



Afirmatywne podejścia do terapii jękania – podstawy teoretyczne, kierunki zmiany i doświadczenia z polskiej praktyki

Katarzyna Węsierska

Uniwersytet Śląski w Katowicach
ORCID: 0000-0001-6378-9350

Monika Pakura

Uniwersytet Śląski w Katowicach
ORCID: 0000-0002-8016-8158

Joanna Szymczakowska

Uniwersytet Śląski w Katowicach
ORCID: 0009-0007-9293-321X

Affirmative Approaches to Stuttering Therapy: Theoretical Foundations, Paradigm Shifts, and Insights from Polish Practice

ABSTRACT: This article addresses affirmative approaches to stuttering therapy in the context of contemporary neurobiological, psychosocial, and socio-cultural understandings. The subject of the paper is the current paradigm shift from fluency-oriented intervention toward approaches that prioritize communicative participation, psychological well-being, agency, and quality of life. The article is aimed to present the theoretical foundations of this transformation, discuss the main assumptions of affirmative therapy with reference to the CARE model, and demonstrate the relevance of these developments for Polish conditions.

The paper is theoretical and review-based. It is grounded in a narrative review and critical synthesis of recent international and Polish stuttering literature. It includes studies on neurobiology, self-stigma, ableism, communicative participation, and lived experience, as well as publications and reports related to the first Polish implementation of Camp Dream. Speak. Live. and CARE-inspired therapeutic practice.

The analysis shows that stuttering is best understood as a complex neurodevelopmental phenom-

enon rather than a learned habit or a deficit that is reduced to speech disfluency alone. It also indicates that the most harmful consequences associated with stuttering arise not from disfluency itself, but from fluency pressure, both social and internalized stigma, avoidance, as well as communicative microaggressions. From this perspective, therapeutic models focused exclusively on reducing observable disfluency appear insufficient and may, in some cases, reinforce shame, masking, and reduced communicative autonomy.

The article concludes that affirmative approaches, including the CARE model, provide a well-grounded framework for redefining stuttering intervention. Their value lies in supporting communication, advocacy, resilience, education, and self-acceptance rather than fluency alone. The paper argues that implementing such approaches in Poland is justified and necessary, and that the evaluation of stuttering therapy should be based on broader outcome criteria reflecting the real-life experience of people who stutter and the need to reduce ableist assumptions in clinical practice.

KEYWORDS: stuttering, affirmative therapies, neurodiversity, ableism, CARE model.

CONFLICT OF INTERESTS STATEMENT: The authors declare that there were no conflicts of interest in this study.

AUTHOR'S CONTRIBUTION: Each author is one third responsible for: preparing the research concept of the article, the way it is presented, developing the method, collecting and analyzing data, formulating conclusions, and editing the final version of the manuscript.



1. Przesłanki naukowe i społeczne zmiany podejścia do jąkania

Aktualne dane epidemiologiczne wskazują, że jąkanie pojawia się przejściowo u około 8–10% dzieci, jednak u zdecydowanej większości dochodzi do spontanicznej remisji objawów. Utrwalona postać jąkania dotyczy około 1% populacji dorosłych [Yairi, Ambrose, 2013; Gattie i in. 2025]. Oznacza to, że rozwijający się mózg w wielu przypadkach potrafi skutecznie kompensować początkową niestabilność sieci mowy. Kluczowym problemem badawczym pozostaje zatem nie samo wystąpienie jąkania, lecz mechanizmy, które decydują o jego wygaszeniu lub utrwaleniu. Współczesne modele jednoznacznie odchodzą od poszukiwania pojedynczej przyczyny jąkania. Zgodnie z wieloczynnikową, dynamiczną teorią ścieżek rozwojowych [Smith, Weber 2017], jąkanie rozwija się jako efekt nieliniarnych interakcji pomiędzy czynnikami genetycznymi, rozwojem sieci sensomotorycznych, funkcjami językowymi oraz regulacją emocjonalną. U różnych dzieci poszczególne komponenty tej konfiguracji mogą mieć odmienne znaczenie, a przebieg jąkania kształtuje się w sposób indywidualny i dynamiczny. Teoria ta jednoznacznie podważa redukcjonistyczne koncepcje zakładające istnienie jednego „deficytu podstawowego”. Z perspektywy neurobiologicznej jąkanie klasyfikowane jest obecnie jako zaburzenie neurorozwojowe. Badania neuroobrazowe pokazują, że u osób jękających się występują trwałe różnice w funkcjonowaniu rozległych sieci mózgowych odpowiedzialnych za planowanie, inicjację, sekwencjonowanie i automatyzację ruchów mowy, obejmujących korę ruchową, jądra podstawy, wzgórze i mózdzek [Neef, Chang 2024]. Kluczową rolę odgrywa integracja informacji słuchowo-ruchowej oraz precyzyjne synchronizowanie aktywności neuronalnej. Jednocześnie sieci te pozostają w ścisłej relacji z układem limbicznym, co tłumaczy silne powiązania jąkania z reakcjami emocjonalnymi i społecznymi.

Najnowsze syntetyczne opracowanie Chang i współpracowników [2025] potwierdza, że spontaniczne ustępowanie jąkania u dzieci wiąże się z rzeczywistą przebudową strukturalną połączeń nerwowych, w jękaniu utrwalonym u dorosłych obserwuje się natomiast głównie zmiany funkcjonalne, bez pełnej normalizacji strukturalnej, co wskazuje na względnie stabilne podłoże neurobiologiczne w wieku dorosłym. Autorzy podkreślają ponadto poligenowy charakter jąkania oraz znaczenie mechanizmów epigenetycznych, wzmacniając ujęcie jąkania jako zjawiska rozwojowego, a nie prostego „deficytu wykonawczego”. Zebrane dane wskazują, że jąkanie nie jest wyuczonym nawykiem ani reakcją na stres, lecz przejawem złożonego funkcjonowania mechanizmów neurobiologicznych odpowiedzialnych za komunikację, dlatego strategie ograniczające się jedynie do redukcji niepłynności są niewystarczające.

2. Doświadczenia osób jąkających się – skutki psychospołeczne i ograniczenia tradycyjnych terapii

Badania nad jakością życia osób jąkających się jednoznacznie dokumentują wysokie konsekwencje psychospołeczne tego doświadczenia, obejmujące podwyższony poziom lęku społecznego, chroniczny stres, obniżoną samoocenę, ograniczoną partycypację komunikacyjną oraz nasilone zjawisko samostygmatyzacji [Beilby 2014; Boyle, Fearon 2018; Boyle i in. 2023]. Szczególnie destrukcyjna okazuje się społeczna presja płynności, prowadząca do unikania wypowiedzi, wycofywania się z relacji interpersonalnych oraz rezygnacji z aktywności edukacyjnych, zawodowych oraz towarzyskich [Connery i in. 2020; Isaacs, Swartz 2021; Jacobs i in. 2025; Johnson, Medina 2025]. W tym ujęciu trudności osób jąkających się nie wynikają wyłącznie z samej niepłynności, lecz w dużej mierze z jej społecznych konsekwencji oraz normatywnego ideału „poprawnej”, płynnej mowy.

Coraz liczniejsze analizy wskazują, że tradycyjne terapie, skoncentrowane głównie na kontroli objawów mowy, mogą nieumyślnie wzmacniać błędne założenia, zgodnie z którymi niepłynność postrzegana jest jako cecha wymagająca ukrycia lub eliminacji [Daniels, Gabel 2004; De Nardo i in. 2016]. W rezultacie część osób jąkających się internalizuje przekonanie o własnej „nienormalności”, co sprzyja utrwalaniu wstydu, poczucia braku akceptacji oraz nadmiernej samokontroli w mówieniu. Badania dotyczące dzieci i młodzieży pokazują, że długotrwałe oddziaływania terapeutyczne oparte na dążeniu do płynności wiążą się z narastającym zmęczeniem, frustracją i spadkiem satysfakcji z terapii. Salvo i Seery [2021] wykazały, że ogólna satysfakcja z terapii utrzymuje się jedynie u nieco ponad połowy osób, które w niej uczestniczyły, a jej poziom istotnie obniża się wraz z kolejnymi latami oddziaływań terapeutycznych. W wypowiedziach dzieci i nastolatków pojawiają się wstyd, frustracja i unikanie mówienia, a także opór wobec technik terapeutycznych. Widoczny jest przy tym konflikt między potrzebą swobodnej komunikacji a presją mówienia płynnie, często kosztem dobrostanu psychicznego. Z kolei analizy doświadczeń dorosłych osób jąkających się wskazują, że źródłem utrzymującego się cierpienia nie są same niepłynności, lecz cykl lęku, antycypacji i unikania oraz maskowania jąkania. Manal Alatawi i Judith Good [2025] wykazały, że unikanie mówienia, początkowo pełniące funkcję ochronną, z czasem prowadzi do izolacji społecznej, samoodrzucenia oraz stopniowego zaniku kompetencji komunikacyjnych. Presja płynności została przez uczestników określona jako „pułapka”, która zamiast redukować cierpienie, wzmacnia napięcie, poczucie winy i strategie ukrywania jąkania.

Istotnym mechanizmem psychologicznym podtrzymującym ten cykl są także tzw. ruminacje, czyli uporczywe, nawracające myśli o charakterze negatywnym

(ang. *repetitive negative thinking*, RNT). Najnowsze badania Tichenora i współpracowników [2025], przeprowadzone na dużej próbie 510 adolescentów i dorosłych osób jękających się, wykazały, że częstość doświadczania antycypacji jękania pozostaje w ścisłym związku z nasileniem ruminacji. Osoby intensywnie doświadczające RNT istotnie częściej stosują strategie unikania, takie jak: rezygnacja z wypowiedzi, zmiana słów, wycofywanie się z kontaktów interpersonalnych czy nasilona kontrola mowy. Mechanizm ten był obecny zarówno u młodzieży, jak i u dorosłych. Autorzy wykazali również, że ruminacje znacząco ograniczają gotowość do reagowania w sposób oparty na akceptacji, wzmacniając samonapędzający się cykl: lęk – antycypacja – unikanie – izolacja.

Szczególnie istotnego uzupełnienia tych ustaleń dostarczają wyniki badania Boyle’a i Rosen [2025] dotyczącego tzw. jękania ukrytego (ang. *covert stuttering*). Autorzy wykazali, że osoby, które postrzegają siebie jako skutecznie maskujące jękanie, doświadczają znacząco niższej jakości życia, rzadziej komunikują się w codziennych sytuacjach – niezależnie od nasilenia widocznych objawów. Ukrywanie jękania wiąże się z dodatkowymi kosztami poznawczymi i emocjonalnymi, utratą spontaniczności komunikacyjnej oraz ograniczeniem autentycznej partycypacji społecznej. Wyniki te podważają założenie, że sama redukcja obserwowanych objawów jękania może być traktowana jako adekwatny wskaźnik skuteczności terapii. Wsparcia empirycznego dla tej krytycznej diagnozy dostarczają także wyniki badania Matthew C. Phillipsa i Tammie J. Spaulding [2025], które objęło 194 dorosłe osoby jękające się. Terapia realizowana w dzieciństwie była oceniana istotnie gorzej niż podejmowana w wieku dorosłym, a podejścia skoncentrowane na płynności często uznawano za mało pomocne, a niekiedy wręcz za źródło szkód emocjonalnych. Wskazywano na brak trwałości efektów, trudności w generalizacji technik do sytuacji realnych, nienaturalność uzyskiwanej płynności oraz pomijanie sfery emocjonalnej i tożsamościowej. W relacjach powtarzały się wątki wstydu, poczucia bycia „zepsutym”, wzmożonej kontroli nad mową i przymusu maskowania jękania. Wyniki badań prowadzą do wniosku, że model terapii oparty wyłącznie na dążeniu do płynności nie tylko nie usuwa głębokiego obciążenia psychospołecznego, lecz często przyczynia się do jego systemowego utrwalania, co wskazuje na potrzebę przesunięcia akcentu na dobrostan psychiczny, sprawczość komunikacyjną i pełną partycypację społeczną.

3. Neuroróżnorodność i zmiana paradygmatu w terapii jękania

Istotnym kontekstem współczesnych zmian w podejściu do jękania są przemiany społeczno-kulturowe związane z rozwojem paradygmatu neuroróżnorodności, który odchodzi od ujmowania różnic neurologicznych w kategoriach patologii i deficytu, traktując je jako naturalną formę ludzkiej zmienności, niosącą ze

sobą zarówno wyzwania, jak i unikalne zasoby [Constantino 2018; Constantino i in. 2022; Shenker i in. 2023]. W ramach tego paradygmatu jąkanie reinterpretowane jest nie jako wyłącznie problem medyczny zlokalizowany w jednostce, lecz jako doświadczenie współtworzone przez relacje społeczne, normy komunikacyjne i oczekiwania kulturowe. Negatywne konsekwencje wynikają więc w dużej mierze nie z samego jąkania, lecz z presji płynności, stygmatyzacji oraz barier środowiskowych. Zmiana ta pozostaje w wyraźnej opozycji do klasycznego medycznego modelu niepełnosprawności, który lokalizuje trudność w jednostce i definiuje ją jako patologię wymagającą korekcji [St. Pierre 2012; St. Pierre i in. 2019]. Alternatywą są modele społeczne i relacyjne, sytuujące niepełnosprawność w barierach środowiskowych, normach kulturowych oraz niedopasowaniu pomiędzy możliwościami jednostki a wymaganiami otoczenia [Constantino 2018; Constantino i in. 2022]. W takim ujęciu to nie sama niepłynność stanowi główne źródło ograniczeń, lecz sposób organizowania interakcji społecznych – tempo rozmowy, normy estetyczne mówienia, brak dostosowań w edukacji, pracy i przestrzeni publicznej.

Z paradygmatem neuroróżnorodności ściśle wiąże się rozwój krytyki ableizmu, rozumianego jako system przekonań, praktyk i struktur społecznych, które faworyzują określony, „normatywny” sposób funkcjonowania kosztem osób komunikujących się w sposób odmienny [Gerlach-Houck, Constantino 2022; DeThorne, Gerlach-Houck 2023; Reeves i in. 2023]. W odniesieniu do jąkania ableizm przejawia się m.in. w utrwalaniu przekonania, że płynna mowa jest warunkiem skutecznej komunikacji, sukcesu edukacyjnego i zawodowego oraz społecznej wiarygodności. Osoby jąkające się doświadczają w tym kontekście licznych mikroagresji komunikacyjnych – przerywania, kończenia zdań, poprawiania wypowiedzi, oceniania kompetencji przez pryzmat płynności – które mają istotny, kumulatywny wpływ na zdrowie psychiczne, poczucie własnej wartości i partycypację społeczną [Coalson i in. 2022; Senior i in. 2025]. Ujęcie ableizmu w najnowszych pracach wyraźnie przesuwają akcent z pojedynczych aktów dyskryminacji na jego charakter strukturalny i uwewnętrzniony. Laura S. DeThorne i Hope Gerlach-Houck [2023] podkreślają, że ableizm często reprodukowany jest poprzez „dobre intencje”, nieuświadomiane założenia i codzienne praktyki komunikacyjne. Autorzy zwracają uwagę, że odpowiedzialność za powodzenie komunikacji nie może spoczywać wyłącznie na osobie jąkającej się, gdyż każda interakcja jest procesem współdzielonym. Oczekiwanie, że cała praca adaptacyjna ma polegać na „naprawie” mowy, stanowi przejaw utrwalonego myślenia medycznego i ableistycznego. Równolegle rozwija się nurt myślenia o jąkaniu w kategoriach tożsamości, a nie wyłącznie objawu klinicznego. Christopher D. Constantino [2023] wskazuje, że podtrzymywanie „tożsamości

osoby mówiącej płynnie” sprzyja maskowaniu jąkania, nasileniu lęku, nadmiernej kontroli mowy i samostygmatyzacji, natomiast integracja jąkania z własną tożsamością wiąże się z obniżeniem napięcia, większą swobodą komunikacyjną i poprawą jakości życia. Coraz wyraźniej podkreśla się zatem potrzebę tworzenia inkluzywnych przestrzeni komunikacyjnych, które nie wymagają ciągłego dostosowywania się do normy płynności.

Podejścia odwołujące się do koncepcji neuroróżnorodności i społecznego modelu niepełnosprawności przesuwały akcent z „naprawy” jednostki na redukcję barier środowiskowych, zmianę postaw społecznych oraz wzmacnianie sprawczości i tożsamości komunikacyjnej osób jąkających się. Takie ujmowanie interwencji logopedycznej w jąkaniu znajduje odzwierciedlenie w standardach praktyki opartej na dowodach (ang. *Evidence-Based Practice*, EBP), odchodzi bowiem od wąskiego utożsamiania skuteczności terapii z redukcją objawów niepełności. Nan Bernstein Ratner i Shelley Brundage [2026] wskazują, że mimo postępu w neurobiologii jąkania nadal istnieje luka między wiedzą o jego mechanizmach a realnymi czynnikami zmiany terapeutycznej. Podkreślają, że EBP powinno obejmować takie cele jak: dobrostan, redukcja lęku, wzmacnianie sprawczości i jakości życia oraz uwzględniać głos samych osób jąkających się. Empiryczne potwierdzenie tego kierunku przynoszą badania Geoffrey’a Coalsona i Courtney T. Byrd [2024], które wykazały, że po terapii opartej na modelu CARE osoby jąkające się były oceniane jako istotnie skuteczniejsi komunikatorzy mimo braku istotnych zmian w nasileniu jąkania. Wyniki te rozdzielają konstrukt płynności od skuteczności komunikacyjnej i podważają ableistyczne założenie, że płynność jest warunkiem efektywnej komunikacji, wskazując na przesunięcie od medycznego i deficytowego modelu jąkania ku paradygmatowi społeczno-afirmatywnemu, skoncentrowanemu na dobrostanie, relacyjności, sprawczości i prawie do autentycznej komunikacji – także niepełnej.

4. Realia polskiej terapii jąkania – potrzeba zmiany

W Polsce nadal dominują tradycyjne modele terapii jąkania, w których płynność mówienia pozostaje podstawowym, a często jedynym kryterium sukcesu terapeutycznego. Tymczasem wyniki badań prowadzonych w ostatnich latach na polskiej populacji jednoznacznie wskazują na wysokie nasilenie stygmatyzacji, samostygmatyzacji oraz istotne negatywne konsekwencje psychospołeczne jąkania [Węsierska i in. 2023; Węsierska i in. 2025; Węsierska i in. 2025b]. Dane te pokazują wyraźnie, że redukcja niepełności nie jest równoznaczna z poprawą jakości życia, a koncentracja wyłącznie na objawach w mowie nie odpowiada złożonej naturze doświadczenia jąkania. Badania z wykorzystaniem polskiej adaptacji *Skali Autostygmatyzacji Jąkania* (4S) ujawniły, że znaczna część dorosłych

osób jąkających się cechuje się wysokim poziomem świadomości społecznego piętna oraz jego internalizacją, co pozostaje w silnym związku z obniżoną jakością życia, ograniczeniem partycypacji społecznej oraz negatywną oceną własnej komunikacji [Wesierska i in. 2025]. Wyniki te potwierdzają, że jąkanie w polskim kontekście kulturowym nadal funkcjonuje jako doświadczenie silnie obciążone społeczną stygmatyzacją, a jego skutki wykraczają daleko poza sferę samej mowy. Z kolei badania ilościowe z wykorzystaniem narzędzia *Całościowa ocena doświadczenia jąkania przez mówiącego* OASES – wersja polska (ang. *Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering, OASES-PL*) pokazują, że polskie dzieci, młodzież i osoby dorosłe doświadczają umiarkowanego do wysokiego poziomu negatywnego wpływu jąkania na funkcjonowanie emocjonalne, społeczne, edukacyjne i zawodowe – często niezależnie od obiektywnej częstotliwości niepełności [Węsierska i in. 2023]. Szczególnie niepokojące są dane dotyczące dzieci, które często nie dysponują językiem pozwalającym na nazywanie własnych doświadczeń, co sprzyja narastaniu wstydu, lęku i poczucia inności już na wczesnych etapach rozwoju.

Badania jakościowe prowadzone wśród dorosłych osób jąkających się w Polsce pokazują ponadto jednoznacznie, że dominujący model terapii skoncentrowany na eliminowaniu niepełności jest przez wielu uczestników uznawany za niewystarczający, a niekiedy wręcz pogłębiający trudności psychiczne i społeczne [Węsierska i in. 2025c]. Osoby badane opisywały wieloletnią zmowę milczenia wokół jąkania, brak wsparcia emocjonalnego, stygmatyzację i presję maskowania niepełności. Terapię opartą niemal wyłącznie na technikach upłynniania mowy oceniano jako krótkotrwale skuteczną, a jednocześnie wzmacniającą wstyd, lęk społeczny i przekonanie, że jąkanie należy ukrywać. Podkreślono, że dopiero podejścia uwzględniające akceptację, otwartą rozmowę o jąkaniu, pracę nad tożsamością i redukcję samostygmatyzacji poprawiały jakość życia. Zestawienie tych doświadczeń z dominacją podejść płynnościowych w polskiej praktyce ujawnia wyraźną lukę między współczesną wiedzą naukową a powszechnie stosowaną interwencją terapeutyczną. Wyniki te potwierdzają, że model skoncentrowany wyłącznie na kontroli objawów mowy nie odpowiada rzeczywistym potrzebom osób jąkających się i może utrwalać mechanizmy unikania, wstydu i samostygmatyzacji. Włączenie podejść afirmatywnych do polskiej praktyki terapeutycznej – jak wynika z doświadczeń osób jąkających się i ich bliskich – jest więc celowe, stworzy bowiem przestrzeń do przeformułowania celów terapii w stronę dobrostanu, sprawczości komunikacyjnej i pełniejszej partycypacji społecznej.

5. Podejścia afirmatywne w terapii jąkania

Na tle przemian neurobiologicznych, społecznych i kulturowych rozwijają się podejścia afirmatywne w terapii jąkania, które przesuwają cel wyłącznie z normalizacji mowy na dobrostan, sprawczość i pełną partycypację komunikacyjną. W centrum terapii nie jest już sama płynność, lecz relacja osoby jąkającej się z komunikacją, tożsamością i środowiskiem społecznym [Botterill 2011; Constantino 2023; Sisskin 2022]. Nina A. Reeves i J. Scott Yaruss [2025] podkreślają, że jąkanie coraz częściej traktowane jest nie jako błąd wymagający korekty, lecz jako forma werbalnej różnorodności (ang. *verbal diversity*), odzwierciedlająca zróżnicowaną organizację neurologiczną mowy. Osoba jąkająca się nie „robi czegoś źle”, lecz komunikuje się zgodnie ze swoim profilem neurologicznym. Terapia nie traci więc sensu, lecz zmienia swoje cele – zamiast maskowania jąkania wspiera swobodną, autentyczną i efektywną komunikację.

Jak pokazują Byrd, Coalson i Conture [2024], dominujący dotąd model terapii oparty na płynności nie dostarcza jednoznacznych dowodów na trwałość efektów ani na ich bezpośredni związek z poprawą jakości życia. Nawroty jąkania, ograniczona generalizacja technik oraz nienaturalność wyuczzonej płynności podważają założenie, że redukcja niepłynności jest warunkiem skutecznej komunikacji, co więcej, kompetencja komunikacyjna oraz jakość życia są w dużej mierze niezależne od płynności mowy. W odpowiedzi na te ograniczenia rozwija się paradygmat terapii skoncentrowanej na komunikacji i dobrostanie osoby z jąkaniem. Terapia afirmatywna nie dąży do „naprawy” jąkania, lecz wspiera rozwój skutecznej komunikacji poprzez wzmacnianie samorzecznicstwa, odporności psychicznej, otwartego mówienia o jąkaniu oraz pozytywnej tożsamości osoby jąkającej się.

Badania pokazują, że osoby jąkające się mogą być postrzegane jako skuteczni (roz)mówcy nawet przy wysokiej częstotliwości niepłynności, o ile rozwijają kompetencje pragmatyczne [Byrd i in. 2024]. Sisskin [2022] zwraca jednocześnie uwagę, że mechanizmy ableistyczne mogą być nieświadomie reprodukowane także w praktyce terapeutycznej, m.in. poprzez ukryte preferowanie płynności, kliniczne mikroagresje czy lokowanie odpowiedzialności za efekt terapii wyłącznie po stronie osoby z jąkaniem. W opozycji do takich praktyk formułowana jest koncepcja terapii afirmującej jąkanie, w której sukces definiowany jest przez komfort komunikacyjny, spontaniczność, odwagę mówienia i gotowość jednostki do samookreślenia się jako osoby z jąkaniem bez lęku przed oceną. Centralnym elementem podejść afirmatywnych pozostaje także zmiana charakteru relacji terapeutycznej. Jak podkreślają Botterill [2011] oraz Reeves i Yaruss [2025], skuteczność terapii wiąże się nie tylko z technikami, lecz także z relacją opartą na partnerstwie, zaufaniu i współodpowiedzialności.

Osoba jękająca się współtworzy cele terapeutyczne, a kryterium wskazań do terapii jest realny wpływ jękania na jakość życia, a nie sama obecność jękania. Podejścia afirmatywne zapewniają zatem równowagę między pracą nad mową a redukcją barier psychologicznych i społecznych. Praca nad technicznymi aspektami mówienia pozostaje możliwa, lecz nie jest celem nadrzędnym. Skuteczność terapii ocenia się przez pryzmat jakości życia, wpływu na jakość komunikacji i zdolności do podejmowania różnych ról społecznych.

6. Model CARE jako przykład terapii afirmatywnej

Szczególnie ustrukturyzowaną i empirycznie weryfikowaną formą terapii afirmatywnej jest model CARE, rozwijany od prawie dwóch dekad w Stanach Zjednoczonych na Uniwersytecie Teksasu w Austin przez zespół pod kierunkiem Courtney Byrd z Arthur M. Blank Center of Stuttering Education and Research [Byrd i in., 2024]. Akronim sztandarowego programu tego ośrodka – modelu CARE – odnosi się do czterech wzajemnie powiązanych komponentów oddziaływań terapeutycznych, które w polskim ujęciu można określić jako komunikacja (ang. *Communication*), samorzecznictwo (ang. *Advocacy*), odporność psychiczna (ang. *Resiliency*) oraz edukacja (ang. *Education*). Komponenty te wspólnie tworzą spójny paradygmat pracy ukierunkowanej na dobrostan, sprawczość oraz kompetencję komunikacyjną osób jękających się. Filozofię tego podejścia syntetycznie oddaje hasło ośrodka „CARE, not CURE” – „wsparcie, a nie leczenie”, które podkreśla odejście od naprawiania na rzecz wspierania jakości życia, podmiotowości i relacyjności. Model CARE integruje perspektywę biopsychospołeczną z podejściem neuroróżnorodnościowym i stanowi odpowiedź na ograniczenia terapii skoncentrowanej wyłącznie na płynności.

W obszarze komunikacji głównym celem nie jest eliminacja niepłynności, lecz rozwijanie funkcjonalnej kompetencji komunikacyjnej rozumianej jako zdolność do swobodnego, autentycznego i skutecznego udziału w interakcjach społecznych mimo obecności jękania. Przyświeca temu zasada „mówienia swobodnego, a nie płynnego” (ang. *speaking freely, not fluently*). Osoby z jękaniami są systematycznie angażowane w autentyczne sytuacje komunikacyjne o rosnącym poziomie trudności, z naciskiem na spontaniczność, inicjowanie kontaktu, elastyczność reagowania oraz skuteczność przekazu. Badania nad skutecznością programu Camp Dream. Speak. Live (CDSL) pokazują, że taka forma interwencji prowadzi do istotnej poprawy postaw komunikacyjnych dzieci oraz do zmniejszenia negatywnego wpływu jękania na jakość życia, mierzonych m.in. za pomocą OASES oraz narzędzi do oceny relacji rówieśniczych [Byrd i in., 2016a; 2018; 2026].

Samorzecznictwo w modelu CARE obejmuje rozwój umiejętności otwartego mówienia o jękananiu, komunikowania własnych potrzeb oraz aktywnego przeciwdziałania stygmatyzacji. Osoby jękające się uczą się ujawniać jękanie w sposób nieunikowy i nieprzepraszający oraz edukować otoczenie na temat jego natury. W programach opartych na CARE uczestnicy podejmują działania edukacyjne i społeczne, m.in. wystąpienia publiczne, projekty medialne oraz aktywności środowiskowe. Doświadczenia te wzmacniają poczucie podmiotowości, redukują wstyd oraz sprzyjają budowaniu pozytywnej tożsamości osoby jękającej się.

Komponent odporności psychicznej odnosi się do budowania elastycznych strategii radzenia sobie z lękiem komunikacyjnym, antycypacją jękania i reakcjami społecznymi. Kluczową rolę odgrywa tu praca nad tolerancją niepewności, restrukturyzacją negatywnych przekonań oraz zdolnością powrotu do równowagi po trudnych doświadczeniach komunikacyjnych. W programach opartych na modelu CARE szeroko stosowane są techniki improwizacji, dobrowolnego jękania, pracy narracyjnej oraz doświadczenia grupowe. Badania wykazują istotną redukcję negatywnego wpływu jękania na jakość życia oraz wzrost poczucia skuteczności komunikacyjnej po zakończeniu interwencji [Byrd i in. 2016b; 2018].

Edukacja stanowi czwarty filar modelu CARE i obejmuje systematyczną psychoedukację zarówno osób jękających się, jak i ich rodzin, nauczycieli oraz środowisk społecznych. Dotyczy ona natury jękania, jego zmienności, czynników emocjonalnych i społecznych, a także mechanizmów stygmatyzacji i ableizmu. W modelu CARE osoby z jękananiem traktowane są jako współtwórcy przekazu edukacyjnego oraz eksperci własnego doświadczenia, co dodatkowo wzmacnia ich sprawczość oraz pozycję społeczną. Skuteczność modelu CARE została potwierdzona w serii badań, w tym w ramach stosowania programu terapeutycznego CDSL dla dzieci i młodzieży z jękananiem. W badaniach podłużnych wykazano istotną statystycznie poprawę postaw wobec własnej komunikacji, wzrost jakości relacji rówieśniczych oraz znaczące obniżenie negatywnego wpływu jękania na jakość życia [Byrd i in. 2016b; 2018]. Co istotne, uzyskane zmiany nie były zależne ani od wieku uczestników, ani od początkowego nasilenia objawów jękania w mowie, co potwierdza zasadnicze założenie modelu CARE o rozdzielności pomiędzy płynnością mowy a dobrostanem.

Najnowsze badania potwierdzają również skuteczność modelu CARE w formule zdalnej [Byrd i in. 2025]. W ewaluacji programu Virtual CDSL wykazano istotną poprawę postaw komunikacyjnych, redukcję negatywnego wpływu jękania na jakość życia oraz wzrost ocen kompetencji komunikacyjnych dokonywanych przez niezależnych klinicystów. Co szczególnie istotne, wyjściowa

częstotliwość jękania nie przewidywała poziomu uzyskanej poprawy, a efekty były porównywalne z wynikami uzyskiwanymi w wersji stacjonarnej programu. Model CARE stanowi tym samym jedno z najbardziej spójnych, empirycznie potwierdzonych i etycznie uzasadnionych form terapii afirmatywnej. Nie eliminuje on pracy nad mową, lecz przenosi jej ciężar z kontroli objawów na rozwój kompetencji komunikacyjnych, odporności psychicznej i jakości życia, redefiniując tym samym kryteria skuteczności terapii jękania.

7. Wdrożenie CDSL Poland – możliwości i doświadczenia

W Polsce pierwsze wdrożenie afirmatywnego programu CDSL miało miejsce w 2024 roku na Uniwersytecie Śląskim w Katowicach i to przełomowa próba adaptacji modelu CARE do realiów polskiej logopedii. W tym badawczo-terapeutycznym projekcie udział wzięły dzieci z jękaniami, ich rodziny oraz studentki logopedii. Program realizowany był zgodnie z podstawowymi założeniami CARE i obejmował zarówno intensywną część warsztatową, jak i wsparcie dla rodzin. Wyniki tej edycji zostały zaprezentowane na międzynarodowych konferencjach (m.in. w Belgii, Czechach, Słowacji, Turcji i Wielkiej Brytanii), co nadało polskiemu wdrożeniu rangę globalnego przykładu. Badania towarzyszące pierwszej edycji obejmowały pomiary ilościowe (narzędzia CARE dla dzieci i rodziców) oraz wywiady jakościowe z uczestnikami – rodzicami i studentami [Łukaszek i in., w druku; Węsierska i in., 2025b].

Zauważono istotny wzrost poczucia kompetencji komunikacyjnej wśród dzieci, poprawę samooceny ich mówienia oraz spadek negatywnego wpływu jękania na jakość życia. Rodzice również deklarowali wzrost poczucia sprawczości i lepsze rozumienie natury jękania. Relacje jakościowe ujawniły transformację narracji, od potrzeby ukrywania jękania do akceptacji i otwartości; uczestnicy wskazywali na wzrost pewności siebie, większą gotowość do publicznego mówienia i budowania autentycznej tożsamości komunikacyjnej. Doświadczenia z roku 2024 stały się fundamentem kontynuacji tych działań. W roku 2025 przeprowadzono kolejną edycję CDSL Poland, a równolegle od roku 2024 uruchomiono cykliczne zajęcia warsztatowe LOGOLAB-THE CARE dla dzieci z jękaniami i ich rodzin na Uniwersytecie Śląskim (od roku 2025 także w wersji online). Zajęcia te inspirowane są modelem CARE i pozwalają na długofalowe oddziaływanie terapeutyczne oraz rozwój kompetencji komunikacyjnych i psychospołecznych uczestników. Wdrażanie programu w Polsce pokazało, że adaptacja modelu CARE jest możliwa, skuteczna i przynosi realne korzyści, nie tylko w zakresie mowy, lecz przede wszystkim w obszarze dobrostanu psychicznego, samorzecznictwa i jakości życia. Jednocześnie doświadczenia polskie zwracają uwagę na bariery systemowe: konieczność szkolenia specjalistów

w duchu afirmatywnym, zmiany w programach kształcenia logopedów oraz potrzebę edukacji społecznej otoczenia¹.

8. Wnioski i implikacje dla praktyki logopedycznej w Polsce

Przyjęcie podejść afirmatywnych w terapii jąkania oznacza odejście od koncentracji na eliminowaniu nie płynności na rzecz wspierania dobrostanu, sprawczości i pełnej partycypacji komunikacyjnej. Jąkanie przestaje być postrzegane wyłącznie jako wada czy zaburzenie wymagające korekty, a zaczyna być rozumiane jako jedna z form neuroróżnorodnej komunikacji, co wpływa na cele terapii, metody pracy oraz partnerski charakter relacji terapeutycznej. Zmiana ta pociąga za sobą konieczność modyfikacji kształcenia logopedów – uwzględnienia psychospołecznych aspektów jąkania, pracy z tożsamością komunikacyjną oraz krytycznej refleksji nad mechanizmami ableizmu w praktyce klinicznej. Równocześnie skuteczna terapia wymaga szerszej współpracy z rodziną, szkołą i środowiskiem społecznym oraz silnego akcentu etycznego, obejmującego przeciwdziałanie stygmatyzacji i wzmacnianie samorzeczności. Wyniki badań oraz pierwsze polskie wdrożenia programu CDSL potwierdzają, że skuteczność terapii afirmatywnej należy oceniać przede wszystkim przez poprawę jakości życia, gotowość do komunikacji i poczucie wpływu, a nie wyłącznie przez redukcję nie płynności, co czyni ją istotnym elementem budowania bardziej inkluzyjnej kultury komunikacyjnej.

9. Podsumowanie

Afirmatywne podejścia do terapii jąkania stanowią spójną i empirycznie uzasadnioną odpowiedź na współczesne ustalenia neurobiologiczne, psychospołeczne i kulturowe, ukazujące jąkanie jako zjawisko neurorozwojowe, silnie powiązane z doświadczeniem emocjonalnym i społecznym. W tym ujęciu koncentracja wyłącznie na eliminacji nie płynności okazuje się niewystarczająca, a perspektywa afirmatywna przesuwa akcent na wspieranie komunikacji, sprawczości i jakości życia. Polskie doświadczenia, w tym realizacja programu Camp Dream. Speak. Live oraz praktyka inspirowana modelem CARE [Janus i in. 2025], potwierdzają możliwość skutecznej adaptacji tego paradygmatu oraz jego znaczenie nie tylko dla osób jąkających się i ich rodzin, lecz także dla

1 Materiały dokumentalne i źródła audiowizualne dotyczące polskich edycji programu Camp Dream. Speak. Live. obejmują m.in.: film z edycji 2024 („Camp Dream. Speak. Live. Poland 2024”, <https://youtu.be/QmmaeZ7oG4k>), wywiady z rodzicami uczestników z 2024 roku (<https://youtu.be/HKCQVqJW7ZA>), oficjalną stronę projektu (<https://fcl.org.pl/camp-dream-speak-live/>) oraz film z edycji 2025 („CDSL Poland 2025”, <https://youtu.be/awC5fwzVX8A>).

kształcenia przyszłych terapeutów. Dalsze badania powinny koncentrować się na trwałości efektów terapii afirmatywnej i systemowym włączaniu perspektywy neuroróżnorodności do praktyki klinicznej i edukacji logopedycznej, jako elementu szerszej zmiany w rozumieniu jękania i relacji terapeutycznej.

Bibliografia

- Alatawi Manal, Good Judith (2025), *Between Therapy and Reality: A Lived-Experience Analysis of the Priorities, Progress and Barriers in Stuttering Management*, „Journal of Fluency Disorders”, s. 106–126. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2025.106126>
- Beilby Janet (2014), *Psychosocial impact of living with a stuttering disorder: Knowing is not enough*, „Seminars in Speech and Language”, 35(2), s. 132–143. <https://doi.org/10.1080/17549500802616574>
- Beilby Janet M., Byrnes Michelle L., Meagher Emily L., Yaruss J. Scott (2013), *The impact of stuttering on adults who stutter and their partners*, „Journal of Fluency Disorders”, 38(1), s. 14–29. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.12.001>
- Bernstein Ratner Nan, Brundage Shelley (2025), *A professional perspective on EBP in stuttering: How far have we come in 20 years?*, „Journal of Fluency Disorders”, s. 106–171. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2025.106171>
- Botterill Willie (2011). *Developing the therapeutic relationship: From 'expert' professional to 'expert' person who stutters*, „Journal of Fluency Disorders”, 36(3), s. 158–173. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2011.02.002>
- Boyce Jessica O., Jackson Victoria. E., Van Reyk Olivia, Parker Richard, Vogel Adam P., Eising Else, Horton Sarah E., Gillespie Nathan A., Scheffer Ingrid E., Amor David J., Hildebrand Michael S., Fisher Simon E., Martin Nicholas G., Reilly Sheena, Bahlo Melanie, Morgan Angela T. (2022), *Self-reported impact of developmental stuttering across the lifespan*, „Developmental Medicine & Child Neurology”, 64(10), s. 1297–1306. <https://doi.org/10.1111/dmcn.15211>
- Boyle Michael P., Fearon Alison N. (2018). *Self-stigma and its associations with stress, physical health, and health care satisfaction in adults who stutter*, „Journal of Fluency Disorders”, 56, s. 112–121. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2017.10.002>
- Boyle Michael P., Cheyne Madeline R., Rosen Amy L. (2023), *Self-stigma of stuttering: Implications for communicative participation and mental health*, „Journal of Speech, Language, and Hearing Research”, 66(9), s. 3328–3345. https://doi.org/10.1044/2023_JSLHR-23-000
- Boyle Michael P., Rosen Amy L. (2025), *More than meets the eye: Self-rated covert stuttering is linked to reduced psychosocial and communicative outcomes*, „Journal of Fluency Disorders”, 86, 106162. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2025.106162>

- Byrd Courtney, Chmela Kristin, Coleman Craig, Weidner Mary, Kelly Ellen, Reichhardt Robert, Farzan Irani (2016a), *An Introduction to Camps for Children Who Stutter: What They Are and How They Can Help*, „Perspectives of the ASHA Special Interest Groups”, SIG 4, 1(2), s. 55–69. <https://doi.org/10.1044/persp1.SIG4.55>
- Byrd Courtney T., Coalson Geoffrey A., Conture Edward G. (2024), *CARE Model of Treatment for stuttering: Theory, assumptions, and preliminary findings*, „Frontiers in Psychology”, 15, s. 1–19. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1488328>
- Byrd Courtney T., Coalson Geoffrey A., Conture Edward G. (2026), *CARE Model of Assessment for school-age children who stutter: Development, procedures and preliminary findings*, „Frontiers in Psychology”, 17, 1736190.
- Byrd Cortney T., Coalson Geoffrey A., Werle Danielle, Albaum Robyn L., Winters Katie L., Young Megan M. (2025), *Virtual adaptation of Camp Dream. Speak. Live.: Clinical outcomes of an intensive CARE Model intervention for children who stutter*, „International Journal of Speech-Language Pathology”, s. 1–15. <https://doi.org/10.1080/17549507.2025.2589140>
- Byrd Cortney, Hampton Elizabeth, McGill Megann, Gkalitsiou Zoi (2016b), *Participation in Camp Dream. Speak. Live.: Affective and Cognitive Outcomes for Children Who Stutter*, „Journal of Speech Pathology and Therapy”, 1(3), s. 1–10. <https://doi.org/10.4172/2472-5005.1000116>
- Byrd Courtney, Gkalitsiou Zoi, Werle Danielle, Coalson Geoffrey A. (2018), *Exploring the Effectiveness of an Intensive Treatment Program for School-Age Children Who Stutter, Camp Dream. Speak. Live.: A Follow-up Study*, „Seminars in Speech and Language”, 39(05), s. 458–468. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1670669>
- Byrd Courtney, Winters Katie L., Young Megan, Werle Danielle, Croft Robyn L., Hampton Elizabeth, Gkalitsiou Zoi (2021), *The communication benefits of participation in Camp Dream. Speak. Live.: An extension and replication*, „Seminars in Speech and Language”, 42(2), s. 117–135. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1723843>
- Chang Soo-Eun, Below Jennifer E., Chow Ho M., Guenther Frank H., Hampton Wray Amanda M., Jackson Eric S., Max Ludo, Neef Nicole E., SheikhBahaei Shahriar, Shekim Lana, Tichenor Seth E., Welsh Bridget, Watkins Kate E., Yaruss J. Scott, Bernstein Ratner Nan (2025), *Stuttering: Our current knowledge, research opportunities, and ways to address critical gaps*, „Neurobiology of Language”, 6. https://doi.org/10.1162/nol_a_00162
- Coalson Geoffrey A., Byrd Courtney T. (2024), Social validation of post-treatment outcomes of adults who stutter who participated in the Blank center CARE™ model treatment: replication and extension, „medRxiv”, s. 2024–10. <https://doi.org/10.1101/2024.10.19.24315802>
- Coalson Geoffrey A., Crawford Alexis, Treleaven Shanley, Byrd Cortney T., Davis Lauren, Dang Lillian, Edgerly Jillian, Turk Alison (2022), *Microaggression and the*

- adult stuttering experience*, „Journal of Communication Disorders”, 95, s. 106–180. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2021.106180>
- Connery Amy, McCurtin Arlene, Robinson Katie (2020), *The lived experience of stuttering: A synthesis of qualitative studies with implications for rehabilitation*, „Disability and Rehabilitation”, 42(16), s. 2232–2242. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1555623>
- Constantino Christopher D. (2018), *What can stutterers learn from the neurodiversity movement?*, „Seminars in Speech and Language”, 39(4), s. 382–396. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1667166>
- Constantino Christopher D. (2023), *Fostering positive stuttering identities using stutter-affirming therapy*, „Language, Speech, and Hearing Services in Schools”, 54(1), s. 42–62. https://doi.org/10.1044/2022_LSHSS-22-00038
- Constantino Christopher D., Campbell Patrick, Simpson Sam (2022), *Stuttering and the social model*, „Journal of Communication Disorders”, 96, s. 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2022.106200>
- Constantino Christopher D., Eichorn Naomi, Buder Eugene H., Beck J. Gayle, Manning Walter H. (2020), *The speaker's experience of stuttering: Measuring spontaneity*, „Journal of Speech, Language, and Hearing Research”, 63(4), s. 983–1001. https://doi.org/10.1044/2019_JSLHR-19-00068
- Daniels Derek E., Gabel Rodney M. (2004), *The impact of stuttering on identity construction*, „Topics in Language Disorders”, 24(3), s. 200–215. <https://doi.org/10.1097/00011363-200407000-00007>
- De Nardo Thales, Gabel Rodney M., Tetnowski John A., Swartz Eric R. (2016), *Self-acceptance of stuttering: A preliminary study*, „Journal of Communication Disorders”, 60, s. 27–38. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2016.02.003>
- DeThorne Laura S., Gerlach-Houck Hope (2023), *Resisting Ableism in School-Based Speech-Language Therapy: An Invitation to Change*, „Language, Speech, and Hearing Services in Schools”, 54(1), s. 1–7. https://doi.org/10.1044/2022_LSHSS-22-00139
- Gattie Max, Lieven Elena, Kluk Karolina (2025), *Adult stuttering prevalence II: Recalculation, subgrouping and estimate of stuttering community engagement*, „Journal of Fluency Disorders”, 83, 106086. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2024.106086>
- Gerlach-Houck Hope, Constantino Christopher D. (2022), *Interrupting ableism in stuttering therapy and research: Practical suggestions*, „Perspectives of the ASHA Special Interest Groups”, 7(2), s. 357–374. https://doi.org/10.1044/2021_PERSP-21-00109
- Isaacs Dane, Swartz Leslie (2021), *Lived experience of people who stutter: A descriptive review of qualitative studies from 1990–2017*, „Disability & Society”, 36(1), s. 81–99. <https://doi.org/10.1080/09687599.2020.1735304>
- Jacobs Molly, Gerlach-Houck Hope, Briley Patrick (2025), *Differential Impacts of Anticipated Success on Employment Outcomes Among Adults Who Stutter*, „American Journal

- of Speech-Language Pathology”, 34(1), s. 246–260. https://doi.org/10.1044/2024_AJSLP-24-0020
- Janus Wiktoria, Pakura Monika, Szymczakowska Joanna, Węsierska Katarzyna (2025), *Doświadczenia rodziców dzieci jękających się związane z udziałem w grupowej terapii logopedycznej*, „Poradnik Językowy”, 9(825), s. 25–40. <https://doi.org/10.33896/PorJ.2025.9.3>
- Johnson Monica L., Medina Angela M. (2025), *Everyone Has a Plan ‘til You Get Punched in the Mouth’: Discussing the Topic of Dating in Stuttering Therapy*, „American Journal of Speech-Language Pathology”, 34(5), s. 3034–3041. https://doi.org/10.1044/2025_AJSLP-25-00022
- Kerrigan Julia S., Brundage Shelley B. (2024), *Lived experiences of children who stutter in their own voices*, „Journal of Communication Disorders”, 112, s. 106–468. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2024.106468>
- Łukaszek Sabina, Pakura Monika, Szymczakowska Joanna, Węsierska Katarzyna (w druku), *Uczenie się przez doświadczenie w kształceniu logopedów w terapii jękania – badanie jakościowe kompetencji i gotowości studentów*, „Logopedia”, 55, 1–19.
- Mori Koichi (2025), *Developmental stuttering as a neurodiverse speech style*, „Acoustical Science and Technology”, 46(1), s. 64–69. <https://doi.org/10.1250/ast.e24.37>
- Neef Nicole E., Chang Soo Eun (2024), *Knowns and unknowns about the neurobiology of stuttering*, „PLoS Biology”, 22(2), e3002492. <https://doi.org/10.1371/journal.pbio.3002492>
- Pakura Monika, Szymczakowska Joanna, Węsierska Katarzyna (2024), *Czas na zmianę podejścia do jękania*, „Prace Językoznawcze”, 26(4), s. 53–67. <https://doi.org/10.31648/pj.10587>
- Phillips Matthew C., Spaulding Tammie J. (2025), *Listening to Voices That Matter: The Speech Therapy Experiences of People Who Stutter*, „Journal of Speech, Language, and Hearing Research”, 68(10), s. 4645–4672. https://doi.org/10.1044/2025_JSLHR-24-00792
- Reeves Nina A., Flynn Timothy W., Schuff Reuben Z. (2023), *Ableism to empowerment: Navigating school structures when working with students who stutter*, „Language, Speech, and Hearing Services in Schools”, 54(1), s. 8–26. https://doi.org/10.1044/2022_LSHSS-22-00026
- Reeves Nina A., Yaruss J. Scott (2025), *Toward Stutter-Affirming Therapy*, „The ASHA Leader Live”.
- Salvo Heather D., Seery Carol H. (2021), *Perspectives of stuttering treatment: children, adolescents, and parents*, „Journal of Fluency Disorders”, 69, s. 105–863. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2021.105863>

- Senior Tessa, Calder-Dawe Octavia, Szabó Ágnes (2025), *How Do People Who Stutter Experience Ableist Microaggressions? A Mixed Methods Exploratory Study*, „New Zealand Journal of Psychology”, 53(2), s. 30–39. <https://doi.org/10.63146/001c.138413>
- Shenker Rosalee, Rodgers Naomi, Guitar Barry, Onslow Mark (2023), *Contemporary clinical conversations about stuttering: Neurodiversity and ableism*, „Journal of Fluency Disorders”, 78, s. 106014. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2023.106014>
- Sisskin Vivian (2022), *Disfluency-affirming therapy for young people who stutter: Unpacking ableism in the therapy room*, „Language, Speech, and Hearing Services in Schools”, 54(1), s. 114–119. https://doi.org/10.1044/2022_LSHSS-22-00015
- Smith Anne, Weber Christine (2017), *How stuttering develops: The multifactorial dynamic pathways theory*, „Journal of Speech, Language, and Hearing Research”, 60(9), s. 2483–2505. https://doi.org/10.1044/2017_JSLHR-S-16-03
- St. Pierre Joshua (2012), *The construction of the disabled speaker: Locating stuttering in disability studies*, „Canadian Journal of Disability Studies”, 1(3), s. 1–21. <https://doi.org/10.15353/cjds.v1i3.54>
- St. Pierre, J., Campbell Patrick., Constantino Christopher, Simpson Sam (2019), *An introduction to stuttering and disability theory: Misfits in meaning. Eds: Stammering pride and prejudice: Difference not defect*, Surrey, UK: J& R Presss, s. 19–22.
- Tichenor Seth E., Walsh Bridget, Gerwin Katelyn L., Yaruss. Scott J. (2025), *Repetitive Negative Thinking as a Mechanism of Stuttering Anticipation*, „Journal of Speech, Language, and Hearing Research”, 68(5), 2236–2258, https://doi.org/10.1044/2025_JSLHR-24-00175
- Węsierska Marta, Świsłocka Natalia, Węsierska Katarzyna, Boyle Michael P. (2025), *Polish adaptation of the Self-Stigma of Stuttering Scale: Scale development and analysis*, „Journal of Fluency Disorders”, vol. 85, s. 106–138. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2025.106138>
- Węsierska Katarzyna, Pakura Monika, Szymczakowska Joanna, Pordzik-Janik Maja, Łukaszek Sabina, Węsierska Marta (2025a, listopad), *Changing the Polish approach to stuttering through Camp Dream. Speak. Live: A mixed-method study* [prezentacja konferencyjna], ASHA Convention, Washington DC, USA.
- Węsierska Katarzyna, Szymczakowska Joanna, Pakura Monika, Łukaszek Sabina, Janik Maja, Węsierska Marta (2025b, wrzesień). *Communication over fluency: Exploring the effectiveness of the first Polish Camp Dream. Speak. Live* [poster konferencyjny], 14th Oxford Stuttering and Cluttering Research Conference, Oxford, Wielka Brytania.
- Węsierska Katarzyna, Wyrwas Katarzyna, Zarzycki Mikołaj (2025c), *Stuttering narratives in Poland: A qualitative study exploring the consequences of stigmatization and ableism on adult life experiences*, „Journal of Communication Disorders”, 118, s. 1065–81. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2025.106581>

Węsierska Katarzyna, Yaruss J. Scott, Kosacka Kalina, Kowalczyk Łukasz, Boroń Aleksandra (2023), *The experience of Polish individuals who stutter based on the OASES outcomes*, „Journal of Fluency Disorders”, 77, s. 1059–91. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2023.105991>

Yairi Ehud, Ambrose Nicoline (2013), *Epidemiology of Stuttering: 21st Century Advances*, „Journal of Fluency Disorders”, 38(2), 66–87. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.11.002>

dr hab. Katarzyna Węsierska, prof. UŚ – Centrum Badań nad Jąkaniem i Gielkotem, Uniwersytet Śląski w Katowicach (CBJG UŚ); Fundacja Centrum Logopedyczne (FCL); zajmuje się badaniami nad jąkaniem i gielkotem, praktyką opartą na dowodach oraz znaczeniem zmiany postaw społecznych wobec zaburzeń płynności mowy.

mgr Joanna Szymczakowska – Centrum Badań nad Jąkaniem i Gielkotem, Uniwersytet Śląski w Katowicach (CBJG UŚ); Fundacja Centrum Logopedyczne (FCL); zajmuje się badaniami nad jąkaniem i gielkotem, ze szczególnym uwzględnieniem skuteczności podejść afirmatywnych w terapii jąkania.

dr Monika Pakura – Centrum Badań nad Jąkaniem i Gielkotem, Uniwersytet Śląski w Katowicach (CBJG UŚ); Fundacja Centrum Logopedyczne (FCL); zajmuje się badaniami nad jąkaniem i gielkotem, wielojęzycznością oraz potrzebami logopedycznymi osób w wieku senioralnym.