahrens; Medien-/Moralpanik; Schwäche der eigenen Zivilisation/Kultur; Verständnis für die Angst vor dem Unbekannten.²² (vgl. Łotocki 2019: 232; übers. M. S.)

²¹ „Topos ten można streścić następującymi słowami: mechanizm relokacji i przesiedleń jest rozwiązaniem niekorzystnym dla Polski narzuconym odgórnie przez UE, a więc należy go odrzucić.”

²² „– rama podważania zasadności obaw związanych z falami migracyjnymi (toposy: małej atrakcyjności Polski jako państwa imigracji; pozytywnych doświadczeń Polski dotyczących przyjmowania imigrantów w ostatnich dekadach; braku związku między migracją a zagrożeniami, w tym terrorystycznymi; dobrego przygotowania Polski do przyjęcia imigrantów; pozytywnych doświadczeń państw Europy Zachodniej wynikających z realizacji przedsięwzięć podobnych do planowanego mechanizmu relokacji i przesiedleń; braku związku między relokacją i przesiedleniami a zagrożeniem terrorystycznym; skutecznego odróżnienia uchodźców od innych typów migrantów; odróżnienia islamu od fundamentalizmu islamskiego; odróżnienia kategorii „imigranci” od kategorii „muzułmanie”; priorytetu bezpieczeństwa Polaków; małej skali imigracji planowanej w ramach relokacji i przesiedleń; braku obciążeń finansowych związanych z udziałem Polski w realizacji mechanizmu relokacji i przesiedleń; paniki medialnej/moralnej; słabości własnej cywilizacji/kultury; zrozumienia dla obaw przed nieznanym);”

Mit einer ähnlichen Ausführlichkeit listet Łotocki Topoi, die er innerhalb der übrigen Rahmen (*frames*) ermittelt. Er unterscheidet insgesamt 6 Rahmen, die von Gegnern der polnischen Beteiligung an der Umsetzung des Relocation-Mechanismus, und 7 Rahmen, die von Befürwortern der polnischen Beteiligung an diesem Mechanismus verwendet werden.

Resümierend lässt sich sagen, dass bei Grzymała-Kaźłowska insgesamt 13 Topoi im Sinne von Motiven und Für-oder-gegen-Argumenten ermittelt werden, ohne dass dabei die einzelnen argumentativen Schlüsse rekonstruiert wurden. Łotocki betont dagegen den argumentativen Charakter seiner Topoi, indem er versucht, das Schließverfahren zu rekonstruieren. Seine Topoi weisen aber nicht das Merkmal der Potentialität auf, was vermuten lässt, dass sie eher als konkrete Argumente für oder gegen Relocation aufzufassen sind. Verglichen mit dem Topos-Begriff Wengeler werden Unterschiede in der Konzeptualisierung dieses Begriffs durch die genannten Autoren sichtbar. Außer dem Merkmal der Potentialität²³ ist es auch das Abstraktionsniveau, das die Konzepte und ihre Operationalisierung bei Wengeler und Łotocki voneinander unterscheidet, vgl. diesbezüglich:

Innerhalb des Spannungsfeldes zwischen konkreter Sachargumentation auf der einen und universellem rhetorischem Schema auf der anderen Seite sind unsere „Topoi“ also gewissermaßen auf einem mittleren Abstraktionsniveau angesiedelt, das es erlaubt, das Vorkommen von Argumentationsmustern in verschiedenen Teildiskursen, also für verschiedene Fragestellungen zu vergleichen, ohne nur Argumentationsschemata zu analysieren, die völlig unabhängig vom sachlichen Gehalt der Diskurse sind.²⁴

Wengeler geht es auch nicht um „einzelne inhaltlich voll ausgefüllte Argumente“, denn „Argumente und Konklusionen sind kontextspezifisch und daher prinzipiell in unendlicher Zahl vorhanden, während Schlußregeln [Argumentationsmuster bzw. Topoi – Ergänzung M. S.] in mehr oder weniger kontextabstrakter Form formuliert und daher in thematisch verschiedenen Argumentationen rekonstruiert werden können.“²⁵ Die einzelnen Topoi erhalten bei Wengeler einen sprechenden Namen, was sein Topos-Konzept mit dem Verständnis, das für den diskurshistorischen Ansatz charakteristisch ist, verbindet. Innerhalb dieses Ansatzes wird die Kategorie des Topos als eine bestimmte Überschrift (*heading*) verstanden. Als solche erlaubt sie es, die diskursiv konstruierten Argumente zusammenzufassen sowie die wichtigsten argumentativen Strukturen in den analysierten Texten zu erfassen. „Als Teil der pragmatischen Argumentationsanalyse sind Topoi nicht zufällig mit den ‚statischen‘ Kategorien der Diskursthemen (*discourse topics*) verbunden: Es sind die durch die Themen definierten inhaltlichen Elemente der Texte, die die Grundbausteine für die Realisierung von Topoi darstellen“²⁶ (Krzyżanowska 2012: 212; übers. M. S.).

²³ Bei Wengeler gibt es einige wenige Topoi, die nur *für* oder nur *gegen* die These [= Einwanderung] eingesetzt werden können (Wengeler 2003).

²⁴ <https://www.phil-fak.uni-duesseldorf.de/germ1/migration/toposdef.html>, abgerufen am 21.11.2021.

²⁵ Quelle: s. o.

²⁶ „Będące częścią pragmatycznej analizy argumentacyjnej toposity są nieprzypadkowo powiązane ze „statycznymi” kategoriami tematów dyskursu (*discourse topics*): to właśnie elementy zawartości tekstów określanych przez tematy są podstawową częścią składową realizacji toposów.”

Die Ausführungen zeigen, dass die topische Analyse aus verschiedenen Ansätzen schöpft und dass außer Linguistik und Argumentationstheorie auch (noch) rhetorische und literaturwissenschaftliche Verwendungen bzw. Überlegungen Einfluss auf die modernen linguistischen Topos-Konzepte haben.

6. Schlussbemerkungen

Aus dem Blickwinkel des interlinguistischen und interdiskursiven Vergleichs ergibt sich folgendes Resümee:

1. Die Polonistik hat zwar in Diskursen einen Untersuchungsgegenstand erkannt, ist aber im Vergleich zur germanistischen Forschung weniger auf die methodologischen Zugänge fokussiert. Vielmehr werden Relationen zwischen Text-Diskurs bzw. Gattung-Text-Diskurs (z.B. Wojtak 2011) oder Text-Stil-Diskurs (Witosz 2009, 2010) untersucht.
2. In der polonistischen Diskursforschung hat sich der Topos als eine analytische Kategorie nicht durchgesetzt, deswegen fehlt es auch an einer theoretischen Fundierung dieses Konzepts in den polonistischen Arbeiten aus dem Bereich der Diskursforschung bzw. der Sprachwissenschaft. Bei der Untersuchung von Werten, Haltungen und Strategien in Texten und Diskursen ist in den polonistischen Diskursanalysen eher nicht von Topoi, sondern von Bildern, Gesinnungen, Rhetorik, Figuren (z. B. poln. *figura strachu*, *figura dobra wspólnego*), Gesichtspunkten, Urteilen, Einstellungen und von Stereotypen die Rede, vgl. stellvertretend Ciesek (2018) *Dyskursy dyskryminacji i tolerancji w przestrzeni publicznej współczesnej Polski (wartości, postawy, strategie)* oder Steciąg (2012) *Dyskurs ekologiczny w debacie publicznej*.
3. Der Terminus *Topos* ist in einschlägigen polnischen Wörterbüchern (z. B. Szymanek 2001, 2012; Wyrwas/Sujkowska-Sobisz 2005, Szulc 1984) nicht annotiert²⁷.
4. Die Kategorie des Topos wird von polnischen Autor*innen entweder in linguistischen kontrastiv ausgerichteten Untersuchungen von Diskursen verwendet (Dorota Miller 2014: deutsch-polnischer Kontrast anhand von Presstexten zum EU-Beitritt Polens; Ewa Drewnowska-Vargáné 2015: Paralleltextanalysen – Kontrastierung von Pressediskursen: Ungarisch – Deutsch – Polnisch) oder in diskursanalytischen Arbeiten, die im Zeichen der KDA stehen. Es handelt sich also nicht um im eigentlichen Sinn polonistische Arbeiten, sondern um Arbeiten von Fremdphilologen bzw. Soziologen, Politologen, die sich auf die linguistischen und daneben auch noch andere einschlägige Methodologien und Theorien beziehen.
5. Wie die obigen Ausführungen zur Operationalisierung des Topos im Rahmen der Historischen Semantik (linguistische Diskursanalyse) und des diskurshistorischen Ansatzes (kritische Diskursanalyse) gezeigt haben, unterscheiden sich die in den genannten Theorien verwendeten Topos-Konzepte vor allem in Bezug auf das Merkmal der Potentialität. Die genannten Ansätze verfolgen aber auch noch andere Ziele. Ohne ins Detail zu gehen, sei darauf hingewiesen, dass sich die KDA als ein macht- und gesellschaftskritischer Ansatz versteht und ihre Vertreter*innen „die Topik stärker dazu nutzen, um bei ihren Analysen

²⁷ Vgl. hingegen Bußmann 2002.

plausible und trugschlüssige Anwendungen eines Argumentationsmuster zu unterscheiden bzw. trugschlüssiges Argumentieren zu kritisieren“ (Kienpointner 2017: 203) – wohingegen sich die LDA als kulturwissenschaftlich orientierte Linguistik bezeichnet. Diese Opposition zwischen einer sozialen Kritik und der Deskription von kollektiven Wissensbeständen wird zum Teil überwunden, indem von Vertreter*innen beider Ausrichtungen auch dem deskriptiven Ansatz das Merkmal zugeschrieben wird, „implizit diskurs- und sprachkritisch“²⁸ zu sein. Interessanterweise erklären die Autoren der hier besprochenen polnischen Werke (Grzymała-Kazłowska, Łotocki), dass sie zwar das Instrumentarium der KDA benutzen, nicht aber ihre kritischen Ziele (Kritik der Machtverhältnisse und der Gesellschaft) verfolgen. Bei Łotocki (2019: 57) lesen wir z.B., dass sich

die Analyse in diesem Werk [...] definitiv den grundlegenden Annahmen der KDA [entzieht] und [...] daher nicht diesem Ansatz zugeschrieben werden [kann]. Andererseits lehnt sie sich stark an die Methodik der KDA an, die sie inspiriert hat. Sie verwendet verschiedene KDA-Methoden, stellt aber die grundlegenden paradigmatischen Grundlagen und Ziele von der KDA in Frage.²⁹

Der Autor schlägt einen offenen theoretischen Rahmen für seine Analyse vor. Bei der Lektüre des Werkes von Łotocki fällt weiterhin auf, dass dieser abgeneigt ist, die Krise 2015 nur aus humanitärer Perspektive zu betrachten³⁰. Er ist verstärkt darum bemüht, die Argumente gegen die Einwanderung aus dem Nahen Osten als genauso wichtig zu würdigen. Man könnte die These wagen, dass eine solche Haltung mögliche weitere Unterschiede diesmal in Bezug auf nationale und „individuelle“ Topiken unter Forschern des Migrationsdiskurses in Polen und Deutschland indiziert. Dies bedürfte aber selbstverständlich weiterer ausführlicher Untersuchungen.

6. Zum Migrationsdiskurs als Vergleichsgröße kann ohne Zögern von einer fortschreitenden Europäisierung des Diskurses und einer korrespondierenden Europäisierung der Forschung gesprochen werden. Letzteres Phänomen ist daran zu erkennen, dass internationale Teams von Forscherinnen und Forschern intensive Untersuchungen zu verschiedenen Diskursen anstellen – stellvertretend sei hier auf Arbeiten von Michał Krzyżanowski hingewiesen, die z.T. zusammen mit Ruth Wodak publiziert werden. Zu erwähnen sind in diesem Kontext auch Arbeiten von (polnischen) Fremdphilologen, die fremdsprachige Diskurse (allerdings nicht die Migrationsdiskurse) untersuchen, z.B. Waldemar Czachur 2011, Jarochna Dąbrowska-Burkhardt 2013, Dorota Miller 2014, Dorota Kaczmarek 2018. Polnische Germanisten untersuchen auch den deutschen Migrationsdiskurs (exemplarisch: Anna

²⁸ Zitat aus Wengeler 2005: 268, vgl. hierzu u.a. auch Kienpointner 2017: 203.

²⁹ „Analiza zawarta w niniejszym opracowaniu zdecydowanie wymyka się z fundamentalnych założeń KAD, stąd nie można jej przypisać do tego podejścia. Z drugiej strony czerpie ona wiele z metodologii wykorzystywanej przez KAD, która była dla niej inspiracją. Wykorzystuje różne metody KAD, ale kwestionuję zasadnicze fundamenty paradygmatyczne i cele KAD.“

³⁰ Er spricht sich auch gegen die Verwendung der Bezeichnung „Hassrede“ aus und ebenso gegen voreiliges Etikettieren mithilfe von Ausdrücken wie z. B. „Rassismus“, „Fremdenfeindlichkeit“ oder „Chauvinismus“. Er hält sie für markierte, vorbelastete Begriffe und sich selbst als Forscher für nicht imstande, „latente rassistische Denkweisen“ offenzulegen (vgl. Łotocki 2019: 54).

Dargiewicz 2019 und Mariusz Jakosz 2018, 2019) oder die britische Migrationsdebatte (stellvertretend Anna Bączkowska 2019), ohne dass sie dabei kontrastiv vorgehen.

Der interdiskursive Vergleich zeigte, dass in Polen eine linguistische Perspektive auf den Migrationsdiskurs erst im Entstehen ist.

Last but not least: Die Perspektive der interlinguistischen Kontrastivität hat zwar das Fehlen der Topos-Kategorie in polonistischen Arbeiten entdeckt, ist aber nur schwer gegenüber der oben erwähnten Internationalisierung der Forschung aufrechtzuerhalten. Sie erweist sich als weniger praktikabel, wenn man sich eben auf kontrastive Studien bezieht. Die kontrastiven Studien scheinen *per se* interlinguistisch kontrastiv angelegt zu sein. Darüber hinaus wurde erkannt, dass das Fehlen einer Untersuchungskategorie (hier der Topos-Kategorie) nicht zur Folge haben muss, dass bestimmte Aspekte nicht erforscht werden. Stattdessen erfolgt die Analyse unter Bezugnahmen auf andere Kategorien, wie z.B. *Motive, Stereotype, Bilder, Rahmen*. Es bleibt zu untersuchen, inwieweit diese Kategorien als ähnlich bzw. alternativ oder konträr zu betrachten sind. Die interlinguistische Vergleichsperspektive gestattet es somit, nicht nur Gemeinsamkeiten und Unterschiede, sondern auch potenzielle Leerstellen und Alternativen zu ermitteln.

Bibliographie

Wörterbücher

- Bußmann, H. (2002). *Lexikon der Sprachwissenschaft*. Alfred Kröner Verlag.
 Sulc, A. (1984). *Podręczny słownik językoznawstwa stosowanego*. PWN.
 Szymanek, K. (2001; 2012). *Sztuka argumentacji. Słownik terminologiczny*. PWN.
 Wyrwas, K. & Sujkowska-Sobisz, K. (2005). *Mały słownik terminów teorii tekstu*. Oficyna Wydawnicza RYTM.

Literatur

- Bączkowska, A. (2019). A Corpus-Assisted Critical Discourse Analysis of „Migrants” and „Migration” in the British Tabloids and Quality Press. In B. Lewandowska-Tomaszczyk (Hrsg.), *Contacts and Contrasts in Cultures and Languages. Second Language Learning and Teaching* (163–181). Springer VS.
 Bielecka-Prus, J. (2018). Retoryka lęku przed obcym. *Colloquium Wydziału Nauk Humanistycznych i Społecznych*, 1, 5–34.
 Bilut-Homplewicz, Z. (2013). *Prinzip Perspektivierung. Germanistische und polonistische Textlinguistik – Entwicklungen, Probleme, Desiderata*. Teil I: *Germanistische Textlinguistik*. Peter Lang Edition.
 Bilut-Homplewicz, Z. (2014). Kontrastywność rozumiana inaczej – germanistyczna lingwistyka tekstu z perspektywy badań polonistycznych. *Roczniki Humanistyczne*, LXII (8), 13–25.
 Bilut-Homplewicz, Z. & Hanus, A. (2016). Zwei polonistische ‚Cicerone’ durch die polnische Stilistik: Anmerkungen aus germanistischer Perspektive. *Studia Germanica Gedanensia*, 35, 145–155.
 Biskupska, K. (2014). Analiza dyskursu i krytyczna analiza dyskursu. In M. S. Szczepański & A. Śliz (Hrsg.), *Współczesne teorie społeczne: w kręgu ujęć paradygmatycznych* (369–388). Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
 Böke, K. (1997). Die „Invasion” aus den „Armenhäusern Europas”. Metaphern im Einwanderungsdiskurs. In M. Jung, M. Wengeler & K. Böke (Hrsg.), *Die Sprache des Migrationsdiskurses. Das Reden über „Ausländer” in Medien, Politik und Alltag* (164–193). Westdeutscher Verlag.

- Bornscheuer, L. (1976). *Topik. Zur Struktur der gesellschaftlichen Einbildungskraft*. Suhrkamp.
- Busse, D. & Teubert, W. (2013). *Linguistische Diskursanalyse: neue Perspektiven*. Springer VS.
- Ciesek, B. (2018). *Dyskursy dyskryminacji i tolerancji w przestrzeni publicznej współczesnej Polski (wartości, postawy, strategie)*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Czachur, W. (2011). *Diskursive Weltbilder im Kontrast. Linguistische Konzeption und Methode der kontrastiven Diskursanalyse deutscher und polnischer Medien*. Oficyna Wydawnicza Atut.
- Czachur, W. (2020a). *Linguistyka dyskursu jako integrujący program badawczy*. Oficyna Wydawnicza Atut.
- Czachur, W. (2020b). Der polonistische Weg zur Diskursforschung. In A. Buk, A. Hanus, A. Mac, D. Miller, M. Smykała, & I. Szwed (Hrsg.), *Tekst, dyskurs, komunikacja. Podejścia teoretyczne, analityczne i kontrastywne* (331–341). Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Czachur, W. & Smykała, M. (2020). Hassrede und Diskurskritik. Kontrastive Analyse der Mediendiskurse über Migration in Polen und in Deutschland zu Beginn der Flüchtlingskrise in Europa. In J. Makowski (Hrsg.), *Hassrede – ein multidimensionales Phänomen im interdisziplinären Vergleich* (89–109). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Dargiewicz, A. (2019). Metaphorische Komposita mit den Komponenten 'Asylant' und 'Flüchtling' im deutschen medialen Flüchtlingsdiskurs. *Prace językoznawcze*, 20(3), 19–42.
- Dargiewicz, A. (2020). Frames und ihre Wirkung. Eine Analyse am Beispiel des Migrationsdiskurses. *Prace Językoznawcze*, 22(1), 5–26.
- Dąbrowska-Burkhardt, J. (2013). *Die gesamteuropäischen Verfassungsprojekte im transnationalen Diskurs: Eine kontrastive linguistische Analyse der deutschen und polnischen Berichterstattung*. Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego.
- Dijk, T. A., van (2001). Badania nad dyskursem. In T. A. van Dijk (Hrsg.), *Dyskurs jako struktura i proces* (9–44). Übersetzt von G. Grochowski. PWN.
- Drewnowska-Vargáné, E. (2015). *Pressediskurse im Kontrast. Paralleltextanalysen zum Deutschen, Polnischen und Ungarischen*. Verlag Empirische Pädagogik Landau.
- Duszak A. (1998). *Tekst, dyskurs, komunikacja międzykulturowa*. PWN.
- Duszak, A., & Fairclough, N. (2008). (Hrsg.) *Krytyczna analiza dyskursu. Interdyscyplinarne podejście do komunikacji społecznej*. Universitas.
- Frilling, C. (2016). Zur Problematik des Wortes Flüchtling(e). *Muttersprache* 126, 350–356.
- Grzymała-Kazłowska, A. (2004). Socjologicznie zorientowana analiza dyskursu na tle współczesnych badań nad dyskursem. *Kultura i społeczeństwo*, XLVIII, 13–34.
- Grzymała-Kazłowska, A. (2007). *Konstruowanie „innego”. Wizerunki imigrantów w Polsce*. Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Jabłońska, B. (2006). Krytyczna analiza dyskursu: refleksje teoretyczno – metodologiczne. *Przegląd Socjologii Jakościowej* 2/1, 53–67.
- Jakosz, M. (2018). Zur Kraft der Metapher im Fremdiskurs (am Beispiel der deutschen Flüchtlingsdebatte). In I. Wowro, M. Jakosz, & R. Kozieł (Hrsg.), *Sprachliche Dimensionen der Fremdheit und Andersartigkeit* (81–96). Peter Lang.
- Jakosz, M. (2019). Phraseologismen als Sprachmittel zur Beschreibung und zum Ausdruck von verbaler Aggression im aktuellen deutschen Flüchtlingsdiskurs. In A. Gondek & J. Szczęk (Hrsg.), *Phraseologie und Parömiologie der (Un)Höflichkeit: Sektionsbeiträge der internationalen EURO-PHRAS-Tagung in Białystok/Polen, 10.–12. September 2018*. Hamburg (161–177). Verlag Dr. Kovač.
- Jung, M., Niehr, T. & Böke, K. (2000). *Ausländer und Migranten im Spiegel der Presse. Ein diskurshistorisches Wörterbuch zur Einwanderung seit 1945*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Jung, M., Wengeler, M. & Böke, K. (1997) (Hrsg.). *Die Sprache des Migrationsdiskurses. Das Reden über »Ausländer« in Medien, Politik und Alltag*. Westdeutscher Verlag.

- Kaczmarek, D. (2018). *Binationale Diskursanalyse. Grundlagen und Fallstudien zum deutsch-polnischen medialen Gegendiskurs*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Kienpointner, M. (1992). *Alltagslogik. Struktur und Funktion von Argumentationsmustern*. Frommann-Holzboog.
- Kienpointner, M. (2017): Topoi. In K. S. Roth, M. Wengeler & A. Ziem (Hrsg.), *Handbuch Sprache in Politik und Gesellschaft* (187–211). De Gruyter.
- Klein, J. (1995). Asyl-Diskurs. Konflikte und Blockaden in Politik, Medien und Alltagswelt. In R. Reiher (Hrsg.), *Sprache im Konflikt* (15–71). De Gruyter.
- Klein, J. (2000). Komplexe topische Muster. Vom Einzeltopos zur diskurstyp-spezifischen Topos-Konfiguration. In T. Schirren & G. Ueding (Hrsg.). *Topik und Rhetorik. Ein interdisziplinäres Symposium* (625–649). Max Niemeyer.
- Kopperschmidt, J. (2006). Diskursive Epideiktik oder epideiktische Diskursivität. *Rhetorik Jahrbuch*, 25(2006), 107–120.
- Kotras, M. (2016). Problem migracji na okładkach polskich tygodników opinii. *Interdyscyplinarne Studia Społeczne*, 2(2), 57–85.
- Kreubler, F. & Wengeler, M. (2017). Flüchtlinge, Geflüchtete oder Vertriebene? Zum Wortschatz in öffentlichen Migrationsdiskursen seit den 1950er Jahren. In J. Klose & W. Schmitz (Hrsg.), *Wer ist Deutschland? Aspekte der Migration in Kultur, Gesellschaft und Politik* (301–333). Thelem.
- Krzyżanowska, N. (2012). (Krytyczna) analiza dyskursu a (krytyczna) analiza gender: zarys synergii teoretycznej i metodologicznej. *Przegląd Socjologii Jakościowej*, 9(1), 62–84.
- Krzyżanowska, N. & Krzyżanowski, M. (2018). 'Crisis' and Migration in Poland: Discursive Shifts, Anti-Pluralism and the Politicisation of Exclusion. *Sociology*, 52(3), 612–618.
- Krzyżanowski, M. (2017). Discursive Shifts in Ethno-Nationalist Politics: On Politicization and Mediatization of the "Refugee Crisis" in Poland. *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 16(1–2), 76–96.
- Lewiński, P., H. (2012). *Neosofistyka. Argumentacja retoryczna w komunikacji potocznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Loewe, I. (2020). Sport, medium, dyskurs telewizyjny. Mediolingwistyczne rozważania o wpływie. *Zeszyty Prasoznawcze*, 63 (2), 31–46.
- Łotocki, Ł. (2019). *Kryzys migracyjny w Europie w polskim dyskursie publicznym w latach 2015–2018*. Dom Wydawniczy ELIPSA.
- Miller, D. (2014). *Emotionalität und Wertung im Diskurs. Eine kontrastive Analyse deutscher und polnischer Presstexte zum EU-Beitritt Polens*. Peter Lang.
- Niehr, T. (2004). *Der Streit um Migration in der Bundesrepublik Deutschland, der Schweiz und Österreich. Eine vergleichende diskurgeschichtliche Untersuchung*. Universitätsverlag Winter.
- Niehr, T. (2014). *Einführung in die linguistische Diskursanalyse*. WBG.
- Niehr, T. (2020). Migrationsdiskurs. In T. Niehr, J. Kilian & J. Schiewe (Hrsg.), *Handbuch Sprachkritik* (225–232). Metzler.
- Niehr, T. & Böke, K. (2000) (Hrsg.), *Einwanderungsdiskurse. Vergleichende diskurslinguistische Studien*. Westdeutscher Verlag.
- Niehr, T. & Böke, K. (2004). Diskursanalyse unter linguistischer Perspektive – am Beispiel des Migrationsdiskurses. In R. Keller, A. Hirsland, W. Schneider & W. Viehöfer (Hrsg.), *Handbuch sozialwissenschaftliche Diskursanalyse*. Bd. 2: Forschungspraxis. (325–351). Springer VS.
- Niehr, T. & Reissen-Kosch, J. (2018). *Volkes Stimme? Zur Sprache des Rechtspopulismus*. Bibliographisches Institut GmbH.

- Opiłowski, R. & Opiłowska, E. (2020). Grenze: Der neue Diskurs über ein altes Konzept: Am Beispiel eines deutschen und polnischen Online-Berichtes im Zeitalter des Coronavirus. *Moderna Språk*, Vol. 114 (2), 36–53.
- Rada, R., V. (2016). Zur Bedeutung des Wortes Willkommenskultur im deutschen Mediendiskurs. *Sprachtheorie und germanistische Linguistik*, 26, 17–43.
- Reisigl, M. (2011). Analiza retoryki politycznej. In R. Wodak & M. Krzyżanowski (Hrsg.), *Jakościowa analiza dyskursu w naukach społecznych* (150–183). Übersetzt von D. Przepiórkowska. Oficyna Wydawnicza Łośgraf.
- Reisigl, M. & Wodak, R. (2001). *Discourse and Discrimination. Rhetoric of Racism and Antisemitism*. Routledge.
- Richardson, J., E. & Wodak, R. (2009). *The impact of visual racism: Visual arguments in political leaflets of Austrian and British Far-right Parties. Controversia*, 6 (2), 45–77.
- Römer, D. (2017). *Wirtschaftskrisen. Eine linguistische Diskursgeschichte*. De Gruyter.
- Römer, D. (2018). Argumentationstopoi in der Text- und Diskursanalyse – alte Pfade, neue Wege. *tekst i dyskurs – text und diskurs*, 11, 117–135.
- Schröter, J. (2021). *Linguistische Argumentationsanalyse*. Universitätsverlag Winter.
- Smykała, M. (2016). „Wir schaffen das!“ Diskursive Strategien sprachlicher Konstituierung des Beginns der Flüchtlingskrise und ihrer Hauptakteure im Pressediskurs am Beispiel der Wochenzeitung „DIE ZEIT“. *tekst i dyskurs – text und diskurs*, 9, 183–202.
- Smykała, M. (2018). Zu Benennungsstrategien von Migranten im polnischen und deutschen Migrationsdiskurs im Kontext der Hassrede und des Konzepts semantischer Kämpfe. *tekst i dyskurs – text und diskurs*, 11, 225–252.
- Smykała, M. (2021). Kategoria toposu w lingwistycznej analizie dyskursu na przykładzie badań polskiego i niemieckiego dyskursu migracyjnego. *tekst i dyskurs – text und diskurs*, 15, 301–332.
- Suchorab, K. (2020). *Migranten, Flüchtlinge, migranci, uchodźcy – pejorativ, neutral, meliorativ?* Ein Beitrag zur Diskussion an gewählten deutschen und polnischen Beispielen. In J. Szczęk & Ł. Kumięga (Hrsg.), *Sprache und Gesellschaft* (153–169). Peter Lang.
- Spieß, C. (2011). *Diskurshandlungen: Theorie und Methode linguistischer Diskursanalyse am Beispiel der Bioethikdebatte*. De Gruyter.
- Spitzmüller, J. & Warnke, I., H. (2011). *Diskurslinguistik: Eine Einführung in Theorien und Methoden der transtextuellen Sprachanalyse*. De Gruyter.
- Steciąg, M. (2012). *Dyskurs ekologiczny w debacie publicznej*. Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego.
- Toulmin, S. (1958): *The Uses of Argument*. Cambridge University Press.
- Warnke, I., H. (2007). Diskurslinguistik nach Foucault – Dimensionen einer Sprachwissenschaft jenseits textueller Grenzen. In I. H. Warnke (Hrsg.), *Diskurslinguistik nach Foucault. Theorie und Gegenstände* (3–24). De Gruyter.
- Warnke I., H. (2018) (Hrsg.). *Handbuch Diskurs*. De Gruyter.
- Warnke I., H. & Spitzmüller, J. (2008). Methoden und Methodologie der Diskurslinguistik – Grundlagen und Verfahren einer Sprachwissenschaft jenseits textueller Grenzen. In I. H. Warnke & J. Spitzmüller (Hrsg.), *Methoden der Diskurslinguistik. Sprachwissenschaftliche Zugänge zur transtextuellen Ebene* (3–54). De Gruyter.
- Wengeler, M. (1997). Argumentationsmuster im Einwanderungsdiskurs seit 1945. In M. Jung, M. Wengeler & K. Böke (Hrsg.), *Die Sprache des Migrationsdiskurses. Das Reden über „Ausländer“ in Medien, Politik und Alltag* (121–149). Westdeutscher Verlag.
- Wengeler, M. (1999). Argumentationstopoi in Diskursen. Zur Nutzung einer rhetorischen Kategorie für die Analyse öffentlichen Sprachgebrauchs. *Der Deutschunterricht*, 51, 37–45.

Marta Smykała

- Wengeler, M. (2003). *Topos und Diskurs. Begründung einer argumentationsanalytischen Methode und ihre Anwendung auf den Migrationsdiskurs (1960-1985)*. Max Niemeyer.
- Wengeler, M. (2005) (Hrsg.). Sprachgeschichte als Zeitgeschichte. *Germanistische Linguistik 180-181*. Georg Olms Verlag.
- Wengeler, M. (2015). Die Analyse von Argumentationsmustern als Beitrag zur „transtextuell orientierten Linguistik“. In H. Kämper, & I. H. Warnke (Hrsg.), *Diskurs – interdisziplinär. Zugänge, Gegenstände, Perspektiven* (47-62). De Gruyter.
- Wengeler, M. (2017). Diskursorientierte Argumentationsanalyse. In T. Niehr, J. Kilian & M. Wengeler (Hrsg.), *Handbuch Sprache und Politik* (261-281). Hempen.
- Wengeler, M. (2021, 21. November). Argumentationsmuster bzw. topoi. <https://www.phil-fak.uni-duesseldorf.de/germ1/migration/toposdef.html>
- Wichmann, M. (2018). *Metaphern im Zuwanderungsdiskurs. Linguistische Analysen zur Metaphorik in der politischen Kommunikation*. Peter Lang.
- Witosz, B. (2016). Kategoria dyskursu w polonistycznej edukacji akademickiej. In W. Czachur, A. Kulczyńska & Ł. Kumięga (Hrsg.), *Jak analizować dyskurs? Perspektywy dydaktyczne* (19-39). Universitas.
- Witosz, B. (2009). *Dyskurs i stylistyka*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Witosz, B. (2010). Text und/oder Diskurs in der Perspektive der polnischen Tradition der Texterforschung. *tekst i dyskurs – text und diskurs*, 3, 167-179.
- Wodak, R. & Meyer, M. (2001) (Hrsg.), *Methods of Critical Discourse Analysis*. Sage.
- Wojtak, M. (2011). O relacjach dyskursu, stylu, gatunku i tekstu. *tekst i dyskurs – text und diskurs*, 4, 69-78.
- Wößner J., A. (2017). Über die Problematik der Bezeichnung für ‚Menschen auf der Flucht‘. Eine Untersuchung der Bedeutungsgehalte von Flüchtling und Geflüchtete/r. *Aptum. Zeitschrift für Sprachkritik und Sprachkultur*, 13. Jahrgang, Heft 01/2017, 42-67.
- Wowro, I., Jakosz, M. & Kozieł, R. (Hrsg.), *Sprachliche Dimensionen der Fremdheit und Andersartigkeit*. Peter Lang.
- Ziem, A. (2005). Begriffe, Topoi, Wissensrahmen: Perspektiven einer semantischen Analyse gesellschaftlichen Wissens. In M. Wengeler (Hrsg.), *Sprachgeschichte als Zeitgeschichte* (315-348). Georg Olms Verlag.
- Žagar, I., Ž. (2010). Topoi in Critical Discourse Analysis. *Lodz Papers in Pragmatics* 6.1, 3-27.

Dr. Marta Smykała

Universität Rzeszów, Lehrstuhl für Angewandte Linguistik.

Forschungsbereiche: kontrastive Studien, linguistische Diskursanalyse, Schulbuchforschung.
Wichtigere Publikationen: Monographie: (2015) *Wenn jemand eine Reise tut ... Die kontrastive Textologie am Beispiel der österreichischen und polnischen Tourismuswerbung*. Peter Lang Verlag.

Herausgeberschaft: (2009) *Lingwistyka tekstu w Niemczech. Pojęcia problemy, perspektywy*. B. 1, B. 2. Wrocław. Zusammen mit Z. Bilut-Homplewicz und W. Czachur.

(2020) *Tekst – Dyskurs – Komunikacja. Podejścia teoretyczne, analityczne i kontrastywne. Text – Diskurs – Kommunikation. Theoretische, analytische und kontrastive Ansätze*. Rzeszów. Zusammen mit A. Buk, A. Hanus, A. Mac, D. Miller, I. Szwed.



Dziecięce interpretacje związków frazeologicznych z komponentem *głowa*

Children's interpretations of the idiomatic expressions with the *head* component

Abstract: The aim of this article is to present and discuss the lexical material collected among 5-year-old children concerning the understanding and interpreting twelve idiomatic expressions with the token *head*. The choice of the phrasemes was dictated by the idea to refer to the issues close to the child, encountered on a day to day basis, which are fixed in the linguistic tradition of sayings. Subject area of the idiomatic expressions was also supposed to encourage children to enunciate free statements about them. The study shows how children interpret selected metatextual phrases and how they define them using language.

Key words: defining phraseological relationships for children, linguistic competence of preschool children, idiomatic expression

Abstrakt: Celem zasadniczym autorki artykułu jest zaprezentowanie i omówienie materiału leksykalnego, zebranego wśród dzieci pięcioletnich, dotyczącego rozumienia i interpretacji dwunastu związków frazeologicznych z komponentem *głowa*. Wybór związków frazeologicznych podyktowany był zamiarem sięgnięcia do zagadnień bliskich dziecku, z którymi spotyka się ono na co dzień i które utrwalone są w tradycji językowej powieści. Tematyka frazeologizmów miała także skłonić do formułowania na ich temat swobodnych wypowiedzi. Opracowanie pokazuje sposób, w jaki dzieci interpretują wybrane frazeologizmy użyte metatekstowo oraz jak definiują je za pomocą języka.

Słowa kluczowe: dziecięce definiowanie związków frazeologicznych, kompetencja językowa dzieci przedszkolnych, związek frazeologiczny

1. Istota związku frazeologicznego

Związki frazeologiczne, tak jak wyrazy, wchodzą w zasób leksykalny języka. Zazwyczaj funkcjonują w świadomości użytkowników języka polskiego jako jedno pojęcie, które złożone jest z kilku leksemów i ma charakter konwencjonalny oraz ograniczone zastosowanie (Tokarski, 1986, s. 202). Najczęściej pojęcie frazeologizmu (tożsame z pojęciem związku frazeologicznego) odnosi się do stałego połączenia wyrazów, a nie do każdego połączenia wyrazowego, co zaproponował Stanisław Skorupka (Podlawska, Świątek-Brzezińska, 2011, s. 7). Są to utrwalone społecznie połączenia wyrazów, które wykazują nieregularność pod pewnymi względami (Lewicki, Pajdzińska, 2001), m.in.: 1) znaczenie frazeologizmu nie wyjni-

ka ze znaczenia komponentów, które go tworzą, 2) w skład frazeologizmu wchodzi wyrazy lub formy wyrazów, które nie wchodzi w swobodne związki składniowe, 3) w związku frazeologicznym mogą zostać naruszone zasady łączliwości wyrazów.

Szczególnością trudności dekodowania związków frazeologicznych polega na ich znaczeniu przenośnym. Istotą przenośni (metafory) stanowi rozumienie i doświadczenie pewnego rodzaju rzeczy w terminach innej rzeczy. To kwestia nie tylko języka, ponieważ procesy myślenia są w głównej mierze metaforyczne. Istnienie metafor jako wyrażen językowych jest możliwe właśnie dlatego, że metafory tkwią w systemie pojęć człowieka (Lakoff, Johnson, 1988). Do tej pory przedstawionych zostało kilka hipotez rozumienia znaczeń idiomatycznych, które dzieli się na koncepcje nie-składnikowe oraz składnikowe (Sułkowska, 2015). W modelu list mentalnych (Bobrow, Bell, 1973) zakłada się, że rozumienie dosłowne zawsze poprzedza przenośną interpretację, a rozumienie literalne zawsze jest procesem szybszym w stosunku do odbioru znaczenia figuratywnego (Sułkowska, 2015, s. 50). Według modelu reprezentacji leksykalnej (Swinney, Cutler, 1979) związki frazeologiczne są przechowywane w pamięci wraz z pozostałymi zasobami leksykalnymi, na które składają się nie tylko pojedyncze wyrazy, ale również struktury polileksykalne. W momencie zetknięcia z wyrażeniem idiomatycznym dochodzi do odkodowania znaczenia całości, zaczynając od początku struktury. Inną koncepcją stanowi model dostępu bezpośredniego (Gibbs, 1980, 1986), według którego związki frazeologiczne są rozumiane bezpośrednio, czyli zanim cała konstrukcja zostanie poddana jakiegokolwiek próbie interpretacji literalnej. Według hipotezy Johna Searle'a (1979) rozumienie związków frazeologicznych to proces trzyetapowy: 1) użytkownik języka odbiera znaczenie dosłowne wyrażenia lub zwrotu, 2) użytkownik języka weryfikuje, czy jest ono możliwe w danym kontekście, 3) jeśli nie jest ono adekwatne do kontekstu, użytkownik języka szuka interpretacji przenośnej (Sułkowska, 2015, s. 50).

2. Rozwój rozumienia związków frazeologicznych

Proces opanowywania języka trwa wiele lat – przez całe życie człowiek się rozwija i doskonali swoje kompetencje językowe. Z wiekiem zwiększa się nie tylko zasób leksykalny, ale również kompetencja komunikacyjna dziecka (Vasta i in., 1995), z czasem pojawia się też zdolność do myślenia abstrakcyjnego. Umiejętność dekodowania określeń metaforycznych, wyrażonych nie wprost, pojawia się w wieku przedszkolnym, wtedy to dziecko zaczyna rozumieć żarty, rebusy i zagadki słowne. Jednak dopiero w młodszym wieku szkolnym zaczyna się intensywnie rozwijać symboliczna funkcja języka (Kuszał, 2012, s. 331–332; 2014). Młodsze dzieci mają trudności z rozumieniem metafor, ponieważ nie widzą wieloznaczności wyrazów, a w rozumowaniu polegają na ich silniejszym i konkretnym znaczeniu, pomijając aspekt, który wynika z kontekstu (Wiejak, Kostka-Szymańska, 2001, s. 68). Wyodrębnione zostały trzy stadia w rozwoju rozumienia metafor: 1) dosłowne rozumienie wyrazów, 2) rozumienie psychologicznego znaczenia wyrazów, 3) stadium, w którym dziecko jest świadome relacji między tymi dwoma aspektami. Zdania na temat rozumienia metafor są podzielone. Jedni uważają, że metafory są rozumiane dopiero przez nastolatków (np. Asch, Nerlove, 1960), inni zaś, że już dzieci pięcioletnie są w stanie zrozumieć symboliczne znaczenie języka (np. Gardner, 1974; Pollio, Pollio, 1974).

Przyswajanie frazeologizmów przez dzieci rozpoczyna się już w okresie przedszkolnym i jest związane z codziennym używaniem tych struktur przez osoby z otoczenia dziecka. Ich uczenie się jest procesem naturalnym i podświadomym – zaczyna się we wczesnym dzieciństwie, jednak jego pierwsze efekty są zauważalne dopiero około 10.–11. roku życia¹. Umiejętność praktycznego używania frazeologizmów opanowywana jest przy okazji, np. w relacjach społecznych. Stosowane są one w codziennych sytuacjach niemal mechanicznie, czasem nawet bez zdawania sobie sprawy z tego, co oznaczają w warstwie dosłownej i metaforycznej. Rzadko też użytkownicy języka zastanawiają się nad tym, jak rozumieją je dzieci. W ich zasobie językowym nie ma zbyt wielu frazeologizmów, dlatego nie dziwi fakt, że dzieci przedszkolne nie posługują się nimi w mowie czynnej w prawidłowych kontekstach i konsytuacji (Boniecka, 2009, s. 17).

W badaniach nad związkami frazeologicznymi należy oddzielić dwa aspekty: ich rozumienie i wytwarzanie. Rozumienie zawsze wyprzedza w czasie używanie danej struktury językowej przez dziecko, także frazeologizmów. Rozpoczyna się ono już w wieku przedszkolnym i rozwija w kolejnych okresach życia dziecka (Haecki-Buhofer, 1980; Lodge, Leach, 1975; Nippold, 1988). Przyswajanie struktur frazeologicznych – ich rozpoznawanie w sytuacjach komunikacyjnych oraz mimowolne uczenie się – następuje w wieku od 4 do 6 lat (Haecki-Buhofer, 1980). Jednak świadome używanie tych struktur wraz z ich metaforycznym bądź symbolicznym przekazem możliwe jest dopiero w wieku od 12 do 15 lat, niezbędne jest bowiem do tego wykorzystanie złożonych, abstrakcyjnych operacji mentalnych. Przyswajanie jednostek frazeologicznych, a tym bardziej stosowanie ich na poziomie produkcji językowej, wymaga od osoby abstrakcyjnego posługiwania się symbolami wiedzy pragmatycznej koniecznej do używania wyrażen ambivalentnych (Sułkowska, 2015, s. 59).

3. Metodologia badań własnych

Celem autorki artykułu jest zaprezentowanie i omówienie materiału leksykalnego dotyczącego rozumienia i interpretowania znaczenia związków frazeologicznych z komponentem *głowa*. Materiał zebrany został w grupie dzieci pięcioletnich z przedszkola znajdującego się w województwie wielkopolskim. Zadaniem badanych było wyjaśnienie następujących związków frazeologicznych z komponentem *głowa*: *głowa do góry*, *głowa/główka pracuje*, *stracić głowę*, *woda sodowa uderza do głowy*, *tęga głowa*, *pójść po rozum do głowy*, *wejść komuś na głowę*, *chodzić z głową w chmurach*, *wybić coś komuś z głowy*, *walić głową w mur*, *włos komuś z głowy nie spadnie*, *łamać sobie głowę*. Opracowanie pokazuje nie tylko to, w jaki sposób dzieci interpretują wybrane frazeologizmy, ale również, w jakim stopniu potrafią je odzwierciedlić za pomocą języka.

Na materiał badawczy składają się wyniki badań przeprowadzonych w przedszkolu w dwóch grupach dzieci pięcioletnich, zebrane podczas codziennej pracy logopedycznej, w której trakcie przedstawiono dzieciom zestaw pytań otwartych². Badana grupa liczyła

¹ Podobnie rzecz ma się z rozumieniem metafor (zob. Dryll, 2009).

² W badaniach tego typu wykorzystuje się również kwestionariusze z pytaniami zamkniętymi (zob. np. Śliwa, 2014/2015).

30 dzieci, w tym 15 dziewczynek i 15 chłopców. Rodzice wszystkich dzieci wyrazili pi-semną zgodę na badanie przed jego rozpoczęciem. Dzieci do badań wybrane zostały przypadkowo, część z nich uczęszcza na zajęcia logopedyczne, pozostałe poproszono o udział w próbie. Wszystkie one są w normie intelektualnej, bez zaburzeń neurologicznych, psychicznych, bez postawionej diagnozy ryzyka dysleksji rozwojowej. Podczas badania znajomości związków frazeologicznych można posłużyć się różnymi próbami diagnostycznymi: 1) etykietowaniem, czyli oceną znajomości frazeologizmów przez dopasowywanie związku frazeologicznego do opisu jego znaczenia, 2) aktualizowaniem struktury frazeologizmu przez uzupełnianie zdań z tzw. luką właściwym składnikiem frazeologizmu, 3) wyjaśnianiem znaczenia frazeologizmu przez danie polecenia, np. „Proszę wyjaśnić, co oznacza...?”. Pomiar rozumienia 12 związków frazeologicznych z komponentem *głowa* miał charakter indywidualnego wywiadu. Dzięki temu możliwe było opisanie rozumienia związków frazeologicznych z dziecięcej perspektywy, która często bywa odległa od perspektywy osób dorosłych. Zadaniem dzieci było wyjaśnienie frazeologizmu. Każdemu dziecku przedłożono zestaw tak samo skonstruowanych pytań „Co to znaczy (że)...?”, które nie były modyfikowane w trakcie badania. Podczas próby diagnostycznej nie podpowiadano dziecku, nie sugerowano żadnej odpowiedzi, nie ograniczono czasowo, jednak brak odpowiedzi po czasie około 30 sekund informował, że dziecko już jej nie udzieli. Większość dzieci odpowiadała bezpośrednio po zadaniu pytania. Wszystkie rozmowy z badanymi zostały zarejestrowane, a następnie przetranskrybowane i przeanalizowane.

Badanie polegało na – jak już wstępnie sygnalizowano – przedstawieniu dzieciom do wyjaśnienia 12 związków frazeologicznych o zróżnicowanym stopniu trudności. Spośród bogactwa frazeologizmów funkcjonujących w języku polskim wybrano te, które zawierają komponent *głowa*. Wybór taki podyktowany został zamiarem sięgnięcia do zagadnień bliższych dziecku, z którymi spotyka się na co dzień i które utrwalone są w tradycji językowej powieści. Tematyka frazeologizmów miała także skłonić rozmówców do formułowania na ich temat swobodnych wypowiedzi. Przyjęto, że pojedynczą wypowiedzią jest odpowiedź dziecka na zadane pytanie badającego. Podczas analizy badanych interpretacji pod uwagę wzięto to, do czego odwoływało się dziecko, opisując obiekt frazeologizmu – czy wymieniło cechy zachowania, cechy charakteru osoby tak się zachowującej, a może charakteryzowało obiekt przez omówienie podejmowanych przez nie aktywności.

Teksty zapisane zostały w oryginalnej formie składniowej i fleksyjnej, czyli takiej, jaką nadały im same dzieci. Nie uwzględniono warstwy fonetycznej, tj. wad artykulacyjnych, wypowiedzi badanych zapisano ortograficznie poprawnie.

4. Wyniki badań

W omawianym badaniu zadaniem dzieci nie było samodzielne użycie związków frazeologicznych w spontanicznej wypowiedzi, ale interpretacja znaczenia przedstawionych im wyrażen (nie miały swobody wyboru ani znaczenia, ani nośnika znaczenia). W toku analizy odpowiedzi ujawniły się regularności, które pozwoliły przypuszczać, że cechy omawianych zachowań były zróżnicowane. W analizie jakościowej wskazano na kilka tropów.

Frazeologizmy na ogół były nierozumiane lub rozumiane błędnie (zob. tabela 1). Łącznie nie udzielono żadnej odpowiedzi lub odpowiedziano „nie wiem” 151 razy (na 360 możliwych odpowiedzi). Jedynie kilka interpretacji stworzonych przez dzieci ma poprawne znaczenie, np. *głowa/główka pracuje* – ‘myśli’; lub jest zbliżone do właściwego podawanego przez słowniki, np. *stracić głowę* – ‘że się o czymś zapomniało’. Kilka przykładów miało zabarwienie przerośnięte, jednak niezgodne z definicjami słownikowymi, np.: *stracić głowę* – ‘bez mocy’; *pójść po rozum do głowy* – ‘pomyśleć o czymś’;³ ‘być poważnym’; *wejść komuś na głowę* – ‘że się komuś nie udało’; *wybić coś komuś z głowy* – ‘że się zapomni’; *łamać sobie głowę* – ‘nie myśleć’; ‘zepsuta głowa’.

Zauważono również, że troje dzieci wyjaśniało znaczenie związku frazeologicznego, podając inny frazeologizm lub metaforę, np. *stracić głowę* – ‘stracić rozum’; *łamać sobie głowę*; *wejść komuś na głowę* – ‘stworzyć drabinę jakąś z ludzi’.

Z analizy przytoczonych dziecięcych interpretacji wynika, że dzieci w wieku 5 lat zdecydowanie rozumieją związki frazeologiczne w sposób dosłowny, np. *stracić głowę* – ‘nie będzie się miało głowy’; ‘nie ma głowy’; ‘nożem sobie odetnąć’; *wejść komuś na głowę* – ‘jak ktoś wejdzie komuś na głowę, to on się połamie’; *chodzić z głową w chmurach* – ‘w chmurach trzeba albo iść na górę, albo na strych’; ‘jest się wysoko i ma się drabinę i się weszło na drabinę na dach’; *walić głową w mur* – ‘że się rozbije mur’; *głowa do góry* – ‘żeby spojrzeć na coś’; ‘żeby zobaczyć chmury i ptaki’; *włos komuś z głowy nie spadnie* – ‘nie ma włosów’.

Dziecięce interpretacje wskazywały na lokalizację *głowy* w przestrzeni oraz ruch przez nią wykonywany, np. *głowa do góry* – ‘się podnosi głowę’; ‘na bok’; ‘głowę podnieść do góry’; ‘do góry nogami’; ‘trzeba ją wygiąć do tyłu’; ‘wysoko głowa’; *głowa/główka pracuje* – ‘wychyla się w przód’; ‘na przykład robi takie kółka’; ‘to znaczy, że chcesz kiwnąć głową’; *tęga głowa* – ‘kiwa głowa’; *chodzić z głową w chmurach* – ‘do tyłu i do przodu’; ‘głowa lata’. Zamiast odpowiedzi werbalnej 15 dzieci wykonało ruch głową, który miał być odpowiedzią – dotyczyło to frazeologizmów: *głowa do góry*, *głowa/główka pracuje*, *chodzić z głową w chmurach*, *walić głową w mur*, *łamać sobie głowę*.

Z dziecięcych interpretacji można wywnioskować, że dzieci kojarzyły całość znaczeniową frazeologizmu z jakąś konkretną czynnością, np. *głowa/główka pracuje* – ‘zmywa naczynia, myje podłogę i odkurza’; ‘głowa może rysować, pracować albo uczyć się’; ‘naprawia’; ‘gada’.

Aby właściwie posługiwać się związkiem frazeologicznym, by umieć poprawnie odkryć, uchwycić i zdefiniować jego sens, należy go znać i rozumieć pewne konwencje znaczeniowe. Frazeologizm nie jest zdaniem, nawet jeśli składa się z kilku wyrazów, jest on zaś pojedynczą jednostką leksykalną (Kuszak, 2012, s. 328). Na podstawie analizy definicji stworzonych przez dzieci można zauważyć, że interpretacje dzieci były oparte na rozumieniu jednego komponentu ze związku frazeologicznego lub na skojarzeniu z nim związanym, niekoniecznie był to komponent *głowa*, np.: *woda sodowa uderza do głowy* – ‘jak woda tak robi, to człowiek ucieka’; ‘jesteś mokry’; ‘nie wolno się chlapać wodą’; ‘wyleca⁴ z butelki’; ‘się wypije wodę na przykład przez nos albo przez usta, na przykład się pływa i przypadkowo będzie się oddychać i woda wleci do buzi’; ‘trzeba się polać wodą’; ‘ktoś polał wodą’; *pójść po rozum*

³ Za pomocą średnika oddzielane są wypowiedzi dzieci.

⁴ ‘wylatuje’

do głowy – ‘może iść albo na basen, albo do cioci Krysi’; ‘można pojechać albo do babci, albo do dziadka, albo na miasteczko’; *wejść komuś na głowę* – ‘na barana można’; ‘wejść można na barana albo mogą psy, albo koty’; *wybić coś komuś z głowy* – ‘wybić młotkiem’; ‘zęba’ (2 odpowiedzi); ‘na przykład oczy, buzię, nos’; ‘wybić to można buzię i uszy, i oczy’; ‘oko’; *łamać sobie głowę* – ‘łamać to można sobie nogi albo można coś sobie ukłuć’; ‘kość się złamie, ale szybciej to robotowi się wyrwie głowa’; ‘złamać sobie nogę’.

Kilkakrotnie zdarzyło się, że dzieci jako wyjaśnienie znaczenia frazeologizmu powtarzały jeden z komponentów zawartych w związku, traktując go jako wyjaśnienie, coś oczywiście, coś, o co tak naprawdę nie trzeba pytać, bo właściwa interpretacja jest już w nim zawarta, np.: *wejść komuś na głowę* – ‘że się wejdzie’; *stracić głowę* – ‘że się straci’; *głowa/główka pracuje* – ‘że pracuje’; *wybić coś komuś z głowy* – ‘można wybić’; *łamać sobie głowę* – ‘że się łamie’.

Dzieci jako interpretację frazeologizmu podawały także synonimy któregoś z komponentów składowych, np.: *walić głowę w mur* – ‘uderzać’; ‘uderzyć’; ‘walić to możemy albo uderzyć się’; ‘można najmocniej uderzyć się szafą’; ‘że robi sobie guza’; *wejść komuś na głowę* – ‘skoczyć na niego’.

Część dzieci próbowała podać interpretację frazeologizmu poprzez wyjaśnienie związku przyczynowo-skutkowego – treść związku frazeologicznego stawała się przyczyną, np.: *stracić głowę* – ‘wyjechać do lekarza’; ‘trzeba jechać do szpitala’; ‘jechać do lekarza’; ‘jak będzie krew, to już nie żyje’; oraz skutkiem jakiegoś zdarzenia, czynności, np.: *stracić głowę* – ‘jak stracić głowę to tak biegnąć, to tak stracisz głowę’; ‘łamać sobie głowę’; ‘zostanie sam szkielet od głowy’.

Kilka razy zdarzyło się, że dzieci zmieniły brzmienie jednego wyrazu na zasadzie analogii: *tęga głowa* – ‘pęka’ (2 odpowiedzi); ‘trzeba jechać do szpitala, bo pęka’. Mogło to być podyktowane tym, że dzieci nie rozumieją znaczenia wyrazu *tęga*.

Niektóre dzieci próbowały wyjaśnić nielogiczność pewnych zachowań mownych i określonych działań, o których one informują, np. *walić głowę w mur* – ‘jak walić głowę w mur, to głowa może ci się złamać’; *włos komuś z głowy nie spadnie* – ‘ma się kask mocny i mu nie spadnie’. Wyjaśnieniom tym towarzyszył stanowczy, pouczający ton głosu, często z niedowierzaniem, że badany pyta o rzecz oczywistą. Dzieci używały również komunikacji niewerbalnej, jak mimika i gestykulacja.

Niektóre z interpretacji były dość oryginalne. Wskaźnik oryginalności oznacza unikatowość podawanych nazw, jednak nie wynika z niego jednoznacznie, czy dzieci starały się wymyślać jakieś niezwykle interpretacje związków frazeologicznych, czy chciały zadowolnić badanego przypadkowo wymyśloną definicją (Kubicka, 2005, s. 70). Dowodzi to tego, że dzieci miały w myślach sformułowaną interpretację, ale nie potrafiły jej zwerbalizować. Do przykładów takich oryginalnych interpretacji można zaliczyć wyjaśnienia m.in.: *tęga głowa* – ‘tęga głowa to może być las albo budyń’; ‘to może być, że ktoś może zetnąć głowę’; *głowa do góry* – ‘głowa może być jak ktoś urośnie, to głowa jest duża’; *wejść komuś na głowę* – ‘płot’; *walić głowę w mur* – ‘to będzie jak do kosmosa i już ktoś nie żyje’; ‘krzesło’ (2 odpowiedzi – *sic!*); *włos komuś z głowy nie spadnie* – ‘to jest strzały’; *stracić głowę* – ‘stracić to można coś sobie włożyć, albo paluszek, albo głowa’; *woda sodowa uderza do głowy* – ‘to jest szkło’; *pójść po rozum do głowy* – ‘ktoś u nas jest’; *chodź z głową w chmurach* – ‘chodź w chmurach to można mówić albo zobaczyć’.

Tabela 1

Zestawienie liczbowe odpowiedzi dzieci z podziałem na odpowiedź werbalną, odpowiedź za pomocą gestu oraz brak odpowiedzi

Związek frazeologiczny	Chłopcy			Dziewczynki		
	brak odpowiedzi	odpowiedź za pomocą gestu	odpowiedź werbalna	brak odpowiedzi	odpowiedź za pomocą gestu	odpowiedź werbalna
<i>Głowa do góry</i>	5	5	5 ^(a)	4	6	5 ^(b)
<i>Głowa/główwka pracuje</i>	9	–	6 ^(c)	11	1	3 ^(d)
<i>Stracić głowę</i>	8	–	7 ^(e)	7	–	8 ^(f)
<i>Woda sodowa uderza do głowy</i>	10	–	5 ^(g)	10	–	5 ^(h)
<i>Tęga głowa</i>	14	–	1 ⁽ⁱ⁾	10	–	5 ^(l)
<i>Pójść po rozum do głowy</i>	13	–	2 ^(k)	10	–	5 ^(l)
<i>Wejść komuś na głowę</i>	8	–	7 ^(m)	11	–	4 ⁽ⁿ⁾
<i>Chodzić z głową w chmurach</i>	11	1	3 ^(o)	10	–	5 ^(p)
<i>Wybić coś komuś z głowy</i>	9	–	6 ^(r)	9	–	6 ^(s)
<i>Walić głowę w mur</i>	10	–	5 ^(t)	7	1	7 ^(u)
<i>Włos komuś z głowy nie spadnie</i>	10	–	5 ^(v)	9	–	6 ^(w)
<i>Łamać sobie głowę</i>	9	–	6 ^(y)	7	1	7 ^(z)
łącznie	116	6	58	105	9	60

Źródło: opracowanie własne.

Objaśnienia: (a) 'spojrzeć na coś'; 'się podnosi głowę'; 'na bok, głowę podnieść do góry'; 'żeby zobaczyć chmury i ptaki'. (b) 'do góry nogami'; 'wysoko głowa'; 'trzeba ją wygiąć do tyłu'; 'głowa może być, jak ktoś urosnie, to głowa jest duża'; 'głowa może być, czy coś tam jest na górze, albo chmury, albo ptaszki'. (c) 'chcesz kiwnąć głową'; 'pracuje'; 'wychyla się w przód'; 'myśli; gada'; 'naprawia'. (d) 'głowa może rysować, pracować albo się uczyć'; 'na przykład zmywa naczynia, myje podłogę i odkurza'; 'na przykład robi takie kółka'. (e) 'jak będzie krew, to już nie żyje'; 'że się straci'; 'bez mocy'; 'stracić rozum'; 'jak stracić głowę, to tak biegnąć, to tak stracisz głowę'; 'niebezpieczna'; 'nie będzie się miała głowa'. (f) 'czyli się uderzyć'; 'zostanie sam szkielet od głowy'; 'nie ma głowy'; 'wyjechać do lekarza'; 'jechać do lekarza'; 'nożem sobie odetnąć'; 'że się o czymś zapomniało'; 'stracić to można coś sobie włożyć, albo paluszek, albo głowa'. (g) 'to jest szkło'; 'uderzasz w głowę'; 'jak woda tak robi, to człowiek ucieka'; 'wyleca z butelki'; 'bo jest niegrzeczna'. (h) 'jesteś mokry'; 'nie wolno się chlapać wodą'; 'się wypije wodę na przykład przez nos albo przez usta, na przykład się pływa i przypadkowo się będzie oddychać i woda wleci do buzi'; 'trzeba się połać wodą'; 'ktoś kogoś połać wodą'. (i) 'kiwna głowa'. (j) 'tęga głowa to może być las albo budyń'; 'pęka' (2 odpowiedzi); 'to może być, że ktoś może zetnąć głowę'; 'trzeba jechać do szpitala, bo pęka'. (k) 'ktoś jest u nas'; 'gdzieś biegniesz bardzo szybko, to głowa ci spadnie'. (l) 'może iść albo na basen, albo do cioci Krysi'; 'można pojechać albo do babci, albo do dziadka, albo na miasteczko'; 'pomyśleć o czymś'; 'być poważnym'. (m) 'jak wejść, to już nie spadnie'; 'płot'; 'jak ktoś wejdzie komuś na głowę, to on się połamie'; 'się wejdzie'; 'niebezpieczna'; 'skoczyć na niego; niegrzeczny'. (n) 'na barana można albo na ustę'; 'wejść można na barana albo mogą psy, albo koty'; 'stworzyć drabinę jakąś z ludzi'. (o) 'uderzyć w mur'; 'do tyłu i do przodu'; 'głowa lata'. (p) 'chodzić w chmurach to można mówić albo zobaczyć'; 'w chmurach trzeba iść na górę albo na strych'; 'komuś się nie udało'; 'tęcza się robi'; 'jest się wysoko i ma się drabinę i się weszło na drabinę na dach'. (r) 'można wybić'; 'że się bije'; 'niebezpieczna'; 'wybić młotkiem'; 'niegrzeczny ktoś jest'; 'poleci i już ktoś nie miał'. (s) 'zęba' (2 odpowiedzi); 'na przykład oczy, buzię, nos'; 'wybić to można buzię i uszy, i oczy'; 'oko'; 'że się zapomni'. (t) 'to będzie jak do kosmosa i już ktoś nie żyje'; 'jak walić głowę w mur to głowa może ci się złamać'; 'że się mur rozbije'; 'walić się'; 'uderzać'. (u) 'walić to możemy albo uderzyć się'; 'uderzyć'; 'można najmocniej uderzyć się szafą'; 'krzesło' (2 odpowiedzi); 'zrobi sobie guza'; 'żeby się nie uderzyć'. (v) 'to jest strzały'; 'jak się przecina, to może spaść'; 'przykleić'; 'że nieprzeplątane'; 'trzeba zatrzymać'. (w) 'wypadnie albo kapelus, albo bluza'; 'wiatr dmuchnie i nie spadnie'; 'to znaczy, że nie ma włosów'; 'jak ktoś chciał to, to spadnie'; 'ma się kask mocny i mu nie spadnie'; 'będzie leciała krew'. (y) 'złamać sobie nogę'; 'jak coś ci się złamało'; 'że się łamie'; 'niebezpieczna'; 'nie myśleć'; 'usnąć'. (z) 'łamać to można sobie nogi albo można coś sobie ukłuć'; 'leciała krew'; 'trzeba jechać do szpitala'; 'zepsuta głowa'; 'nożem'; 'kość się łamie, ale szybciej robotowi się wyrwie głowa'; 'sobie przetnąć'.

Podane przez dzieci wyjaśnienia frazeologizmów ukazują, jaki świat chcą one przedstawić. Dziecięce rozumienie związków frazeologicznych poświadcza różne perspektywy widzenia rzeczy, które utrwaliły się w języku dziecięcym, odpowiadając bowiem na zadane pytanie, dzieci obracają się wyłącznie w swoim świecie.

Interpretacja zadanych dzieciom związków frazeologicznych z komponentem *głowa* okazała się dla nich zadaniem trudnym. Trudność owa wynikać może z abstrakcyjnego charakteru frazeologizmów, gdyż ich przenośne znaczenie dalekie jest od konkretnych obiektów/czynności przez nie opisywanych. Frazeologizmy przybierać mogą także postać skomplikowanych konstrukcji gramatycznych. Jednak nade wszystko trudność wyjaśnienia znaczenia związków frazeologicznych przedstawionych dzieciom wynikała z ich niewielkiego doświadczenia w zakresie kulturowo-społecznym. Rozumienie związków frazeologicznych wymaga złożonej wiedzy o świecie społecznym, kulturowym i fizycznym, ponieważ ich przenośne znaczenie dotyczy bogactwa zjawisk natury psychologicznej, np. norm społecznych, zasad moralnych. Reasumując, rozumienie związków frazeologicznych wymaga zaawansowanych mechanizmów poznawczych, które pojawiają się w wieku myślenia formalnego. Dzieci pięcioletnie, o których mowa w artykule, funkcjonują na etapie przedformalnym, dlatego z ich aktualną wiedzą poznawczą nie mogą zrozumieć przysłowia i uciekają do wcześniejszych sposobów poznania, czyli rozumowania synkretycznego (Piaget, 1984).

Podsumowanie

Jean Piaget (1961) wyróżnił trzy okresy w rozwoju intelektualnym i językowym człowieka, wymienił też cechy charakterystyczne dla inteligencji dziecka i osoby dorosłej. Inteligencja dziecka wynika z tego, czego ono doświadczyło i co przeżyło; charakteryzują ją egocentryzm i indywidualność, opieranie się na realnych doświadczeniach i operacjach konkretnych, wiązanie się z wizualizacją i percepcją, odnoszenie się do systemu przedkonceptualnego i przedoperacyjnego (Sułkowska, 2015, s. 60). Dziecko, kiedy zaczyna świadomie używać struktur frazeologicznych wraz z ich pełnym rozumieniem znaczeń figuratywnych, musi osiągnąć poziom inteligencji osób dorosłych z uwagi na konieczność abstrakcyjnych procesów myślowych (niezbędnych podczas posługiwania się związkami frazeologicznymi) (Sułkowska, 2015, s. 60). Dzieci w wieku 5 lat, o których mowa w artykule, posługują się strategiami dosłownymi, nie angażują kontekstu w proces rozumienia. Strategie literalne wiążą się z myśleniem konkretnym i rzeczywistym, co umacnia tendencję dzieci do konceptualizacji dosłownej i referencyjnej w języku. Dopiero wiek w przedziale 10–11 lat jest decydującym momentem w rozwoju językowym. Dzieci w wieku 10 lat potrafią zrozumieć oraz właściwie zinterpretować frazeologizmy, z którymi spotykają się na co dzień, a także odróżnić zwyczajowe związki potoczne od właściwych związków frazeologicznych (Dean Qualls i in., 2003). W okresie 10–11 lat następuje zwiększenie rozumienia znaczeń idiomatycznych, co świadczy o rozwoju konwencji językowej.

Odbiór frazeologizmów jest uzależniony od czynników, które mogą wpływać na ich rozumienie, mogą to być: stopień trudności i przystępności danej struktury, stopień przejrzystości metaforycznej oraz obecność kontekstu, który wprowadza znaczenie figuratywne – ułatwia on rozumienie danej struktury przez dzieci w wieku do 9 lat (Sułkowska, 2015,

s. 61). Przystawianie utrwalonych struktur wyrazowych zależy od częstotliwości kontaktów dzieci, i ludzi w ogóle, z konkretną strukturą (Ortony i in., 1985). Związki frazeologiczne nie powinny jednak stanowić dla dziecka wyjątkowej trudności, są bowiem przez nie przyswajane jak reszta słownictwa w języku ojczystym (Haecki-Buhofer, 2004).

Mimo że dzieci nie wiedzą, czym są frazeologizmy, i nie potrafią wyjaśnić ich znaczenia, to jednak nieświadomie – jako konstrukcji wtopionych w ich język – używają ich na co dzień, słyszą je niemal każdego dnia. Wpływ na doskonalenie kompetencji językowych mają przede wszystkim codzienne relacje z najbliższymi i kontakty z rówieśnikami, także uczestnictwo w procesie edukacji przedszkolnej i szkolnej oraz dostęp do mediów i kreowanego przez nie świata wirtualnego. Istotną rolę odgrywa również kontakt z literaturą, światem sztuki – szeroko rozumianą kulturą. Jednak, aby poprawnie posługiwać się związkami frazeologicznymi oraz właściwie je interpretować, potrzebne jest doświadczenie językowe, umiejętność myślenia, rozumowania, dysponowanie teorią umysłu, językową i metajęzykową, oraz pamięć, którą należy kształtować podczas edukacji przedszkolnej i szkolnej.

Bibliografia

- Asch, S., Nerlove, H. (1960). The development of double punctuation terms in children: An experimental study. *Perspectives in Psychological Theory*, 1(1960), 47–60.
- Bobrow, S.A., Bell, S.M. (1973). On catching on to idiomatic expressions. *Memory and Cognition*, 1(3), 343–346.
- Boniecka, B. (2009). Frazeologia dziecięca. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, 27, 17–30.
- Dean Qualls, C., Treaster, B., Blood, G., Scheffner Hammer C. (2003). Lexicalization of idioms in urban 5th graders: A reaction time study. *Journal of Communication Disorders*, 5248, 1–17.
- Dryll, E. (2009). Rozumienie metafor z nazwą zwierzęcia w nośniku – perspektywa rozwojowa. *Psychologia Rozwojowa*, 14(2), 95–109.
- Gardner, H. (1974). Metaphor and modalities: How children project polar adjectives onto diverse domains. *Child Development*, 45, 84–89.
- Gibbs, R.W. (1980). Spilling the beans on understanding and memory for idioms in conversation. *Memory and Cognition*, 8, 149–156.
- Gibbs, R.W. (1986). Skating in thin ice: Literal meaning and understanding idioms in conversation. *Discourse Processes*, 9, 149–156.
- Haecki-Buhofer, A. (2004). La compréhension des phrasèmes: Approches, psycholinguistiques. W: S. Mejri (red.), *L'espace euro-méditerranéen: une idiomaticité partagée* (t. 2, s. 141–148). Editions de l'ENS.
- Haecki-Buhofer, A. (1980). *Der Spracherwerb von phraseologischen Wortverbindungen*. Huber.
- Kubicka, D. (2005). Myślenie metaforyczne i jego uwarunkowania u dzieci w wieku od 4 do 10 lat. *Studia Psychologiczne*, 43(2), 59–73.
- Kuszak, K. (2014). *Świat związków frazeologicznych w języku dziecka. Inspiracje teoretyczne – badania – implikacje praktyczne*. Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Kuszak, K. (2012). Związki frazeologiczne w edukacji językowej dziecka – zarys problematyki. *Studia Edukacyjne*, 22, 321–339.
- Lakoff, G., Johnson, M. (1988). *Metafory w naszym życiu*. Przekł. i wstęp T.P. Krzeszowski. Państwowy Instytut Wydawniczy.

- Lewicki, A.M., Pajdzińska, A. (2001). Frazeologia. W: J. Bartmiński (red.), *Współczesny język polski* (s. 315–333). Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Lodge, D.N., Leach, E.A. (1975). Children's acquisition of idioms in the English language. *Journal of Speech and Hearing Language*, 18, 521–529.
- Nippold, M.A. (1988). Figurative language. W: M.A. Nippold (red.), *Later language development, ages 9 through 19* (s. 167–190). College Hill Press.
- Ortony, A., Turner, T.J., Larson-Shapiro, N. (1985). Cultural and instructional influences on figurative language comprehension by inner city children. *Research in the Teaching of English*, 19, 25–36.
- Piaget, J. (1961). *Les mécanismes perceptifs*. Presses Universitaires de France.
- Piaget, J. (1984). *Mowa i myślenie dziecka* [przeł. J. Kołodzka]. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Podlawska, D., Świątek-Brzezińska, M. (2011). *Słownik frazeologiczny języka polskiego*. Wydawnictwo Szkolne PWN.
- Pollio, M.R., Pollio, H.R. (1974). The development of figurative language in children. *Journal of Psycholinguistic Research*, 3, 185–201.
- Searle, J. (1979). Metaphor. W: A. Ortony (red.), *Metaphor and thought* (s. 92–123). Cambridge University Press.
- Sułkowska, M. (2015). Percepcja, rozumienie i przyswajanie związków frazeologicznych. *Problemy Frazeologii Europejskiej*, 10, 49–65.
- Swinney, D., Cutler, A. (1979). The access and processing of idiomatic expressions. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 18(5), 523–534. [https://doi.org/10.1016/S0022-5371\(79\)90284-6](https://doi.org/10.1016/S0022-5371(79)90284-6).
- Śliwa, K. (2014/2015). Rozumienie związków frazeologicznych przez młodzież z uszkodzeniami narządu słuchu. *Biuletyn Logopedyczny*, 1–2, 83–99.
- Tokarski, J. (1986). Frazeologia i paremiologia. W: J. Podracki (red.), *Dydaktyka nauki o języku. Wybór prac*. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Vasta, R., Haith, M.M., Miller, S.A. (1995). *Psychologia dziecka*. Tłum. M. Babiuch [i in.]. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Wiejak, K., Kostka-Szymańska, M. (2001). Próba oceny myślenia przy pomocy testu interpretacji przysłów. W: B. Kaczmarek, K. Markiewicz, S. Orzechowski (red.), *Nowe wyzwania w rozwoju człowieka* (s. 67–75). Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

POLEMIKI

Co pacjent może wiedzieć o gielkocie? Kilka refleksji po lekturze książki *Too fast for words. How discovering that I don't stutter but clutter changed my life* Rutgera Wilhelma (Big Time Publishers, Nijmegen 2020, ss. 175, ISBN: 979-86-664-4439-9)

Naukowo-terapeutyczne rozprawy o jękaniu. Uwagi na temat książki *Dialog bez barier – kompleksowa interwencja logopedyczna w jękaniu*, zredagowanej przez Katarzynę Węsierską i Hildę Sønsterud





Co pacjent/klient¹ może wiedzieć o gielkocie?
Kilka refleksji po lekturze książki *Too fast for words. How discovering that I don't stutter but "clutter" changed my life*² Rutgera Wilhelma (Nijmegen: Big Time Publishers 2020, 175 s., ISBN: 979-86-664-4439-9)

What can the patient/client know about cluttering?
Some reflections on the book by Rutger Wilhelm *Too fast for words. How discovering that I don't stutter but "clutter" changed my life*
(Big Time Publishers. Nijmegen 2020, 175 s., ISBN: 979 86 664 4439 9)

W 2020 roku na rynku wydawniczym ukazała się kolejna anglojęzyczna pozycja dotycząca gielkotu, zatytułowana *Too fast for words*, czyli „Za szybki na słowa”. Już sama postać doświadczonego gielkotu autora, który przez dwadzieścia pięć lat żył w błędnym przekonaniu, że jest osobą jękającą się, przykuwa uwagę: Rutger Wilhelm obecnie jest członkiem holenderskiego i międzynarodowego stowarzyszenia osób jękających się (Nederlandse Stottervereniging „Demosthenes”; ISA – International Stuttering Association), przewodniczącym Komitetu ds. Konsumentkich Międzynarodowego Stowarzyszenia Gielkotu (the chair of the ICA Consumer Issue Committee; ICA – International Cluttering Association), stworzył też stronę internetową toofastforwords.com oraz grupę na facebooku: facebook.com/toofastforwords. Wilhelm jest niezwykle aktywnym popularyzatorem wiedzy na temat gielkotu. W 2019 roku podczas Światowego Kongresu ISA w Islandii poprowadził warsztaty – jedno zajęcia z Manon Spruit, a drugie samodzielnie – podczas których przedstawił codzienne problemy komunikacyjne osoby zmagającej się z gielkotem: odczucia i refleksje, możliwe formy samopomocy. Co ciekawe, na tym samym Kongresie przeprowadzony przez Wilhelma quiz Kahoot potwierdził, że gielkot nadal jest zaburzeniem mało znanym, nawet wśród logopedów (por. Faściszewska, 2018; Myers, St. Louis, 1992;

¹ Osoba, która korzysta z pomocy logopedycznej, w polskiej literaturze najczęściej jest nazywana „pacjentem”, dlatego to określenie przyjęto w niniejszym tekście. Autorka ma jednak świadomość, że w przypadku zaburzeń płynności mowy terminy: *pacjent* oraz *klient* są stosowane wymiennie (por. Piekacz i in., 2020).

² „Za szybki na słowa. Jak odkrycie, że nie jękam się, lecz doświadczam gielkotu, zmieniło moje życie” [tłum. M.K.].

Reichel i in., 2013; Spruit, 2015; Węsierska, 2016; Ward, 2006; Van Zaalen, Reichel, 2015; Van Zaalen, Winkelman, 2014).

Gdyby zapytać logopedów, co już dziś, w 2021 roku, wiedzą o giełkocie, poza specjalistami zaburzeń płynności mowy zajmującymi się diagnozą i terapią giełkotu, takimi jak m.in. Susanne Cook, Kenneth O. St. Louis, Florence L. Myers, Isabella K. Reichel, Manon Spruit, Yvonne Van Zaalen czy David Ward, a na gruncie polskim m.in. Jolanta Góral-Półtola, Wanda Kostecka, Zbigniew Tarkowski, Katarzyna Węsierska czy Tomasz Woźniak³, większość respondentów mogłaby mieć kłopot z udzieleniem wyczerpującej esencjonalnej odpowiedzi. Na trudności z identyfikacją i trafnym nazwaniem rodzaju zaburzenia mowy przez siebie (kolejno: dziecko – nastolatka – młodego człowieka) oraz przez terapeutów, wskazuje również Wilhelm w książce *Too fast for words*. Zaimek nieokreślony „coś” staje się słowem-kluczem w pierwszych rozdziałach publikacji (np. „coś” mi jest; nie jąkam się, lecz zmagam z „czymś” innym). Ten swoisty labirynt (nie)wiedzy otwiera historię odkrywania giełkotu dla autora i każdego czytelnika, kolejnych zaś dziesięć etapów-rozdziatów stanowi zajmujący opis serii (nie)fortunnych zdarzeń, które doprowadziły Wilhelma do szczęśliwego końca.

W publikacji można wyróżnić dwie zasadnicze części: terapeutyczną autobiografię pacjenta oraz kompendium wiedzy na temat istoty giełkotu, diagnozy i terapii tego zaburzenia. Przechodzeniu ze świata niewiedzy do poznania towarzyszy motto z *Alicji w Krainie Czarów*: „The hurrer you go, the behinder you get”⁴, które uwytknęła jedną z bardziej charakterystycznych cech mowy osoby z giełkotem – pośpiech spowalniający skuteczne działanie komunikacyjne. Podstawowe ogólne informacje na temat zaburzenia Wilhelm przedstawia jeszcze przed rozpoczęciem właściwej terapeutycznej autobiografii. We wprowadzeniu autor podaje własne wyjaśnienie istoty giełkotu, krótko przybliża jego cechy, sytuuje wśród innych zaburzeń mowy – to przystępne naświetlenie zjawiska stanowi ukłon w stronę każdego odbiorcy, również tego, który o giełkocie czyta/słucha po raz pierwszy. Bardziej rozbudowane informacje zostały umieszczone w drugiej części książki.

Żaden czytelnik żądny wiedzy na temat giełkotu nie zawiedzie się – *Too fast for words* w przystępny sposób wytknęła najnowszą wiedzę dotyczącą istoty zaburzenia, jego objawów osiowych i towarzyszących, trudności związanych z diagnozą oraz terapią logopedyczną. Wilhelm daje jasne, poparte wieloma przykładami i komentarzami wyjaśnienie, czym jest giełkot, jakie są jego rodzaje, czym różni się od innych zaburzeń mowy (m.in. jąkania, ADHD), jakie elementy powinny zostać uwzględnione w diagnozie, co charakteryzuje skuteczną terapię. Szczególnie zainteresowani tym kompendium wiedzy będą logopedzi poszukujący konkretnych wskazówek i porad do pracy, w kolejnych bowiem rozdziałach znajduje się obszerny zbiór zaleceń, reguł i zasad postępowania w giełkocie, opis ćwiczeń do wykorzystania w terapii, z wystarczającymi objaśnieniami i praktycznymi podpowiedziami, także przegląd technik i metod psychologicznych, które – stosowane równolegle z terapią logopedyczną – mogą wpłynąć na efektywność działań. Całą publikację wzbogacają ramki z różnymi informacjami na temat giełkotu: wypowiedziami pacjentów oraz członków

³ Spis publikacji anglojęzycznych dotyczących giełkotu dostępny jest na stronie MNSU. <http://www.mnsu.edu/comdis/kuster/cluttering.html>. W Polsce stan badań na temat giełkotu przedstawił m.in. Woźniak (2018). Informacje o publikacjach oraz wydarzeniach dotyczących giełkotu można znaleźć na bieżąco w newsletterach ICA (dostępne na stronie ICAwebsite: www.icacluttering.com).

⁴ „Im bardziej się spieszysz, tym bardziej zostajesz w tyle” [tłum. M.K.].

ich rodzin, obserwacjami logopedów, cytatami zaczerpniętymi z publikacji anglojęzycznych badaczy i terapeutów zaburzeń płynności mowy, m.in.: Van Zaalen, Reichel, Myers czy St. Louisa. W ewentualnym tłumaczeniu książki czytelników należałoby odsyłać również do publikacji polskich specjalistów zajmujących się gielkotem (np. Kostecka, 2006; Tarkowski i in., 2017; Tarkowski, Smul, 1988; Węsierska, 2015; Węsierska, Gaweł, 2018; Woźniak, 2008), a przede wszystkim zadbać o weryfikację zapisów bibliograficznych i pełną ich poprawność w kolejnych wydaniach⁵.

Problemy podejmowane w tej unikatowej książce dotyczą przede wszystkim osobistych, przez lata nawarstwiających się pytań autora: Co mi naprawdę dolega? Jak to nazwać? Jak wytłumaczyć ludziom, że jękam się w inny sposób? Czy tylko mnie dolega coś takiego? Dlaczego nikt nie rozumie, co mi jest? Dlaczego ludzie tak reagują na moją mowę? Kto może mi pomóc? Dlaczego dotychczasowe terapie były nieskuteczne? Jak można mi naprawdę pomóc? Gdzie jeszcze mogę szukać właściwych informacji na temat mojego zaburzenia? Odwagi i zaufania do czytelników wymagały od Wilhelma fragmenty, które przyjęły formę pamiętnika z okresu dojrzewania i początków pracy zawodowej. Wspomnienia z dzieciństwa, szkolnych dyskusji i z sytuacji w życiu dorosłym składają się na obraz wieloletniego niezrozumienia problemów z mową zarówno przez samego Wilhelma, jak i jego otoczenie (rodzinę, kolegów, nauczycieli, współpracowników), którego „życzliwe rady” były nietrafione ze względu na brak wiedzy o istocie gielkotu i możliwościach pomocy. Opisane i nazwane wprost emocje, jakie towarzyszyły autorowi, mogą stanowić pewnego rodzaju lustro dla innych osób zmagających się z gielkotem – które przez lata czuły się równie osamotnione i niezrozumiane, może nawet nie dostrzegały problemu lub wypierały go ze swojej świadomości.

Jeśli wziąć pod uwagę wieloletnie błędzenie Wilhelma po labiryncie (nie)pewności, trudno dziwić się pewnej goryczy i rozczarowaniu. Za niezwykle inspirujący można uznać fakt, że to właśnie osoba zmagająca się z gielkotem jest wzorem wytrwałości, nie poddaje się na drodze do poszukiwania „świętego graala”. Czy książka Wilhelma stanowi pretensję do logopedów? Czytelnik nie odnosi takiego wrażenia, choć autor identyfikuje niedoskonałości w systemie kształcenia terapeutów oraz opieki logopedycznej, zwraca uwagę na ogromne potrzeby i nadzieje osób z gielkotem, które chciałyby podjąć terapię, a długo nie mogą uzyskać właściwej pomocy. W tym aspekcie pogłębiona refleksja badaczy, dydaktyków oraz terapeutów zaburzeń płynności mowy jest konieczna.

Podczas lektury książki Wilhelma odbiorca ma nieodparte wrażenie, że *Too fast for word* to opracowanie przede wszystkim o dwóch najważniejszych czynnościach warunkujących (z)rozumienie pacjenta i gielkotu. Pierwszym jest słuchanie: człowieka (przez rodzinę, najbliższych, znajomych, nauczycieli, współpracowników, pracodawców itd.), pacjenta (jego wątpliwości, emocji, potrzeb, celów itd.), siebie (odsłuchu nagrania próbki własnej mowy, monitorowaniu siebie podczas mówienia), współrozmówcy (w interakcji językowej), terapeuty (identyfikującego i objaśniającego objawy zaburzenia mowy), logopedów-specjalistów w zakresie diagnozy i terapii zaburzeń płynności mowy (mających największą wiedzę na te-

⁵ W przypisach podane są odniesienia do publikacji, które nie zostały ujęte w spisie literatury (np. s. 15, 20, 65, 86, 119, 127, 129); w bibliografii umieszczona jest pozycja Van Zaalen i in. oznaczona rokiem 2009b, przy czym nie ma pozycji 2009a.

mat gielkotu), czyli o prawdziwym dialogicznym słuchaniu, z wysłuchaniem i usłyszeniem Innego. Wielokrotnie podkreślana przez autora koniczność słuchania (wy-, od-, po- itp.) zatrzymuje czytelnika w refleksji nad człowiekiem, nad problemami, z którymi się zmagają, nad potrzebami, które wyraża nawet nie wprost, ale też nad wyzwaniem współczesnej logopedii. Szeroko rozumiane słuchanie to jeden z filarów (meta)refleksji oraz dialogicznej relacji w procesie terapeutycznym i w interakcji komunikacyjnej. Poza słuchaniem potrzebne jest również – jako czynnik drugi – czytanie: odbiorcy/współ rozmówcy w żywym akcie mowy (w tym czytanie komunikacji niewerbalnej), pacjenta i wyników diagnozy (przez terapeutę), emocji (katalizatorów w gielkocie), zapisu mowy (wykresów rytmu mówienia, pauz, intonacji, natężenia dźwięków mowy), siebie przez osobę z gielkotem (symptomów płynących z ciała, a dotyczących higieny życia), terapeutę (przez pacjenta), metafor wyjaśniających gielkot, publikacji na temat gielkotu. Tak szeroko rozumiane w książce czynności słuchania i czytania nie zawsze są wolne od błędów, jednak – co wyraźnie podkreśla autor – w postępowaniu logopedycznym pogłębiona analiza i refleksja pozwalają sformułować trafne wnioski dotyczące działań pacjenta oraz z pacjentem – „Only through practice, through trial and error, you can grow”⁶ (Wilhelm, 2020, s. 132). Najważniejsze, by w tym procesie mieć dobrego przewodnika.

Dominujące w pierwszej części narracji osamotnienie podczas podróży przez meandry niejasności, niewłaściwych diagnoz, nietrafionych terapii, wątpliwych odpowiedzi znajomych czy rodziny, rozczarowań czy zawodów, dla Wilhelma skończyło się w chwili spotkania terapeutki Sophie⁷, która stała się jego przewodniczką. Wspierała Wilhelma w dążeniu do odkrycia i zrozumienia gielkotu, pomogła przejść przez właściwy proces diagnostyczny, zaproponowała adekwatną terapię, wyprowadzając z niewiedzy oraz zagubienia ku poznaniu, świadomości i procesowi zmiany komunikacji językowej, a tym samym – ku zmianie życia, jak podkreśla sam autor już w podtytule książki. Pseudonimizacja postaci terapeutki i ukazanie jej jako ucieleśnienia Mądrości (gr. σοφία – ‘mądrość’) stanowi wyraz niekwestionowanego szacunku autora dla swej przewodniczki. Subiektywna ocena postawy, pełnej empatii, spokoju, cierpliwości i zaangażowania, jest dla Wilhelma prezentacją modelowego specjalisty zaburzeń płynności mowy, z niewyrażonym wprost, lecz sugestywnym postulatem, by każdy, kto pomaga pacjentom z gielkotem lub kto jeszcze się kształci, wypracowywał cechy oraz kompetencje podobne do tych, którymi odznacza się Sophie.

Książka *Too fast for words* zawiera podziw autora dla profesjonalizmu przewodniczki, jednak pozostaje przede wszystkim historią pacjenta, który opowiada swoją terapeutyczną biografię – taka pozycja w logopedii jest białym krukiem. Przykłady z życia Wilhelma stanowią główną oś kompozycyjną, naukowa teoria zaś dotycząca gielkotu i innych zaburzeń mowy funkcjonalnie dopełnia indywidualną historię. Początkowo może zaskakującym, lecz absolutnie trafionym pomysłem jest przesunięcie głównego ciężaru uwagi czytelnika z przedmiotu (gielkotu) na podmiot (autora), co nie tylko nie wyklucza wyczerpującego i jasnego opisu zaburzenia mowy, lecz pozwala lepiej zrozumieć człowieka zmagającego się z gielkotem, zetknąć się z jego skrajnymi emocjami na różnych etapach życia: od rozczarowania, wstydu, frustracji po zaskoczenie, entuzjazm i zadowolenie.

⁶ „Tylko poprzez praktykę, metodą prób i błędów, możesz się rozwijać” [tłum. M.K.].

⁷ Imię terapeutki zostało zmienione przez autora.

Too fast for words jednoznacznie dowodzi, że respektowanie podmiotowości osoby z gielkotem, zbudowanie z nią w trakcie terapii prawdziwej dialogicznej relacji, opartej na akceptowaniu jedyności, poszanowaniu autonomii oraz wolności, jak również zorientowaniu na dobro drugiego (Kaźmierczak, 2016), pozwala budować pomosty i odnajdywać właściwą ścieżkę terapeutyczną, co w konsekwencji prowadzi do zmiany i podniesienia jakości życia człowieka. Książka zdaje się zachętą i zaproszeniem do czytania/słuchania opowieści każdej osoby zmagającej się z gielkotem, która z powodzeniem zabiera głos we własnej sprawie. Już biografia Wilhelma, jego działalność popularyzatorska oraz współpraca z terapeutami specjalizującymi się w niwelowaniu zaburzeń płynności mowy potwierdza, również w logopedii, znaczenie słów: *Nihil novi sine communi consensu* (łac. 'nic o nas bez nas'), tj. zasady, według której konieczne jest zintegrowanie nie tylko dowodów naukowych i opinii specjalistów, ale też perspektywy pacjenta/klienta/opiekuna w ramach terapii opartej na dowodach (Myers, 2018). Jak zostało już wspomniane, opowieść spisana przez Wilhelma jest współtworzona przez Sophie, ale także inne osoby z gielkotem, rodziny i znajomych oraz logopedów specjalizujących się w terapii zaburzeń płynności mowy – to ich analizy czy opisy sytuacji komunikacyjnych dopełniają obserwacje głównego bohatera, stanowią egzemplifikacje w opisie diagnozy oraz terapii gielkotu. Polifoniczność daje czytelnikowi możliwość dostrzeżenia powtarzających się konkluzji na temat gielkotu, ale też odmiennych symptomów czy emocji pacjentów – Wilhelm wyraźnie podkreśla, każda osoba z gielkotem jest inna, choć samo zaburzenie może dać wiele podobnych objawów.

Na koniec warto jeszcze raz odpowiedzieć na pytanie: Do kogo jest adresowana książka *Too fast for words*? W słowie wstępnym Spruit wskazuje, że do nietrafnie zdiagnozowanych, którzy dzięki lekturze zidentyfikują objawy gielkotu u siebie, do rozczarowanych nikłymi rezultatami dotychczasowej terapii zaburzeń płynności mowy, do terapeutów, którzy będą mogli lepiej zrozumieć, jaki wpływ na życie pacjenta ma rozpoznanie i postępowanie logopedyczne. Po odnalezieniu „świętego graala” Wilhelm może wprost wymienić zalety ze spotkania Sophie oraz przeprowadzonej terapii: pogłębienie wiedzy na temat gielkotu, nabranie zaufania do zaproponowanych dla siebie technik i metod, zdobycie umiejętności monitorowania własnej mowy, uwrażliwienie się na współrozmówcę w interakcji, uwierzenie na nowo w efektywność terapii logopedycznej, wreszcie – odwrażliwienie się na gielkot i zaakceptowanie go jako elementu życia.

Dzięki książce Wilhelma, opracowaniom wcześniejszym i tym, które – mam nadzieję – zostaną opublikowane w przyszłości, gielkot przestaje być sierotą w świecie zaburzeń mowy⁸. Z pewnością należy postulować o tłumaczenie *Too fast for words* na język polski, zwłaszcza że książkowych publikacji dotyczących samego gielkotu na naszym rynku jest niedostatek⁹. Opracowanie tak wyjątkowe, tj. jednocześnie wywołujące emocje czytelnika,

⁸ W 2007 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wyróżniła gielkot jako odrębną jednostkę nozologiczną (kod F 98.6 w ICD-10). Nie wszyscy badacze przyjmują, że gielkot jest odrębnym zaburzeniem mowy – niektórzy uznają za syndrom (Tarkowski, Smul, 1988; Tarkowski, 2017) czy podtyp jąkania się (Van Riper, 1982).

⁹ Książki o gielkocie w języku polskim to zaledwie trzy pozycje: Tarkowski, Smul (1988), Kostecka (2006), Spruit (2017). Postulat Węsierskiej (2016) o tłumaczenie ważnej pozycji: *Cluttering: Current views on its nature, diagnosis, and treatment* (Van Zaalen, Reichel, 2015) dotąd nie został spełniony.

inspirujące, pouczające, skłaniające do refleksji, zmieniające postrzeganie relacji logopedy i pacjenta oraz rozumienie samego zaburzenia mowy, nie ukazują się często.

Literatura

- Fańciszczyńska, M. (2018). Recenzja: Manon Spruit, Giełkot. Jak zrozumieć osoby mówiące niewyraźnie? Podręcznik diagnostyki i terapii. *Forum Logopedyczne*, 26, 197–201.
ICAwebsite. icacluttering.com (data dostępu: 15.08.2021)
- Kaźmierczak, M. (2016). Dialogiczna relacja logopedy i pacjenta. W: I. Jaros, R. Gliwa (red.), *Problemy badawcze i diagnostyczne w logopedii* (s. 9–17). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Kostecka, W. (2006). *Giełkot. Studium przypadku*. AWH Antoni Dudek.
MNSU. mnsu.edu/comdis/kuster/cluttering.html (data dostępu: 15.08.2021)
- Myers, F.L. (2018). Istota mowy bezładnej a interwencja logopedyczna w gielkocie. W: K. Węsierska, K. Gaweł. (red.), *Zaburzenia płynności mowy* (s. 44–63). Harmonia Universalis.
- Myers, F.L., St. Louis, K.O. (1992). Cluttering: Issues and Controversies. W: F.L. Myers, K.O. St. Louis (red.), *Cluttering: A clinical perspective* (s. 11–22). Far Communications.
- Piekacz, P., Węsierska, K., Węsierska, M. (2020). Uwarunkowania skuteczności terapii utrwalonego jąkania w opiniach logopedów i studentów logopedii. *Logopaedica Lodziensia*, 4, 187–204.
- Reichel, I.K., Scaler Scott, K., Van Zaalen, Y., Van Borsel, J., Leahy, M., Ward, D., Sønsterud, H., Adams, C., St. Louis, K.O., Ademola, G. (2013). ICA International mosaic on cluttering: Historic origins, research, assessment, and treatment. *Perspectives on Global Issues in Communication Sciences and Related Disorders*, 3(1), 5–13.
- Spruit, M. (2015). *Poltern – Unverständliches besser verstehen. Leitfaden zur Diagnostik und Therapie*. Natke Verlag.
- Spruit, M. (2017). *Giełkot – Jak zrozumieć osoby mówiące niewyraźnie. Podręcznik diagnostyki i terapii* [przeł. A. Robak]. Wydawnictwo Edukacyjne.
- Tarkowski, Z., Smul M. (1988). *Giełkot*. Wydawnictwo ZSL.
- Tarkowski, Z., Góral-Półrola, J., Reichel, I.K. (2017). Mowa bezładna. W: Z. Tarkowski (red.), *Patologia mowy* (s. 165–194). Harmonia Universalis.
- Too fast for words*. toofastforwords.com (data dostępu: 15.08.2021)
- Van Riper, Ch. (1982). *The nature of stuttering*. Prentice Hall (2nd ed.).
- Van Zaalen, Y., Reichel, I., 2015: *Cluttering: Current views on its nature, diagnosis, and treatment*. iUniverse.
- Van Zaalen, Y., Winkelman, C., 2014: *Broddelen een (on-)begrepen stoornis*. Coutinho.
- Ward, D. (2006). *Stuttering and cluttering. Frameworks for understanding and treatment*. Hove.
- Węsierska, K. (2016). Giełkot – zagadnienie wciąż słabo znane. *Forum Lingwistyczne*, 3, 151–155.
- Węsierska, K. (red.). (2015). *Zaburzenia płynności mowy. Teoria i praktyka*. T. 1. Uniwersytet Śląski–Komlogo, Piotr Gruba.
- Węsierska, K., Gaweł, K. (red.). (2018). *Zaburzenia płynności mowy*. Harmonia Universalis.
- Wilhelm, R. (2020). *Too fast for words: How discovering that I don't stutter but clutter changed my life*. Big Time Publishers.
- Woźniak, T. (2008). Standard postępowania logopedycznego w przypadku gielkotu. *Logopedia*, 37, 227–234.
- Woźniak, T. (2018). Zaburzenia płynności mowy – stan badań i praktyki logopedycznej na początku XXI wieku. *Logopedia*, 47(2), 141–156.



Naukowo-terapeutyczne rozprawy o jąkaniu się Uwagi na temat książki *Dialog bez barier – kompleksowa interwencja logopedyczna w jąkaniu*, pod redakcją Katarzyny Węsierskiej i Hildy Sønsterud

Scientific-therapeutic dissertations on stuttering. Remarks on the book *Dialog bez barier – kompleksowa interwencja logopedyczna w jąkaniu* [*Dialogue without Barriers – a Comprehensive Speech Therapy Intervention in Stuttering*], edited by Katarzyna Węsierska and Hilda Sønsterud

Podręcznikowe w swym charakterze kompendium wiedzy teoretycznej i praktycznej na temat skutecznej interwencji w jąkaniu się, zredagowane przez Katarzynę Węsierską i Hildę Sønsterud, wyróżnia się na tle zarówno wcześniejszych prac dotyczących patologicznej niepełności mówienia, jak i dostępnych na polskim rynku podręczników logopedycznych.

To monumentalna monografia – choć wieloautorska – jednego z bardziej frapujących zjawisk językowych i komunikacyjnych towarzyszących ludzkości od zarania. Jest zbiorem wielu informacji o jąkaniu się, poczynając od wiedzy na temat postaw wobec niego, przez możliwości ich zmiany, rozbudowany indeks form terapeutycznej interwencji, kwestie związane ze stawaniem się specjalistą w zaburzeniach płynności mowy, skończywszy na deskrypcji rozwiązań metodycznych, technologicznych. Swoistą ozdobą tomu są partie dotyczące np. roli humoru w interwencji balbutologopedycznej. Bynajmniej nie pełnią one funkcji ornamentacyjnej. W tomie zaprezentowano bardzo szerokie, wieloaspektowe ujęcie tematu, rzec by można – multidyscyplinarne, zakładające integrację różnych podejść – zarówno w profilaktyce, diagnozie, jak i w terapii jąkania się, uwzględniające współczesne trendy w logopedii: praktykę opartą na dowodach i dowody z praktyki, społeczny model niepełnosprawności, terapię zorientowaną na klienta (*client-oriented*) i współpracę ze środowiskiem (*community-based*). Tak szerokie – wielofasetowe opracowanie nie powstałoby, gdyby nie zespół autorski i tytaniczna praca. Ten pierwszy aspekt szczególnie wyróżnia książkę na tle całej polskiej nauki, nie tylko logopedii. Do projektu udało się bowiem zaprosić specjalistów z zakresu zaburzeń płynności mowy dosłownie z całego świata. Oprócz autorek i autorów z Norwegii i Polski rozdziały przygotowali przedstawiciele logopedii amerykańskiej, australijskiej, belgijskiej, brytyjskiej, greckiej, kanadyjskiej, libańskiej, maltańskiej i niemieckiej. To badacze, naukowcy, terapeuci, mentorzy, coachowie, tutorzy. Wśród

nich są osoby, które same mają własne, prywatne doświadczenia związane z jękaniami się, a niektórzy to także aktywiści ruchu samopomocy dla osób z jękaniami.

Kolejnym walorem tomu są jego konkretni adresaci: logopedzi, studenci logopedii i neurologopedii oraz inni specjaliści zajmujący się jękaniami chronicznymi, czyli dotykającym dzieci starszych, młodzieży, dorosłych, zatem osób, u których szanse na samoistne ustąpienie niepełności mowy są już bardzo małe. Mimo że taki zabieg redaktorski może sprawiać wrażenie zubażającego, zawężającego pole refleksji, tak naprawdę skutkuje realnym wzbogacaniem i pogłębieniem przedstawionych treści.

Warto podkreślić, że polska, rozszerzona w stosunku do ogólnoswiatowej, wersja książki ukazała się w 2021 roku. Tym samym wersja międzynarodowa, która premierę będzie miała w 2022 roku, jest skromniejsza o rozdziały napisane przez badaczy reprezentujących zespoły złożone wyłącznie z polskich autorów, prezentujące dość szczegółowo wybrane aspekty interwencji w jękaniu się, np. poradnictwo w balbutologopedii w warunkach polskich, dwa główne podejścia terapeutyczne w jękaniu się widziane z polskiej perspektywy, tj. upłynnianie mowy (*mówienie bardziej płynne*) i modyfikację jękania (*jękanie bardziej płynne*). Dodatkowo polski czytelnik może zapoznać się z założeniami i praktyką pracy z grupą czy uzyskać szczegółowe informacje na temat roli samopomocy.

Dodatkowy atut monografii wieloautorskiej, praktycznie niespotykany w naszym kraju, to jej powszechna dostępność. Obie wersje książki zostaną opublikowane w formule *open acces* na stronie LOGOLab (<http://www.logolab.edu.pl>) – bazie rzetelnej i aktualnej wiedzy, materiałów o jękaniu się oraz na temat metod interwencji logopedycznej, także w zakresie dostępnych form pomocy pozainstytucjonalnej. To wirtualne miejsce propaguje wiedzę o jękaniu się oraz o opartych na dowodach formach interwencji logopedycznej dla dzieci, młodzieży i dorosłych osób jękakających się.

Opisywana monografia wieloautorska jest z jednej strony zbiorem najnowszych – z punktu widzenia współczesnej balbutologopedycznej, ale i ogólnologopedycznej wiedzy – rozwiązań i pomysłów diagnostycznych oraz terapeutycznych, z drugiej – bardzo dobrym podręcznikiem gromadzącym wiadomości o jękaniu się. Efekt pierwszy uzyskano za sprawą wysokiego poziomu wiedzy naukowej, będącej rezultatem prowadzenia rozległych badań podstawowych nad fenomenem jękania się, efekt drugi – dzięki wielkim talentom dydaktycznymi transferencyjnym, którzy sprawnie dzielą się swoją wiedzą i doświadczeniem za pomocą subkodu pisanego języka¹. Mimo że nie każdy badacz musi być wytrawnym dydaktykiem, stopień nasycenia unifikowanym pierwiastkiem naukowo-poglądowym kart książki jest wyjątkowy. Nie trzeba nadzwyczajnej przenikliwości, by wiedzieć, że fakt ten jest zasługą redaktorek dzieła – doskonałych koordynatorek i swoistych naukowych selekcionerek.

Chociaż nie jest moim celem dokonanie deskrypcji treści aż dwudziestu jeden zwykle bardzo obszernych rozdziałów polskiego wydania, na niektóre z nich, prawem czytelnika rekomendującego, pragnę zwrócić uwagę. Merytoryczną część książki otwiera bardzo dobre,

¹ Muszę dodać, że formalnie o charakterze podręcznikowym monografii świadczą zamieszczone po tekście głównym pytania kontrolne, wykaz literatury zalecanej/sugerowanej, częste podawanie przez autorów definicji omawianych zjawisk, sposób segmentacji treści rozdziałów oraz egzemplifikowanie toku wywodów studiami przypadków czy prezentowanie scenariuszy zajęć terapeutycznych.

metalogopedyczne studium Kirsten Costain i Hildy Sønsterud, zatytułowane *Między badaniami naukowymi a praktyką logopedyczną: w kierunku zintegrowanej terapii mowy i języka*. Ten doskonały teoretyczny i metodologiczny wstęp do całej monografii mógłby być naukowym fundamentem, ale i ozdobą praktycznie każdego rzetelnego opracowania z zakresu logopedii. Poziom refleksji naukowej, epistemologiczne walory wywodu i dowodów, rzetelna analiza rodzajów wiedzy, podkreślenie wagi ucieleśnionych badań naukowych, pragmatyzm i eksternalistyczny kontekstualizm, zwracanie uwagi na „podstawę dowodową” (*evidence base*) dla logopedii i balbutologopedii oraz prakseologiczny wydźwięk to najważniejsze zalety tego świetnego studium. Rzeczony tekst to także – parafrazując cytowanych przez autorki Andrew H. Van de Vena i Paula E. Johnsona (2006) – najlepszy przykład „zaangażowanej pracy naukowej”. Zresztą to hasło mogłoby być pierwszym słowem kluczowym dla całej, niniejszym rekomendowanej monografii wieloautorskiej. Ciekawy i potrzebny jest tekst Kurta Eggersa *Stawanie się efektywnym logopedą specjalizującym się w zaburzeniach płynności mowy*. Autor skonfrontował w nim dwa pojęcia i kryjące się za nimi zjawiska: *terapię* i *efektywność*. Mimo że intuicyjnie wiemy, iż pierwsze nie ma sensu bez drugiego, ciągle o efektywności terapii logopedycznej, rozumianej prakseologicznie jako sprawne i skuteczne działanie, mówi się zbyt mało, w naszym kraju – prócz monografii dotyczącej efektywności terapii dyslalii autorstwa prof. Danuty Pluty-Wojciechowskiej (2018) – praktycznie w ogóle². Dobrze, że Eggers na te kwestie uczula. Mą baczną uwagę przykuł również rozdział Martine Vanryckeghem, zatytułowany *Ocena afektywnych, behawioralnych i kognitywnych aspektów jąkania – jak złożenie tych elementów układanki prowadzi do diagnozy różnicowej i wyznacza cele terapii*. Polecam go uważnej lekturze wszystkim tym, których interesuje obiektywizacja procesu diagnozy i terapii logopedycznej za sprawą wystandaryzowanych technik, testów, skal i protokołów ocen. W tym opracowaniu można znaleźć wyczerpującą charakterystykę wielu z nich. Choć w sensie linearnym studium dotyczy jąkania się, jest doskonałym głosem za odrzuceniem subiektywizmu poznawczego w całej logopedii (por. np. Grabias, 2012).

Nie tylko zagraniczni autorzy bezpośrednio wpływają na wysoką jakość merytoryczną ocenianego tomu. Przykładem bardzo dobrego studium napisanego przez polskie autorki jest opracowanie Aleksandry Boroń i Lucyny Jankowskiej-Szafarskiej *Modyfikacja jako adaptacyjny sposób radzenia sobie z niepłynnością mowy*. Ma ono charakter pogłądowo-koncepcyjny z elementami opracowań kazuistycznych. Dla studium, którego celem jest przybliżenie założeń metody modyfikacji jąkania się oraz ukazanie jej jako adaptacyjnego sposobu radzenia sobie z trudnościami charakterystycznymi dla patologicznej niepłynności mowy, to rozwiązanie słuszne. Dzięki wybranemu zabiegowi redakcyjnemu udało się autorkom napisać bardzo udaną krótką monografię rzeczonyj metody. Nie można by zamierzonego rezultatu osiągnąć, gdyby po pierwsze nie reprezentowały one wysokiego, erudycyjnego poziomu przygotowania merytorycznego, po drugie – znały patologiczną niepłynność mówienia wyłącznie z lektury opracowań naukowych. Tylko połączenie aspektu naukowo-metodologicznego oraz praktycznych doświadczeń terapeutycznych mogło być gwarantem powodzenia realizacyjnego. Obie redaktorki naukowe właśnie taki styl uprawia-

² Dla porządku dodam, że przed laty kilka studiów-postulatów dotyczących lepszego zarządzania jakością procedur diagnostyczno-terapeutycznych popełniłem (Michalik, 2014a, 2014b, 2014/2015).

nia nauki (cel poznawczy) i pisanie/mówienie o poznawanym wyimku rzeczywistości (cel transferencyjny) uosabiają. Pisząc monograficzne opracowanie metody modyfikacji jąkania się, trzymając się mocno i konsekwentnie realizmu terapeutycznego, skupiły się przede wszystkim na przedstawieniu założeń metody modyfikacji jąkania się, kolejnych etapów terapii, technik terapeutycznych wykorzystywanych w metodzie. Co niezwykle cenne, autorki przedstawiają również początki i rozwój metody w ujęciu diachronicznym, co partiom ich tekstu nadaje wymiaru refleksji anagnostycznej.

Mimo że dzieło bezwzględnie polecam lekturze, prawem krytycznego czytelnika na kilka kwestii w konwencji polemiki chciałbym zwrócić uwagę.

Po pierwsze, mając świadomość wrażenia ulegania naukowej ksenofobii i poznawczej zaściankowości, muszę wyraźnie stwierdzić, że trudno jest mi przyjąć eksploatowany na łamach książki termin *klient* na określenie podmiotu oddziaływań terapeutycznych w zakresie balbutologopedii. Oczywiście zdaję sobie sprawę z tego, że wpływ na odbiór tomu mają: mój wiek, wchodzenie w rzeczywistość logopedyczną w okresie, gdy była ona przeniknięta pierwiastkiem nadmiernej misyjności i terapeutycznym mistycyzmem, oraz niechęć do merkantylizmu, który transakcyjność zdobywania dóbr (poprawy płynności mówienia i przez to dobrostanu) łączy z dalszą dystrybucją i zyskiem, czyli atrybutami klienta. Owszem, redaktorki tomu dość przekonująco starają się bronić swego semantycznego i stylistycznego wyboru, pisząc: „[...] jest to odbiciem upowszechniającego się w ostatnich latach trendu, zgodnie z którym jąkanie traktowane jest jako atypowa forma wypowiedzania się, nie zaś jako zaburzenie czy choroba”. Bez chwili wahania przyjąłbym ten argument, gdyby nie pewne niespójności znaczeniowe narosłe wokół terminu na łamach monografii. W semantyce tych dziewięciu leksemów kryją się aż trzy nie zawsze komplementarne porządki: medyczny (leczenie), biznesowy (klient) oraz edukacyjny (nauczanie). Innymi słowy – pacjent powinien być przede wszystkim leczony, a nie edukowany czy traktowany jako źródło dochodu. Kolejną niespójność, tym razem o charakterze logiczno-składniowym, odkryłem w opracowaniu Eggersa: „[...] większość klientów, dzieci i nastolatków, a także ich rodziców [...]”. Kim zatem jest klient balbutologopedii? Na pewno osobą dorosłą, ale już nie dzieckiem czy nastolatkiem. Dlaczego? Tylko Eggers i/lub tłumacz jego tekstu wiedzą.

Po drugie, w tej bardzo dobrej książce brakuje mi rozdziału dotyczącego *stricte* kwestii etiologicznych, biologicznych, taksonomicznych. Pomimo wrażenia nadmiernej szkolarskości byłby doskonałym, z punktu widzenia np. dydaktyki akademickiej, wzbogaceniem monografii. Jeśli opracowanie pretenduje do miana kompleksowego podręcznika „na temat jąkania się”, byłoby dobrze, gdyby niewytrawny czytelnik, adept balbutologopedii, takową wiedzę otrzymał. Wówczas nie musiałby sięgać po inne opracowania.

Po trzecie, w krótkim – w porównaniu z całością opracowania – wstępie redaktorki dwukrotnie piszą o wyjątkowości zredagowanej przez siebie monografii. W żadnym stopniu nie negując – tu przytoczę kilka synonimów wyrazu *wyjątkowy* – *nadzwyczajności*, *nieprzeciętności*, *niepowtarzalności*, *niezwykłości*, *bezkonkurencyjności* książki, jako reprezentant skromnych odbiorców i cichych czytelników wolałbym sam, nie ulegając sugestiom, takiej przydawki używać w kontekście tej, zaiste, wyjątkowej pozycji.

Bez wątpienia te ponad 650 stron bardzo dobrych tekstów przejdzie do historii polskiej balbutologopedii nie tylko przez wzgląd na dostępność, otwartość. Bardzo rzadko bowiem udaje się uzyskać w tak dużym i trudnym dziele wieloautorskim taki poziom unifikacji,

homogeniczności treści. Z jednej strony to – rzecz oczywista – refleks poziomu zaawansowania światowej myśli balbutologopedycznej, z drugiej zaś – wynik ogromu pracy redaktorów. Zatem – rekomendując tę wyjątkową, nadzwyczajną, nieprzeciętną, niepowtarzalną, niezwykłą, bezkonkurencyjną publikację – życzę czytelnikom, odwołując się do jednego z jej haseł kluczowych, „zaangażowanej” lektury tej pracy naukowej.

Literatura

- Grabias, S. (2012). O ostrość refleksji naukowej. Przedmiot logopedii i procedury logopedycznego postępowania. W: S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Logopedia. Wybrane aspekty historii, teorii i praktyki* (s. 56–69). Harmonia Universalis.
- Michalik, M. (2014a). „Zarządzanie jakością” w logopedii – propozycja metodologiczna. W: M. Michalik (red.), *Nowa Logopedia*, t. 5: *Diagnoza i terapia logopedyczna osób dorosłych i starszych* (s. 77–94). Collegium Columbinum.
- Michalik, M. (2014b). „Zarządzanie jakością” w praktyce logopedycznej (na przykładzie diagnozowania stopnia przyswojenia kompetencji ortofonicznej przez dorosłych użytkowników języka). W: M. Michalik (red.), *Nowa Logopedia*, t. 5: *Diagnoza i terapia logopedyczna osób dorosłych i starszych* (s. 135–156). Collegium Columbinum.
- Michalik, M. (2014/2015). Procedury postępowania logopedycznego w świetle „teorii kompleksowego zarządzania jakością” i jej instrumentów, *Logopedia*, 43/44, 13–31.
- Pluta-Wojciechowska, D. (2019). *Efektywność terapii dyslalii. Logopedyczno-lingwistyczna analiza wyników badań*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Van de Ven, A.H., Johnson, P.E. (2006). Knowledge for theory and practice. *The Academy of Management Review*, 31(4), 802–821. <https://doi.org/10.5465/AMR.2006.22527385>





Noty o autorkach i autorach

Kamil Brzeziński – dr, adiunkt w Katedrze Metod i Technik Badań Społecznych w Instytucie Socjologii Uniwersytetu Łódzkiego, a także psychoterapeuta w trakcie certyfikacji. Zainteresowania badawcze to m.in.: jakościowe metody badawcze, a także partycypacja i partycypacyjne badania w działaniu.

Agata Deckert-Brzezińska – mgr, neurologopeda, pedagog rewalidacyjny. Prowadzi Łódzkie Centrum Terapii i Szkolenia, w którym pracuje z dziećmi, młodzieżą i dorosłymi z niepełnością mówienia. Prowadzi terapię indywidualną i grupową, a także organizuje i współprowadzi wyjazdy terapeutyczne dla dzieci i młodzieży z niepełnością mówienia. Bliska jest jej metoda PALIN PCI, modyfikacja jąkania, jak również techniki upłynniające mówienie. W pracy z klientem koncentruje się także na wydobyciu zasobów zgodnie z podejściem TSR (Terapia skoncentrowana na rozwiązaniach).

Jeremy J. Donai – profesor nadzwyczajny audiologii w Texas Tech University Health Sciences Center w Lubbock, w stanie Teksas, USA. Kieruje Laboratorium Percepcji Słuchowej w Centrum Badań Mowy, Języka i Słuchu. Jego zainteresowania badawcze obejmują percepcję mowy i problemy zawodowe w audiologii.

Maria Fańciszevska, dr, filolog polski i rosyjski, neurologopeda, surdologopeda, adiunkt w Instytucie Logopedii Uniwersytetu Gdańskiego. Ukończyła I stopień TSR (Terapia skoncentrowana na rozwiązaniach) oraz szkolenie z metody *Kids'Skill – Dam Radę!* Bena Furmana. W 2021 roku ukończyła Europejską Kliniczną Specjalizację Zaburzeń Płynności Mowy. Odbýła również liczne kursy i szkolenia z zakresu diagnozy i terapii osób z jękaniem i giełkotem. W 2021 roku brała udział w szkoleniu Stuttering Foundation 2021 Online Summer Workshop: Using Cognitive Approaches with People Who Stutter. W pracy naukowej i praktyce logopedycznej zajmuje się przede wszystkim zaburzeniami płynności mowy, dwujęzycznością, SLI, CAPD. Jest członkinią Polskiego Towarzystwa Logopedycznego (PTL) oraz International Cluttering Association (ICA). Autorka książki *Jąkanie. Wypowiedzi dialogowe i narracyjne osób jękających się*, (Gdańsk 2020).

Lauren E. Johnson uzyskała tytuł magistra patologii mowy i języka na William Paterson University. Prowadzi terapię mowy dzieci w Parsippany Troy-Hills Public School w stanie New Jersey, USA, a także prowadzi prywatną praktykę jako terapeuta.

Magdalena Knapiek – dr (tytuł doktora nauk humanistycznych w dyscyplinie językoznawstwa na podstawie rozprawy „Zaburzenia przetwarzania porządków linearnych w języku dzieci pięcio- i sześciolletnich” w 2015 r.), adiunkt w Zakładzie Logopedii Instytutu Glottodydaktyki Polonistycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, absolwentka filologii polskiej tejże Uczelni (2010). Specjalizuje się

Noty o autorkach i autorach

w diagnozie i terapii zaburzeń rozwoju mowy dzieci do 3. roku życia, ze szczególnym uwzględnieniem budowania kompetencji językowej i komunikacyjnej dzieci z opóźnionym rozwojem mowy, autyzmem, zespołem Aspergera, afazją oraz niedosłuchem. Obecnie szczególną uwagę poświęca mioterapii oraz pacjentom z trudnościami w obszarze ustno-twarzowym. Prowadzi konsultacje dla noworodków i niemowlaków z problemami w karmieniu. Jej zainteresowania naukowe skoncentrowane są na logopedii w aspekcie lingwistyki humanistycznej. Zajmuje się rozwojem języka w życiu prenatalnym, zaburzeniami mowy u dzieci z poważnymi deficytami rozwojowymi, bada zależności między opóźnieniem w rozwoju mowy a problemami laryngologicznymi.

Henriette Langdon – doktor, emerytowana profesor z San José State University, Communication Disorders and Sciences Department w San José, w stanie Kalifornia, USA. Doktor Langdon od 38 lat zajmuje się patologią mowy i języka. W tym okresie sprawowała wiele różnych funkcji, w tym klinicysty, promotora i profesora. Jej specjalnością i obszarem badań jest dwujęzyczność oraz współpraca z tłumaczami ustnymi i pisemnymi. Opublikowała kilka książek, rozdziałów i recenzowanych artykułów na temat jej zainteresowań badawczych. Ma na swoim koncie liczne wystąpienia konferencyjne w USA i za granicą. Dr Langdon biegle posługuje się językami polskim, hiszpańskim, francuskim oraz angielskim i używa tych języków w swojej pracy klinicznej.

Jennifer G. Litzinger uzyskała tytuł magistra patologii mowy i języka na Western Kentucky University. Prowadzi terapię logopedyczną z dziećmi w Thompson School District w Loveland, w stanie Kolorado, USA.

Kenneth St. Louis – emerytowany profesor West Virginia University w Morgantown, w stanie Wirginia Zachodnia, USA. Założył International Project on Attitudes Towards Human Attributes (IPATHA) i współpracował z badaczami 48 krajów, prowadząc badania postaw społecznych wobec jąkania się, gielkotu i innych potencjalnie stygmatyzujących zaburzeń mowy, wykorzystując odpowiednie wersje ankiety Public Opinion Survey of Human Attributes (POSHA). Od 50 lat publikuje i prezentuje referaty lokalnie, w kraju i za granicą na temat różnorodnych aspektów jąkania się i gielkotu.

Mirosław Daniel Michalik – prof. dr hab., logopeda, lingwista stosowany w Katedrze Języka Polskiego Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie oraz w Instytucie Pedagogicznym Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nowym Sączu, wiceprzewodniczący Polskiego Towarzystwa Logopedycznego, członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Logopedycznego, członek Zespołu Rozwoju i Zaburzeń Mowy Rady Języka Polskiego przy PAN, członek Rad Naukowych, Redakcyjnych i Recenzenckich kilkunastu czasopism. Biegły sądowy z zakresu logopedii. W latach 2014–2019 kierownik Zakładu Neurolingwistyki Instytutu Filologii Polskiej UP. Brał udział w pracach Komisji Rozwoju i Zaburzeń Mowy Komitetu Językoznawstwa Polskiej Akademii Nauk. Pełnił m.in. funkcję redaktora naczelnego „Nowej Logopedii”, „Neurolingwistyki Praktycznej”, serii „Studia Logopaedica”. Autor 150 publikacji naukowych, w tym 7 monografii autorskich.

Lauren E. Myers uzyskała tytuł magistra patologii mowy i języka na West Virginia University. Pracuje jako pediatra w przychodni medycznej w Fredericksburg, w stanie Wirginia, USA.

Özlem Öge-Daşdöğen – adiunkt patologii mowy i języka na Uniwersytecie Istinye w Stambule, Turcja. Po uzyskaniu tytułu magistra na Uniwersytecie Anadolu w Eskişehir, przez dekadę pracowała jako klinicysta patologii mowy i języka w Stambule. Jej badania doktoranckie na Uniwersytecie Stambulskim i zainteresowania badawcze dotyczą obszarów na zbiegu zaburzeń komunikacji i neurobiologii.

Terry Irvine Saenz – dr, profesor nauk o komunikacji i zaburzeniach na California State University w Fullerton, położonym na południu stanu Kalifornia, USA, gdzie od 32 lat pracuje jako wykładowca. W swoich badaniach koncentruje się na pomocy uczniom pochodzącym z różnych kultur i posługujących się różnymi językami. Współpracując ze szkołami w zakresie integracji językowej i kulturowej, opiekowała się setkami uczniów. Ponadto prowadzi badania i prezentuje ich wyniki zarówno na konferencjach lokalnych, jak i krajowych o tematyce współpracy z tłumaczami w przypadkach, gdy patolog mowy i języka nie posługuje się tym samym językiem co klient/pacjent. Dr Saenz posługuje się językiem angielskim jako ojczystym, ale opanowała język hiszpański, by móc komunikować się ze swoimi klientami/pacjentami i ich rodzinami.

Marta Smykała – dr, Katedra Lingwistyki Stosowanej w Instytucie Neofilologii Kolegium Nauk Humanistycznych Uniwersytetu Rzeszowskiego. Zainteresowania badawcze: językoznawstwo kontrastywne, lingwistyka tekstu i dyskursu, lingwistyczna analiza dyskursu, dyskurs migracyjny, lingwistyka mediów, multimodalność w tekstach medialnych, podręcznik szkolny jako przedmiot badań językoznawczych. Autorka monografii *„Wenn jemand eine Reise tut...”. Die kontrastive Textologie am Beispiel der österreichischen und polnischen Tourismuswerbung* (Frankfurt am Main 2015), serii artykułów dotyczących dyskursu migracyjnego (zwłaszcza tzw. kryzysu uchodźczego 2015), a także analiz podręczników szkolnych; współredaktorka m.in. dwutomowej publikacji pt. *Lingwistyka tekstu w Niemczech. Pojęcia, problemy, perspektywy* (Wrocław 2009) i *Lingwistyka tekstu w Polsce i w Niemczech. Pojęcia, problemy, perspektywy* (Wrocław 2009).

Paulina Wójcik-Topór – dr (tytuł doktora nauk humanistycznych w zakresie językoznawstwa na podstawie rozprawy *„Potoczność wypowiedzi dziecięcych na podstawie audycji radiowej Dzieci wiedzą lepiej”* – Wydział Filologiczny Uniwersytetu Pedagogicznego, 2012), adiunkt w Zakładzie Logopedii Instytutu Glottodydaktyki Polonistycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego. Wcześniej odbyła studia magisterskie z zakresu filologii polskiej z logopedią na Uniwersytecie Pedagogicznym im. KEN w Krakowie (2008). Od roku 2010 pracuje w placówkach medycznych jako logopeda kliniczny, zajmując się terapią głównie osób dorosłych po różnych incydentach neurologicznych. Prowadzi warsztaty i szkolenia z zakresu dydaktyki i procedur postępowania logopedycznego w afazji oraz programowania terapii mowy i języka osób dorosłych. Jej zainteresowania badawcze dotyczą nauczania wymowy polskiej obcokrajowców, diagnozy zaburzeń mowy i języka, a także terapii osób w śpiączce i zespole zamknięcia. Interesuje się również gerontologopedią.

Ewelina Zając – dr n. hum., pracuje w Zakładzie Dialektologii Polskiej i Logopedii na Wydziale Filologicznym Uniwersytetu Łódzkiego. Zainteresowania badawcze: kreatywność językowa dzieci i młodzieży, fluencja słowna dzieci, technika mówienia, onomastyka. Autorka monografii: *Toponimia powiatu tureckiego. Słownik nazw* (Łódź 2016), *Toponimia powiatu tureckiego. Analiza materiału* (Łódź 2020). Jej artykuły ukazały się m.in. w czasopiśmie: „Logopedia”, „Logopaedica Lodziensia” „Poradnik Językowy”, „Studia Pragmalingwistyczne” oraz w licznych pracach zbiorowych.

Redakcja

Aleksandra Kalaga (język angielski)

Barbara Konopka (język polski)

Marek Krisch (język niemiecki)

Korekta

Adriana Szaforz

Opracowanie graficzne, projekt okładki

AiR Anna Osadnik i Ryszard Stotko

Przygotowanie okładki do druku

Paulina Dubiel

Łamanie

Edward Wilk

ISSN 2450-2758

(wersja elektroniczna)

Publikacja na licencji Creative Commons

Uznanie autorstwa-Na tych samych warunkach

4.0 Międzynarodowe (CC BY-SA 4.0)

<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.pl>



Wydawca

Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego

ul. Bankowa 12B, 40-007 Katowice

www.wydawnictwo.us.edu.pl

e-mail: wydawnictwo@us.edu.pl

Wydanie 1. Ark. druk. 13,25. Ark. wyd. 18,5.

Egzemplarz bezpłatny

Więcej o książce

ISSN 2450-2758

