

Aleksandra Jastrzębowska-Jasińska

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

Propozycja Programu Całościowej Zintegrowanej Aktywności Dzieci dla dzieci jąkających się i ich rodzin – badanie pilotażowe

1. Jąkanie wczesnodziecięce

Jąkanie można definiować na różne sposoby, z punktu widzenia: psychologicznego, lingwistycznego, fizjologicznego lub socjologicznego. Psychologiczne definicje kładą nacisk na indywidualne reakcje na niepłynność mówienia i określenie charakterystyki osoby jąkającej się. Jak zauważa Charles Van Riper [1964], jąkanie związane jest z frustracją, wrogością, poczuciem winy, lękiem, stresem komunikacyjnym oraz obawami przed wypowiedaniem niektórych głosek i słów, a także brakiem pewności siebie i płynności mówienia. Ujęcie lingwistyczne jąkania skupia się na opisie objawów niepłynnego mówienia. Leon Kaczmarek [1988] pisze, że jąkanie to zaburzenie mowy uwidaczniające się w akcencie, melodii i rytmie wypowiedzi. Według Tomasza Woźniaka [1994] w niepłynności mówienia występują głównie zjawiska fonetyczne polegające na zakłóceniach tempa mówienia, melodii, iloczasu, koartykulacji i rytmu mówienia. W ujęciu fizjologicznym badacze, opisując jąkanie, podają jego patomechanizm lub przyczyny. Władysław Ołtuszewski [1893] uważa, że jąkanie spowodowane jest spastycznymi ruchami mięśni aparatu artykulacyjnego. Antoni Pruszewicz [1993] twierdzi, że jąkanie wynika z rozpadu koordynacji wszystkich ruchów uczestniczących w mowie. Natomiast socjologiczne definicje jąkania pokazują, że nie jest ono tylko zaburzeniem logopedycznym, ale także zaburzeniem międzyludzkiej komunikacji. Stanisław Grabias [1996] pisze, że jąkanie powoduje obniżenie sprawności językowej w aspekcie sytuacyjnym, społecznym i pragmatycznym, a także zakłócenie międzyludzkich interakcji, ponieważ kiedy nadawca jąka się, odbiorca nie wie, jak ma się zachować, a jego zakłopotanie może udzielić się mówiącemu. Podsumowując wymienione definicje, Stanisław Tarkowski opisuje jąkanie jako „niepłynność

mówienia, spowodowaną nadmiernymi skurczami mięśni oddechowych, fonacyjnych lub artykulacyjnych, której to niepłynności towarzyszą różnorodne reakcje indywidualne i społeczne, zakłócające komunikację międzyludzką” [Tarkowski 2001: 13]. Szerszą definicję jąkania podaje Mieczysław Chęciek, uznając, że jest to

komunikatywne zaburzenie płynności mówienia o podłożu wieloczynnikowym, któremu towarzyszą zakłócenia fizjologiczne, psychologiczne, językowe i socjologiczne, a przejawia się skurczami mięśni oddechowych, fonacyjnych i artykulacyjnych, wywołujących kloniczne i toniczne blokowanie jednostek mowy oraz dysfunkcjami objawów pozajęzykowych pod postacią m.in. stanów logofobicznych i współruchów mięśniowych. [Chęciek 2007: 48]

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Zaburzeń Zdrowotnych ICD-10 umieszcza jąkanie w kategorii F98, tzn. wśród innych zaburzeń zachowania i emocji rozpoczynających się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym, oznaczając je numerem F98.5 jako Jąkanie (Zacinanie się). Jąkanie według klasyfikacji ICD-10 jest zaburzeniem mowy charakteryzującym się częstym wydłużaniem i powtarzaniem dźwięków, sylab lub słów, a także częstymi wahaniami i przerwami powodującymi zaburzenie rytmu wypowiedzi. Objawy te klasyfikować można jako zaburzenie wtedy, gdy ich natężenie wyraźnie zakłóca płynność wypowiedzi. Objawom niepłynności współtowarzyszyć mogą ruchy twarzy i innych części ciała, które występują w trakcie wydłużeń, powtórzeń i przerw w wypowiedziach. Jąkanie się trzeba odróżniać od mowy bezładnej (giełkotu) oraz od tików. Mogą mu także towarzyszyć zaburzenia rozwoju mowy i języka [zob. Namysłowska 2005].

Przedszkolaki, które jękają się, mogą być świadome swoich trudności i przejawiać negatywne postawy związane z nim [Vanryckeghem, Brutten 2015]. Czynnikiem ryzyka utrwalania się jąkania mogą być negatywne reakcje dziecka wobec problemu z niepłynnością [Yairi, Ambrose 2005]. Szybka identyfikacja i diagnoza trudności z płynnością mowy u dziecka umożliwiają podjęcie działań profilaktycznych i wczesnej interwencji, co pozwala zapobiegać utrwaleniu się objawów niepłynności, a także wytworzeniu się strategii unikania oraz negatywnych reakcji emocjonalnych. Dlatego tak ważne jest jak najwcześniejsze podjęcie interwencji profilaktycznej lub terapeutycznej, aby skutecznie zapobiegać utrwaleniu i nasileniu się objawów jąkania u dziecka.

Jąkanie opisujemy jakościowo i ilościowo, obserwując objawy widzialne i słyszalne, a także diagnozując te, których nie da się bezpośrednio zaobserwować, np. emocjonalne, związane z funkcjonowaniem psychicznym. W mowie

pojawić się mogą powtórzenia, prolongacje lub bloki. Do jąkania zaliczamy powtórzenia dźwięków, sylab lub słów jednosylabowych. Mogą one wystąpić na początku, w środku lub na końcu wyrazu. Prolongacje to przedłużenia dźwięków, którym towarzyszy wzmożone napięcie. Bloki są objawami, które mogą wskazywać na nasilanie się jąkania, manifestują się niemożnością wydobycia dźwięku, co uniemożliwia jego wypowiedzenie przez kilka lub kilkadziesiąt sekund. Towarzyszyć temu mogą wzmożone napięcie i często reakcje walki, niejednokrotnie pojawiają się również frustracja i inne negatywne reakcje emocjonalne.

Oprócz objawów słyszalnych w mowie przeanalizować powinno się reakcje głosowe, trudności oddechowe, tempo mowy, trudności artykulacyjne (m.in. o charakterze dyslalicznym). Widocznym objawem będą także współruchy, mogące występować w obrębie twarzy lub całego ciała, oraz reakcje fizjologiczne, takie jak: czerwienienie się, blednięcie, pocenie się. Reakcje towarzyszące jąkaniu, które są niewidzialne, ale równie ważne w diagnozie, to: negatywne reakcje emocjonalne, reakcje unikania mówienia, lęk przed komunikacją.

2. Metody terapii jąkania wczesnodziecięcego

W terapii jąkania u dzieci przedszkolnych i wczesnoszkolnych do lat 8 stosowane są przede wszystkim programy zagraniczne dostosowane do pracy z tą grupą wiekową. Istnieją trzy rodzaje metod oddziaływania stosowanych w programach terapeutycznych dla dzieci. Pierwsze to metody pośrednie, w których oddziaływania skupiają się na procesach leżących u podstaw mówienia bez bezpośredniej korekcji jego nie płynności u dziecka. Dotyczą one pracy z otoczeniem dziecka, najczęściej jego rodzicami w celu zmodyfikowania środowiska dziecka tak, by sprzyjało ono poprawie płynności jego mowy bez uczenia dziecka strategii płynnego mówienia. Drugi rodzaj oddziaływań to praca bezpośrednia polegająca na prowadzeniu ćwiczeń wpływających na poprawę płynności z samym dzieckiem. Ostatni rodzaj jest kompleksowy i łączy w ramach danego programu dwie poprzednie metody – oddziaływanie pośrednie i bezpośrednie.

Stosowane w skali międzynarodowej programy u dzieci to: Lidcombe Programme, Palin PCI, Mini-kids i Schul-kids oraz Model Wymagań i Możliwości (DCM – Demands and Capacities Model). W Polsce bywają również używane rodzime modele wprowadzające upłynniający ruch ręką. Jedną z najczęściej stosowanych technik tego rodzaju u dzieci jest technika wystukiwania sylab Szamburskiego. Istniejące programy wykorzystywane są głównie przez logopedów, ponieważ przeważające w tych metodach są strategie

logopedyczne. Pojawiają się również elementy psychologiczne, takie jak praca nad akceptacją jąkania w programach Mini-kids i Schul-kids; praca nad interakcjami rodzic – dziecko w programie Palin PCI i techniki behawioralne warunkowania płynności mowy w Lidcombe Programme. Wszystkie te programy zakładają współpracę z rodzicami: w Lidcombe Programme oraz Mini-kids i Schul-kids rodzice występują w roli domowych trenerów, którzy prowadzą terapię na podstawie wskazówek otrzymanych w gabinecie od terapeuty, natomiast w Palin PCI w pierwszym etapie terapii są osobami, które prowadzą terapię w domu – modyfikują swoje interakcje z dzieckiem i przez to wspierają płynność jego mowy, realizując cele ustalone na spotkaniu z terapeutą. Istniejące programy są prowadzone głównie w formie indywidualnej. Technika wystukiwania sylab jest również prowadzona grupowo, jednak raczej w grupach złożonych z samych dzieci, bez uczestnictwa rodziców. Żaden z programów w założeniu nie jest programem terapii grupowej włączającej do swoich oddziaływań jednocześnie rodziców i dzieci oraz pracy jednoczesowej oddzielnie z dziećmi i z rodzicami. W związku z tym wyklucza działanie wzmacniające i wspierające grupy. Żaden z istniejących programów, w odróżnieniu od tworzego przeze mnie w ramach pracy doktorskiej, nie zawiera pracy nad czynnikami związanymi z odpornością psychiczną, takimi jak regulacja emocjonalna, rozwiązywanie problemów czy radzenie sobie z problemami życia codziennego. Nowym elementem w tworzonym programie jest też tzw. akademia dla rodziców, czyli zajęcia w grupie rodzicielskiej, w której rodzice nabywają umiejętności wychowawczych, kształtujących odporność psychiczną u dzieci i wspierających ich płynną komunikację. Ponadto w programie bardzo dużo uwagi poświęca się akceptacji i bezpiecznym relacjom rodzic – dziecko, czego dotąd nie zawierały programy terapii dla dzieci jękających się.

3. Autorski Program Całościowej Zintegrowanej Aktywności Dzieci (CZAD) dla dzieci jękających się i ich rodziców

Program stworzony został przez Aleksandrę Jastrzębowską-Jasińską. Jest innowacyjnym autorskim programem integrującym wiele oddziaływań, których całościowe zastosowanie ma na celu poprawę płynności mowy u dzieci. Program przeznaczony jest dla dzieci od 4. do 8. roku życia. Jego podstawą jest połączenie oddziaływań psychologicznych, szczególnie z zakresu wspierania odporności psychicznej, z ćwiczeniami logopedycznymi oraz integracją międzypółkulowej. Najważniejszym filarem programu jest praca w formie grupowej dzieci razem z rodzicami. Uczestnictwo dziecka wraz z rodzicem w programie jest warunkiem korzystania z tej formy terapii.

Program CZAD w odróżnieniu od istniejących programów prowadzony jest w formie grupowej, zawsze w zajęciach aktywny udział biorą dzieci wraz z rodzicami oraz sami rodzice w ramach grupy coachingu rodzicielskiego. Filarem programu jest wspieranie odporności psychicznej u dzieci, szczególnie regulacji emocjonalnej i budowania poczucia własnej wartości, a dzięki temu – pośrednio i bezpośrednio przez działania logopedyczne – poprawa płynności mowy. Program charakteryzuje się również znaczną intensywnością, polegającą na dużej liczbie realizowanych zajęć na początku terapii, a następnie zmniejszaniu liczby spotkań w fazie utrwalania jej efektów. W programie praca nad wspieraniem odporności psychicznej u dzieci traktowana jest jako czynnik chroniący, mający wzmacniać jednostkę i zapewniać pośrednio stabilizację płynności mówienia. Tematy zajęć prowadzonych zarówno podczas spotkań z udziałem rodziców i dzieci, jak i w grupie rodzicielskiej są ze sobą spójne i dotyczą: radzenia sobie z emocjami, budowania poczucia własnej wartości, budowania relacji, komunikacji, współpracy, radzenia sobie z trudnościami, konfliktami, rozwiązywania problemów, samodzielności, radzenia sobie ze zmianą i akceptacji jąkania. Wszystkie tematy realizowane są w blokach zajęciowych i pojawiają się w ramach utrwalania w postaci pojedynczych ćwiczeń na kolejnych spotkaniach. Całościowe oddziaływanie i bezpośrednia współpraca z rodzicami zapewniają skuteczną pracę nad płynnością mowy u dziecka.

4. Pilotażowe badanie Programu CZAD

Tworzony program jest obecnie w fazie testowania i ewaluacji. Niniejszy artykuł ma na celu opisanie pierwszego badania pilotażowego grupy dzieci przedszkolnych prowadzonych na jego podstawie. Kolejne grupy prowadzone Programem CZAD są realizowane w Warszawie przez Aleksandrę Jastrzębowską-Jasińską w Artysta Mowy – Centrum Terapii i Rozwoju oraz wyjazdowo podczas turnusów dla osób jąkających się organizowanych przez Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Jąkających się. Kolejne badania pozwolą na potwierdzenie i dalsze opisanie skuteczności tworzonego programu i zostaną zaprezentowane w kolejnych publikacjach naukowych.

4.1. Procedura badania

Badanie pilotażowe Programu CZAD zostało przeprowadzone w lipcu 2018 roku podczas 14-dniowego wyjazdowego turnusu rehabilitacyjnego dla osób jąkających się. Program realizowany był w bardzo dużej intensywności: przez 11 dni 4 godziny dziennie, a przez 2 dni 1 godzinę dziennie. Jeden dzień był wolny od zajęć terapeutycznych. Każde zajęcia obejmowały 3 godziny wspólnej pracy rodziców, dzieci i terapeutów i 1 godzinę pracy oddzielnej terapeutę

z samymi dziećmi i samymi dorosłymi w grupie rodzicielskiej. Po powrocie z turnusu terapia była kontynuowana przez uczestników programu w domu samodzielnie przez utrwalanie poznanych ćwiczeń oraz w formie stacjonarnej w gabinecie raz w miesiącu przez 2 godziny.

4.2. Grupa badana

W badaniu udział brali: czworo dzieci w wieku od 4 do 5 lat oraz ich rodzice. Dokładnie byli to: 4-letnia dziewczynka z matką i ojcem oraz dwaj chłopcy 4-letni i jeden 5-letni z matkami. Wszystkie dzieci przejawiały objawy jąkania wczesnodziecięcego w nasileniu od umiarkowanego do znacznego. Tabela 1 szczegółowo opisuje objawy jąkania u poszczególnych dzieci w grupie.

Tabela 1. Charakterystyka jąkania u dzieci uczestniczących w badaniu pilotażowym Programu CZAD

Płeć	Wiek	Nasilenie jąkania	Objawy
Dziewczynka	4 lata	80%	Częste bloki z dużym napięciem i podwyższeniem głosu, prolongacje
Chłopiec	4 lata	40%	Powtórzenia głosek i sylab, prolongacje
Chłopiec	4 lata	50%	Powtórzenia głosek i sylab, prolongacje
Chłopiec	5 lat	70%	Uporczywe, wielokrotne powtórzenia głosek i sylab

Źródło: Opracowanie własne.

4.3. Narzędzia badawcze

Na początku oraz na końcu programu zostały przeprowadzone badania pozwalające określić stopień nasilenia jąkania u dzieci, poziom odporności psychicznej i funkcjonowania emocjonalno-społecznego oraz perspektywę widzenia jąkania u dziecka przez rodziców i jego wpływ na rodzinę.

Nasilenie jąkania badane było w dwóch próbach: diagnozy początkowej przeprowadzonej za pomocą narzędzia *DJ – Diagnoza jąkania u dzieci w wieku przedszkolnym* [Węsierska, Jeziorczak 2016] oraz nagrania 3 minut mowy spontanicznej dziecka w dniu rozpoczęcia programu. Próbkę zostały przeanalizowane pod kątem występowania nie płynności i na tej podstawie wyliczone zostało średnie nasilenie nie płynności u danego dziecka oraz określono rodzaj

objawów występujących w jego wypowiedziach. W ten sam sposób poziom nie płynności został zbadany przed rozpoczęciem i po zakończeniu terapii.

Odporność psychiczna została zbadana za pomocą narzędzia *Skala Odporności Psychiczej Dziecka* – DECA [Lebuffe, Naglieri 1999, za: Sikorska 2016], przetłumaczonego i adaptowanego przez Iwonę Sikorską, Magdalenę Adamczyk-Banach i Mateusza Polaka. Odpowiedni formularz wypełniany jest przez rodzica, który opisuje swoje dziecko, oceniając, jak często wystąpiły u niego zachowania pojawiające się w ciągu ostatnich 4 tygodni, przedstawione w 37 stwierdzeniach znajdujących się w kwestionariuszu (w skali od „nigdy” do „bardzo często”). DECA jest narzędziem przeznaczonym do charakterystyki dzieci w wieku od 2 do 5 lat i bada odporność psychiczną w 4 wymiarach: inicjatywie, samokontroli, przywiązaniu i zachowaniach niepokojących. Porównane zostały i przeanalizowane kwestionariusze wypełniane przez rodziców przed rozpoczęciem i po zakończeniu terapii. W wynikach zostaną opisane zmiany, które pojawiły się u wszystkich badanych dzieci.

Skala obserwacyjna dziecka przedszkolnego [Przetacznikowa 1977] została wykorzystana w części odnoszącej się do funkcjonowania społecznego dzieci w celu opisu poziomu owego ich funkcjonowania przed rozpoczęciem i po zakończeniu programu.

Ostatnie z użytych narzędzi – *Skala Palin PRS dla rodzica dziecka jękającego się* [Millard, Edwards, Cook 2013; za: Węsierska, Jeziorczak 2016] jest narzędziem wypełnianym przez rodzica, pozwalającym opisać to, jak jękanie u dziecka oraz jego wpływ na dziecko i rodzinę są widziane przez rodzica. Kwestionariusz składa się z 3 części. Pierwsza z nich obejmuje pytania pozwalające rodzicowi opisać własne dziecko pod względem nie płynności, które u niego występują, oraz emocji, jakie w nim wzbudzają. W drugiej części rodzic określa swoje odczucia związane z jękaniami dziecka i jego wpływem na rodzinę. Ostatnia część dotyczy poziomu wiedzy o jękaniu, jaką posiada rodzic, także w zakresie udzielania wsparcia dziecku jękającemu się.

Wszystkie te narzędzia pozwalają na całościowe opisanie funkcjonowania dziecka w zakresie wymiarów, które powinny się zmienić w toku udziału w realizowanym Programie CZAD.

4.4. Wyniki badania

Po porównaniu wyników badań nasilenia jękania oraz kwestionariuszy dotyczących funkcjonowania dziecka pod względem odporności psychicznej i kompetencji emocjonalno-społecznych okazało się, że oddziaływania prowadzone w ramach programu zmieniły te aspekty u wszystkich dzieci i ich rodziców. Poniżej zostaną opisane wyniki w poszczególnych badanych wymiarach.

4.4.1. Poprawa płynności mowy

Analiza nagrań przed rozpoczęciem i po przeprowadzeniu programu pozwala na stwierdzenie, że nasilenie jąkania, tzn. częstotliwość występowania objawów i ich siła, u wszystkich dzieci biorących udział w programie zmniejszyła się średnio o 37,5% po całej dotychczas prowadzonej terapii (2 tygodnie turnusu oraz praca przez 2 miesiące po zakończeniu turnusu). Zmiana płynności szczególnie widoczna była u dzieci, u których przed terapią występowało znaczne nasilenie jąkania – u tych dzieci nastąpiła największa poprawa. W tabeli 2 przedstawiona została szczegółowo charakterystyka poprawy płynności u poszczególnych dzieci.

Tabela 2. Charakterystyka poprawy płynności mowy u poszczególnych dzieci po zakończeniu Programu CZAD

Płeć	Wiek	Nasilenie jąkania przed terapią	Nasilenie jąkania po Programie CZAD
Dziewczynka	4 lata	80%	20%
Chłopiec	4 lata	40%	20%
Chłopiec	4 lata	50%	20%
Chłopiec	5 lat	70%	30%

Źródło: Opracowanie własne.

4.4.2. Jąkanie – zmiana w perspektywie rodziców

Analiza odpowiedzi rodziców w kwestionariuszu *Palin PRS* [Millard, Edwards, Cook 2013; za: Węsierska, Jeziorczak 2016] pokazała, że u wszystkich badanych dzieci zaszły istotne zmiany. Po przeprowadzeniu terapii w ramach Programu CZAD dzieci mniej zmagają się z wypowiedaniem się, nie rezygnują z wypowiedzi z powodu jąkania, nie są sfrustrowane ani zaniepokojone z powodu jąkania oraz są pewniejsze siebie, kiedy się wypowiadają. U rodziców natomiast zmniejszył się niepokój z powodu jąkania dziecka. Mniejsze stały się również obawy rodziców o przyszłość dziecka, mają oni też większą wiedzę o jąkanii, które w mniejszym stopniu wpływa również na ich rodzinę. W efekcie rodzice stwierdzają, że lepiej radzą sobie z obawami dotyczącymi jąkania i wzmocnieniem u dziecka wiary w siebie.

4.4.3. Zmiany w zakresie odporności psychicznej i funkcjonowania emocjonalno-społecznego dziecka

Analiza i porównanie odpowiedzi rodziców dotyczących zachowań i funkcjonowania ich dzieci zebranych za pomocą kwestionariusza *DECA* [Lebuffe, Naglieri 1999, za: Sikorska 2016] i *Skali obserwacyjnej dziecka przedszkolnego* [Przetacznikowa 1977] pokazały, jakie zmiany w zakresie odporności psychicznej i kompetencji emocjonalno-społecznych nastąpiły u dzieci po zakończeniu Programu CZAD. Wszystkie dzieci po programie częściej: podejmują wyzwania, potrafią regulować swoje emocje (szczególnie złość), mają większą otwartość na nowe aktywności i zadania, inicjują, łatwiej nawiązują i utrzymują kontakty z rówieśnikami, potrafią skupiać uwagę, współdziałać, współpracować i są bardziej samodzielne.

4.4.4. Analiza jakościowa – ankiety ewaluacyjne rodziców po programie

Rodzice wskazują w ankietach ewaluacyjnych na zmiany, jakie zaszły w funkcjonowaniu dzieci w zakresie: większej otwartości, łatwiejszego nawiązywania przyjaźni, chęci współpracy, otwartości na nowe wyzwania i zadania, większej odwagi, radości, regulacji emocji i samodzielności. Interpretują je jako polepszające jakość życia i zachowania dzieci. Rodzice opisują też zmiany, jakie zaszły w nich samych w toku realizacji programu, takie jak: większy optymizm w nastawieniu do życia, poczucie większej siły i kompetencji do wspierania własnego dziecka, odzyskanie wiary w to, że można pokonać niepełność mowy u dziecka, odzyskanie spokoju i umiejętności reakcji na zachowania dziecka, zrozumienie, że z jękaniem można normalnie żyć i nie sprawia ono, że dziecko jest gorsze, gdyż ma wiele innych zalet, których jest świadome, poczucie kompetencji w pomaganiu swojemu dziecku w jego trudnościach, także tych związanych z płynnością.

4.5. Podsumowanie

Wyniki pilotażu wskazują, że włączenie do głównego nurtu terapii jękania oddziaływań wspierających odporność psychiczną, regulację emocjonalną, budowanie własnej wartości, samodzielność, samoskuteczność przez bezpośrednią pracę z dziećmi i pośrednią z ich rodzicami przynosi istotną zmianę w tym zakresie i wpływa na poprawę płynności mówienia. Oddziaływania te wspierają rodziców w radzeniu sobie z trudnościami w mówieniu dziecka: zwiększają poczucie sprawstwa w prawidłowych kontaktach językowych z dzieckiem oraz zwiększają kompetencje wychowawcze rodziców. Działania te wpływają na szerszy krąg osób: rodzinę, znajomych, rówieśników dziecka jękającego się, gdzie rozwija się modelowanie prawidłowych zacho-

wań. Wyniki zaprezentowanego programu wskazują na osiągnięcie założonych celów i odpowiedniość zastosowanych metod, co zachęca do dalszego prowadzenia badań skuteczności oddziaływań, które zawiera Program CZAD.

Bibliografia

- Boroń Aleksandra, Schneider Peter (2018), *Metoda Mini-kids w terapii jąkania wczesnodziecięcego – studium przypadku*, w: *Zaburzenia płynności mowy*, red. Katarzyna Węsierska, Katarzyna Gawęł, Harmonia Universalis, Gdańsk.
- Chęć Mieczysław (2007), *Jąkanie. Diagnoza – terapia – program*, „Logopedia”, nr 23, s. 79–90.
- Grabias Stanisław (1996), *Typologia zaburzeń mowy. Narastanie refleksji logopedycznej*, „Logopedia”, nr 23, s. 79–90.
- Kaczmarek Leon (1988), *Rewalidacja dzieci i młodzieży z zaburzeniami mowy*, w: *Pedagogika rewalidacyjna*, red. Aleksander Hulek, PWN, Warszawa, s. 284–302.
- Kelman Elaine, Nicholas Alison (2008), *Practical Intervention for Early Childhood Stammering. Palin PCI Approach*, Speechmark Publishing Ltd., Milton Keynes.
- Namysłowska Irena, red. (2005), *Psychiatria dzieci i młodzieży*, PZWL, Warszawa.
- Onslow Mark (2003), *Overview of the Lidcombe Program*, w: Mark Onslow, Ann Packman, Robyn Elisabeth Harrison, *The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. A Clinician's Guide*, Pro-Ed, Austin, s. 3–15.
- Ołtuszewski Władysław (1893), *Dyżurnie*, „Czasopismo tygodniowe dla lekarzy praktyków”, t. 41, s. 60–71.
- Pruszewicz Antoni, red. (1993), *Foniatria kliniczna*, PZWL, Warszawa.
- Przetacznikowa Maria (1977), *Psychologia wychowawcza, społeczna i kliniczna*, WSiP, Warszawa.
- Sikorska Iwona (2016), *Odporność psychiczna w okresie dzieciństwa*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Tarkowski Zbigniew (2001), *Jąkanie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Węsierska Katarzyna (2010), *Interakcyjna terapia rodzic – dziecko przykładem skutecznego postępowania w jąkanii wczesnodziecięcym*, „Forum Logopedyczne”, nr 18, s. 23–30.
- Węsierska Katarzyna (2013), *Zastosowanie „Lidcombe Program” w terapii jąkającego się dziecka w wieku przedszkolnym*, w: *W świecie logopedii*, t. 2: *Studia przypadków*, red. Katarzyna Węsierska, Alicja Podstolec, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, s. 135–156.
- Węsierska Katarzyna, Jeziorczak Barbara (2016), *DJ – Diagnoza jąkania u dzieci w wieku przedszkolnym*, Wydawnictwo „Komlogo”, Katowice.

- Węsierska Katarzyna, Milewska Agnieszka (2012), *Wykorzystanie metody interakcyjnej rodzic – dziecko Palin PCA w diagnozie i terapii jękania wczesnodziecięcego*, w: *Medycyna w logopedii. Terapia. Wspomaganie. Wsparcie. Trzy drogi – jeden cel*, red. Jacek Jarosław Błeszyński, Harmonia Universalis, Gdańsk.
- Woźniak Tomasz (1994), *Pojęcie jękania a metodyka postępowania logopedycznego*, w: *Opuscula Logopaedica*, red. Bożydar Leon Jan Kaczmarek, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin, s. 16–27.
- Woźniak Tomasz (2008), *Standardy postępowania logopedycznego w przypadku jękania*, „Logopedia”, t. 37, s. 217–226.
- Van Riper Charles (1964), *Speech correction. Principles methods*, Englewood Cliffs, New Jersey.
- Vanryckeghen Martine, Brutten Gene J. (2015), *Kiddy CAT – Test do badania postaw związanych z komunikowaniem się jękających się dzieci w wieku przedszkolnym*, przeł. Katarzyna Węsierska, Harmonia, Gdańsk.
- Yairi Ehud, Ambrose Nicoline (2005), *Early Childhood Stuttering for Clinicians by Clinicians*, Pro-Ed, Austin.

Aleksandra Jastrzębowska-Jasińska

The pilot study of the program of holistic integrated therapy for stuttering children and their families

The article analyzes the pilot study of the new original Holistic Integrated Children's Activity Program for stuttering children and their families. It presents the basics and the assumptions of the program and the therapeutic interactions. The article also shows the program's differences from and similarities to the therapeutic methods applied to children with early childhood stuttering, including the author's experience in therapy, indicating the novelty of the described program. An analysis of the results of the first test of the program's effectiveness was conducted, indicating its positive effects in the field of stuttering therapy and support of mental resilience in pre-school children.

KEYWORDS: stuttering; developmental stuttering; group stuttering therapy; Palin PCI; Mini – kids; Lidcombe Programme.

mgr Aleksandra Jastrzębowska-Jasińska – Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie; zainteresowania badawcze: jękanie, wspieranie odporności psychicznej, psychologia, logopedia.

