

ALEKSANDRA LIDIA ZAŁUSTOWICZ

*Uniwersytet im. Adama Mickiewicza
w Poznaniu*

**ZABURZENIA PŁYNNOCI MÓWIENIA
– WYKORZYSTANIE METODY WIZUALIZACJI
W TERAPII LOGOPEDYCZNEJ
DZIECKA JĄKAJĄCEGO NIEPEŁNOSPRAWNEGO
INTELEKTUALNIE W STOPNIU LEKKIM**

ABSTRACT. Załustowicz Aleksandra Lidia, *Zaburzenia płynności mówienia – wykorzystanie metody wizualizacji w terapii logopedycznej dziecka jąkającego niepełnosprawnego intelektualnie w stopniu lekkim* [Stuttering – the Use of the Visualization and Relaxation Method in Speech Therapy of Children with Slight Developmental Disabilities]. *Studia Edukacyjne* nr 25, 2013, Poznań 2013, pp. 101-114. Adam Mickiewicz University Press. ISBN 978-83-232-2610-9. ISSN 1233-6688

The etiology of this syndrome has many grounds, for example physiological, psychological, lingual and sociological. The main cause of this problem is psychological syndrome. Techniques of visualization have a relaxing effect and help to reduce stress. Therefore, they develop imagination and help our motivation. The aim of this article is to look at visualization and relaxation techniques and how to use them in speech therapy for children with disabilities. The study uses a meta-analysis of publications (research reports, articles, epidemiological and demographic data) on people with the stuttering problem. The study uses analyses and descriptions of patients. This article shows how to use this technique during the speech therapy of children with developmental disabilities. The outcome of the study presented in this paper shows that we should research new ways of working with stuttering children with developmental disabilities. The use of these methods in practice shows that visualization and relaxations could be coupled with the stuttering therapy.

Key words: stuttering, speech therapy, visualization, relaxation

Wstęp

Jednym z trudniejszych problemów w logopedii jest zagadnienie jąkania, które reprezentuje się wieloaspektowo, zarówno od strony diagnozy, objawów, jak i możliwości przezwyciężania tego zaburzenia. W zależności od źródeł powstania zaburzeń płynnego mówienia należy dobrać

odpowiednią terapię. Niniejsza publikacja ma na celu ukazanie efektywności metody wizualizacji w pracy z dzieckiem z niepełnosprawnością intelektualną, wykazującym zaburzenia mówienia tego typu.

Mowa i komunikacja – definicja i właściwości

Człowiek rozwinął niesamowitą umiejętność porozumiewania się, jaką jest mowa. Żadna inna istota na Ziemi nie posiada tak skomplikowanego systemu komunikacji pomiędzy sobą.

Mowa dźwiękowa jest jedną z najważniejszych zdobyczy gatunku *homo sapiens*, funkcją i jednocześnie wyjątkową umiejętnością, która doskonali ludzkie istnienie, pomaga rozwijać się we wszystkich wymiarach aktywności, tworzyć siebie i własne otoczenie, uzyskiwać autonomię osobową oraz kreować indywidualną egzystencję niemal od początku drogi życiowej¹.

Zdaniem Antoniego Kępińskiego, mowa jest „najwyższą formą ruchu i jak każdy ruch jest skierowana przede wszystkim na świat zewnętrzny”². Skutkiem tej zmiany, inne zmysły człowieka są słabiej rozwinięte niż u zwierząt. Nasz aparat mowy jest bardzo skomplikowany i często może ulegać uszkodzeniu. Kosztem innych zmysłów i wielkości rozbudowy twarzoczaszki oraz wytworzenia aparatu artykulacyjnego możemy się porozumiewać, ale również przekazywać myśli, uczucia, emocje oraz tworzyć zupełnie nowe struktury, nazywać wszystko co nas otacza.

Mowa umożliwia prawidłowe funkcjonowanie we współczesnym świecie. Odgrywa szczególną rolę w zaspokajaniu takich podstawowych potrzeb psychicznych, jak potrzeba kontaktu z drugim człowiekiem, akceptacji, samorealizacji, samooceny czy rozwoju. Mowa werbalna wpływa również na rozwój osobowości, rozwój fizyczny, na bycie podmiotem w przedmiotowym i nieprzedmiotowym świecie, na konstruowanie własnego, jedynego w swoim rodzaju i niepowtarzalnego systemu wartości, na samorealizację, determinację do niezależnego funkcjonowania³. Leon Kaczmarek określa mowę jako:

akt w procesie porozumiewania się językowego, słownego, akt, w którym dzięki obopólnej znajomości tego samego języka osoba mówiąca przekazuje informacje, a słuchająca je odbiera⁴.

Z definicji tej wynika, iż do komunikacji potrzebny jest nadawca i odbiorca mowy oraz rozumienie danego języka, aby odbył się akt komunikacji.

¹ J.J. Bleszyński, *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, Kraków 2008, s. 11.

² A. Kępiński, *Psychopatologia nerwic*, Warszawa 1986, s. 28.

³ J.J. Bleszyński, *Alternatywne*, s. 11.

⁴ L. Kaczmarek, *Nasze dziecko uczy się mowy*, Lublin, 1982, s. 278.

Każdy człowiek opanowuje mowę jako nową formę komunikowania się wraz z czasem, w wyniku stopniowego uczenia się⁵.

Aby zaistniał prawidłowy akt komunikacji, musi wystąpić kilka procesów. Pierwszym jest nadawanie mowy. Czynność ta polega na „przekształcaniu spostrzeżeń, wyobrażeń, procesów myślowych w odpowiednie symbole dźwiękowe”⁶. Podążając za definicją Ireny Styczek, mowa odbywa się za pomocą ruchów będących pod podwójną rolą sygnalizacji zwrotnej. Pierwszą są impulsy proprioreceptywne, pochodzące od mięśni narządów mowy, i odbierane przez okolicę kinestetyczną. Drugą stanowią impulsy słuchowe, pochodzące z wytwarzanych dźwięków i docierające do okolicy słuchowej⁷.

Równie ważny jest odbiór mowy, który polega na „zidentyfikowaniu zasłyszanych dźwięków mowy oraz powiązaniu ich z treścią”⁸. Percepcja mowy zależy od takich czynników jak:

- a) słyszalność dźwięków,
- b) umiejętność różnicowania głosek danego języka – analiza i synteza (słuch fonematyczny),
- c) pamięć słuchowa – zdolność do zatrzymywania w pamięci ciągu wyrazów połączonych związkami logiczno-gramatycznymi⁹.

Należy również wspomnieć, że mowa zależy od myślenia. Kształtuje się ona poprzez myślenie i działanie. Dowiedziono, iż lepiej przechowuje te informacje, które wiążą się z przeżyciem emocjonalnym. Mowa jest również środkiem ekspresji, jak również impresji powiązanej z naturą zewnętrzną, dźwiękową, analizą myśli, pewnych abstrakcji, które początkowo powstają w głowie¹⁰. Zdolność opanowywania mowy to również poziom inteligencji, jaki posiada człowiek. Dlatego, właśnie osoby z obniżonym intelektem mają trudności w artykulacji bądź opanowaniu mowy. Osoby z głębszą niepełnosprawnością intelektualną zazwyczaj posługują się alternatywnymi metodami komunikacji.

Definicje jąkania

Jąkanie od dawna budzi zainteresowanie, z uwagi na utrudnienia, jakie stwarza w komunikowaniu. Nie ma jednej definicji przypisywanej jąkananiu. Dotychczas nie rozstrzygnięto czy jest to:

⁵ E. Słodownik-Rycaj, *Rozwijanie mowy komunikatywnej dziecka*, Warszawa 1998, s. 14.

⁶ I. Styczek, *Logopedia*, Warszawa 1980, s. 68.

⁷ Tamże, s. 69.

⁸ Tamże, s. 70.

⁹ M. Młynarska, T. Smereka, *Psychostymulacyjna metoda kształtowania rozwoju mowy oraz myślenia*, Warszawa 2000, s. 20.

¹⁰ Z. Tarkowski, *Jąkanie*, Warszawa 1999, s. 22-50.

- objaw czy zespół objawów (syndrom),
- choroba czy jej symptom,
- nerwica czy jej objaw¹¹.

Zatem, jąkanie (zacinanie, łac. *balbuties*, ang. *stuttering* i *stammering*, niem. *stottern*, ros. *zaikanie* itp.) jest, według poszczególnych badaczy, definiowane w sposób następujący:

- Charles Van Riper:
(...) jąkanie to niezgodność równoczesnego i stopniowanego programowania ruchów mięśniowych potrzebnych do wytwarzania dźwięków mowy lub ich połączeń z następnymi dźwiękami w wyrazie¹²;
- zaburzenie płynności, tempa i rytmu mówienia spowodowane nadmiernym napięciem mięśni oddechowych, fonacyjnych i artykulacyjnych¹³;
- (...) jąkanie jest przerwą w normalnym rytmie mowy, podczas której jąkający się wie dokładnie, co chce powiedzieć, ale w tym momencie nie jest zdolny do wypowiedzenia tego w łatwy sposób z powodu mimowolnych powtórzeń, przeciągania lub przerywania wypowiedzanej głoski lub sylaby¹⁴.
- Według Tomasza Zaleskiego jest to: zaburzenie komunikacji słownej¹⁵;
- (...) zaburzenia płynności ekspresji słownej, charakteryzującej się mimowolnym, słyszalnym lub cichym powtarzaniem lub przedłużaniem głosek lub sylab, która to niepłynność występuje okresowo i nie podlega kontroli¹⁶;
- Aleksandra Mitrinowicz-Modrzejewska różnicuje jąkanie na czynnościowe i organiczne. Jąkanie czynnościowe jest następstwem zmian czynnościowych w układzie nerwowym centralnym, które wpływają na ruchowe mechanizmy oddychania, fonacji i artykulacji. Jeśli koordynacja i regulacja tych czynności jest niedostateczna, następuje przyspieszenie tempa mowy, zaburzenia toru oddechowego i brak synchronizacji pomiędzy fazą wydechową, czynnością głosotwórczą krtani i czynnością jam rezonacyjnych, głównie jamy ustnej i gardła. Jąkanie organiczne, które uczona ujmuje jako „wyosobnioną jednostkę chorobową” [stosunkowo rzadką postacią zaburzenia mowy (...) występuje jako objaw towarzyszący afazji lub dysartrii spastycznej (...)], a do najczęstszych przyczyn należą: urazy czaszki oraz stany zapalne mózgu¹⁷.

Autorka wyróżnia również jąkanie rozwojowe, które powstaje w okresie kształtowania się mowy dziecka. Badaczka wspomina również o jąkaniu urazowym, które powstaje pod wpływem wstrząsu nerwowego.

– Leon Kaczmarek określa jąkanie jako zaburzenie mowy w płaszczyźnie suprasegmentalnej (akcent, melodia, rytm). Określając jąkanie jako: *balbuties*, *dysfemia*,

¹¹ M. Chęciek, *Jąkanie. Diagnoza – terapia – program*, Kraków 2007, s. 45; I. Julmy, *Jąkanie*, [w:] *Wybrane zagadnienia z defektologii*, t. 3, red. T. Gałkowski, Warszawa 1975.

¹² M. Chęciek, *Jąkanie. Diagnoza – terapia – program*, s. 45.

¹³ Z. Tarkowski, *Jąkanie*, s. 9.

¹⁴ M. Chęciek, *Jąkanie. Diagnoza – terapia – program*, s. 45.

¹⁵ T. Zaleski, *Jąkanie z punktu widzenia praktyki foniatrycznej*, Biuletyn Polskiego Stowarzyszenia Terapeutów Mowy, 1996, 4, s. 88-90.

¹⁶ M. Wintage, *Definition in the problem*, *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 1984, 49, s. 429-431.

¹⁷ A. Mirinowicz-Modrzejewska, *Fizjologia i patologia głosu, słuchu i mowy*, Warszawa 1963, s. 36-83.

spazmofemia, lalonerza, podaje, że charakteryzuje się ono zakłóceniami rytmu i melodii wypowiedzi, przerwami, zacinianiem się, powtarzaniem i wydłużaniem głosek i występuje często w wypowiedzi spontanicznej, a czasem w czytaniu, powtarzaniu, recytacji, nigdy zaś w śpiewie czy w mowie chóralnej¹⁸.

Reasumując, w niniejszym opracowaniu przyjęto definicję według Mięczyśława Chęćka:

jąkanie jest komunikatywnym zaburzeniem płynności mówienia o podłożu wieloczynnikowym, któremu towarzyszą zakłócenia fizjologiczne, psychologiczne, językowe i socjologiczne, a przejawia się skurczem mięśni oddechowych, fonacyjnych i artykulacyjnych, wywołujących kloniczne i toniczne blokowanie jednostek mowy oraz dysfunkcjami objawów pozajęzykowych pod postacią m.in. stanów logofobicznych i współruchów mięśniowych¹⁹.

Rodzaje jąkania

Jak podaje Zbigniew Tarkowski²⁰, występują cztery rodzaje czynników, według których można sklasyfikować jąkanie: lingwistyczne, fizjologiczne, psychologiczne i socjologiczne.

Jąkanie w ujęciu lingwistycznym można ująć jako niepłynność mówienia charakteryzująca się: powtarzaniem głosek, sylab, wyrazów lub fraz (aaaaparar; mama masło, wagon wagon), przeciąganiem (apaaarat), pauzowaniem (niezamierzone przerwy podczas wypowiedzi), blokowaniem, wtrącaniem embolofrazji (ten no, no, no, Paweł...), poprawianiem wypowiedzi, tachylalią (zbyt szybkie tempo mówienia), bradyłalią (zbyt wolne tempo mówienia), dysrytmią (nieregularne tempo mówienia).

Jeśli niepłynności mowy występują na początku wypowiedzi, mówimy wtedy o jąkaniu na starcie, jeśli zaś w środku – o jąkaniu „w toku”²¹. Jąkanie w ujęciu fizjologicznym to zaburzenie płynności mówienia spowodowane spastycznymi ruchami mięśni, które biorą udział w artykulacji.

Najczęściej stosowanym przez logopedów i opisanym przez Irenę Styczek²² jest podział na jąkanie:

- toniczne, gdzie dominują skurcze krótkie, spazmatyczne, np. p-p-p-palto,
- kloniczne, ze skurczami powtarzającymi się z mniejszym natężeniem, np. pa-pa-pappalto,

¹⁸ L. Kaczmarek, *Rewalidacja dzieci i młodzieży z zaburzeniami mowy*, [w:] *Pedagogika rewalidacyjna*, red. A. Hulek, Warszawa 1981, s. 284-302.

¹⁹ M. Chęćek, *Jąkanie. Diagnostyka – terapia – program*, s. 48.

²⁰ Z. Tarkowski, *Jąkanie*, s. 18.

²¹ Tamże, s. 42.

²² I. Styczek, *Logopedia*, s. 65-85.

– kloniczno-toniczne – z przewagą jednego z nich.

Kolejnym czynnikiem, decydującym o rodzaju jąkania, jest kryterium psychologiczne, dotyczące osoby jąkającej się, a zwłaszcza jej obrazu siebie, poziomu lęku i stresu oraz poczucia własnej wartości. Biorąc pod uwagę kryterium lęku przed mówieniem, czyli logofobię, Zbigniew Tarkowski²³ dzieli jąkanie na:

- neurotyczne, kiedy występuje lęk przed mówieniem,
- preneurotyczne – bez lęku przed mówieniem.

Ostatni czynnik sprzyjający nie płynności mowy w postaci jąkania stanowi czynnik socjologiczny, dotyczący komunikacji interpersonalnej. Co istotne, jąkanie może, w myśl tego kryterium, pojawiać się w pewnych sytuacjach komunikacyjnych, a w innych nie. W sytuacji tzw. stresu komunikacyjnego, którym może być np. wystąpienie przed publicznością, jąkanie może pojawić się ze zdwojoną siłą, stąd ważne jest, aby mieć świadomość, że jąkanie to nie zawsze trwała, ale okresowa dysfunkcja.

Stopnie jąkania

Jąkanie jest zaburzeniem dynamicznym, sytuacyjnym i okresowym. Rozwój tego zaburzenia można scharakteryzować jako: lekkie, średnie lub znaczne. Pierwsze i najbardziej łagodne stadium jąkania, w którym nie obserwuje się wielu objawów, to jąkanie w stopniu lekkim. Najczęściej występują w nim liczne powtórki o charakterze niespastycznym, które tylko nieznacznie zakłócają proces porozumiewania się. Dziecko nie ma lęku przed mówieniem, a objawy występują wyłącznie w stanie podniecenia, zmęczenia lub kiedy jąkający się chce mówić dużo i szybko.

Jąkanie w stopniu średnim, jąkanie tłumione lub początek jąkania jest drugim jego stadium. Objawy, manifestujące się głównie przeciąganiem głosek, występują stale i często. Objawom towarzyszy napięcie mięśniowe, a dziecko zdaje sobie sprawę ze swojego problemu i chce się mu przeciwstawić, co powoduje nasilenie objawów. Zdecydowane jąkanie, to jąkanie w stopniu znacznym, które jest ostatnim ze stadiów jego rozwoju. Skurcze i ruchy im towarzyszące utrwalają się i przechodzą w nawyki. W czasie mówienia wzmaga się blokowanie, któremu towarzyszy wyraźne napięcie mięśniowe oraz logofobia²⁴.

Rozwój jąkania przebiega zazwyczaj różnymi drogami. Najczęściej pojawia się w okresie wczesnego dzieciństwa i może mieć przebieg ostry lub

²³ Z. Tarkowski, *Jąkanie*, s. 45.

²⁴ S. Grabias, *Typologia zaburzeń mowy. Narastanie refleksji logopedycznej*, Logopedia, 1996, 23, s. 79-90.

łagodny. W obu przypadkach występują zakłócenia w zachowaniu werbalnym, które zachodzą w czterech płaszczyznach:

- lingwistycznej (zmiany dotyczą częstotliwości, rodzaju i natężenia objawów niepełnego mówienia, równolegle występują zaburzenia treści i formy wypowiedzi);
- psychologicznej (uświadomienie jąkania);
- socjologicznej (wycyfywanie się z sytuacji komunikacyjnych);
- fizjologicznej (wzrost napięcia mięśni aparatu mówienia, tworzą się współruchy, które lokalizują się przede wszystkim w twarzy, tułowiu i kończynach)²⁵.

Niepełność mówienia pojawia się najczęściej i rozwija do około 7. roku życia i w tym właśnie okresie stosunkowo najłatwiej ją usunąć²⁶. Rozróżniając rozwojową niepełność mówienia a jąkanie wczesnodziecięce, nie zawsze można jednoznacznie udzielić odpowiedzi, która z nich występuje.

Analizując przebieg rozwojowej niepełności mówienia i jąkania wczesnodziecięcego w ontogenezie, można stwierdzić, że rozwój zwykłej niepełności mówienia koreluje z rozwojem sprawności językowej. Kiedy dziecko opanuje podstawy języka (ok. 7. r.ż.), pojawia się wówczas ogólny spadek częstotliwości występowania objawów niepełnego mówienia. Wyniki badań potwierdzają, iż około 60% dzieci jākających się w okresie przedszkolnym przestaje się jąkać samoistnie, bez zbędnych zabiegów logopedycznych, zanim ukończy 7 lat. Natomiast, około 40% nadal się jąka, czyli przekracza próg tzw. jąkania pierwotnego, wczesnodziecięcego i jąkania wtórnego, chronicznego²⁷.

Terapia logopedyczna z wykorzystaniem wizualizacji oraz relaksacji dziecka z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim

Badaniu oraz terapii został poddany siedmioletni chłopiec z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, uczęszczający do szkoły podstawowej z klasami integracyjnymi. Aleksander ma zainteresowania muzyczne. Od roku mieszka tylko z mamą, gdyż rodzice rozwiedli się w listopadzie 2010 roku. Rodzice chłopca mają wykształcenie wyższe techniczne.

²⁵ Z. Tarkowski, *Jąkanie wczesnodziecięce*, Warszawa 1992, s. 98.

²⁶ Tamże, s. 13.

²⁷ M. Chęciek, *Zagadnie epidemiologii jąkania*, [w:] *Jąkanie*, red. L. Kaczmarek, B. Adamecyk, Lublin 1987, s. 28-31.

Chłopiec przejawiał pewne problemy (w bardzo niewielkim stopniu) w płynności mówienia, które samoistnie ustąpiły. Ponownie problemy wystąpiły po rozpoczęciu nauki szkolnej.

Oceniając sytuację rodzinną dziecka oraz występowanie problemów w płynności mówienia, można stwierdzić, że mają one związek z:

- rozwodem rodziców,
 - rozpoczęciem nauki szkolnej – zmiana środowiska, wyższe wymagania niż dotychczas,
 - wysoką oceną rodziców oraz chęcią spełnienia ich oczekiwań.
- W konsekwencji wystąpiła nie płynność, która spowodowała również:
- obniżenie samooceny,
 - poczucie winy (nie osiągam takich wyników w szkole, jak moi rówieśnicy),
 - zainteresowanie ze strony obojga rodziców,
 - wycofywanie się z dotychczasowych aktywności, jak np. zabawa z rówieśnikami,
 - stany obniżonego nastroju spowodowane lękiem przed kompromitacją.
- Obserwacja nie płynności mowy była prowadzona w domu chłopca oraz w sytuacjach szkolnych i naturalnych.

Oceniono: czytanie, monolog, rozmowę dialogową i spontaniczną z logopedą oraz z rówieśnikami i osobami dorosłymi (ojciec, nauczyciele, inni pracownicy szkoły). Część wypowiedzi nagrano w celach diagnostycznych oraz w celu możliwości porównania wymowy w przyszłości. Ocenie podlegały również wytwory chłopca – rysunki oraz analiza dokumentów (karty szczepień, dziennik szkolny, orzeczenie psychologiczno-pedagogiczne oraz dokumentacja, którą udostępnił pedagog szkolny).

Do diagnozy, w celu ustalenia i zhierarchizowania sytuacji terapeutycznych, wykorzystano Kwestionariusz Niepłynności Mówienia i Logofobii Zbigniewa Tarkowskiego²⁸.

W celu przybliżenia częstotliwości nie płynności posłużono się fragmentem Kwestionariusza Cooperów do Oceny Jąkania w opracowaniu Mieczysława Chęćka²⁹. Obliczono częstotliwość jąkania (w procentach) w warunkach gabinetu logopedy. Dla potrzeb powyższego badania materiał diagnostyczny w niewielkim stopniu zmodyfikowano. Badany chłopiec recytował teksty, które były mu znane. Natomiast, nie przeprowadzono próby czytania, ponieważ dziecko nie posiadało jeszcze tej umiejętności.

²⁸ Z. Tarkowski, *Kwestionariusz Niepłynności Mówienia i Logofobii (diagnoza i terapia jąkania)*, Lublin 2001, s. 19-63.

²⁹ M. Chęćka, *Kwestionariusz Cooperów do Oceny Jąkania, zarys terapii*, Lublin 2001, s. 19-34.

| | |
|---|------|
| Recytacja | 5,8% |
| Powtarzanie | 9,8% |
| Odpowiadanie | 10% |
| Mowa spontaniczna | 12% |
| Przeciętny procent częstotliwości jąkania | 9,4% |

Niepłynność mówienia będzie zdecydowanie większa w warunkach naturalnych.

Po zestawieniu wyników widać, iż stopień jąkania jest lekki (mieści się w granicach 4-15%). Czas trwania niepłynności jest zbliżony do normy.

Po przeprowadzonej analizie: objawów, sytuacji wywołujących niepłynność mówienia i logofobię, poziomu logofobii, częstotliwości jąkania oraz pozostałych czynników, sporządzono wyniki diagnozy logopedycznej.

Wyniki

Niepłynność u dziecka ma charakter artykulacyjny. Trudności występują w swobodnym przejściu od jednej artykulacji do drugiej. Objawami niepłynności są: powtarzanie głosek i sylab, przeciąganie głosek, blokowanie, pauzy napięte. Wymienione objawy występują zawsze na starcie mowy. (Chłopiec nie ma problemów z formułowaniem myśli, wypowiedzi pod względem struktury gramatycznej nie zawsze są poprawne, zasób słownictwa obniżony).

Terapię chłopca podzielono na trzy etapy, w których stosowane są typowe ćwiczenia wspomagające płynność mówienia. Podczas wszystkich etapów terapii będą stosowane zajęcia z wizualizacji oraz relaksacji, które mają na celu zmniejszenie sytuacji stresowej dziecka, związane z rozpoczęciem nauki szkolnej i rozwodem rodziców. Pomimo orzeczenia o niepełnosprawności intelektualnej w stopniu lekkim, chłopiec rozumie treść sugestii, tym samym jest w stanie korzystać z twórczej wyobraźni. Stwierdzono to na podstawie rysunków oraz innych wytworów, które wykonywał po sesji wizualizacji. Niniejszą metodę wykorzystuje się zwykle w pracy z problemami o podłożu emocjonalnym, dlatego jest ona doskonała w terapii dziecka z zaburzeniami jąkania. Niestety, rzadko korzysta się z niej w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi intelektualnie. Najczęściej przeszkodą jest możliwość pracy na poziomie wyobrażeniowym.

Wizualizacja jest techniką, która świadomie wykorzystuje twórczą wyobraźnię do rozwiązywania codziennych problemów: osiągnięcia celów, pokonywania przeszkód, poszerzania świadomości i podwyższania jakości

życia. W przypadku badanego dziecka wizualizacja ma spełniać zadanie pozytywnego wzmocnienia, dać możliwość radzenia sobie z problemami – sytuacją szkolną i rozwodem rodziców. Władysław Dykcik³⁰ napisał o osobach z niepełnosprawnością intelektualną:

Podejmowane przez nie próby pełnienia ról społecznych wymagają pozytywnych wzmocnień motywacyjnych do ujawnienia się potrzeby autonomii jako wartości sprzyjającej rozwojowi poczucia sensu życia, (...) mimo posiadanych niepełnosprawności. Z uwagi na to, iż osoby te często wyróżniają się większą labilnością emocjonalną i słabą kontrolą społeczną, prowadzi to do bierności, zahamowania, niepewności siebie i nasilonej lęklności.

Wizualizację Arnold Lazarus nazywa obrazowaniem wewnętrznym. W pracy z dziećmi rozwija ona wyobraźnię i powoduje wywołanie określonych stanów emocjonalnych³¹. Według Geralda Epsteina,

wizualizacja jest to zbiór myśli przedstawionych w formie obrazów. (...) Wizualizacja, podobnie jak intuicja, to rodzaj myślenia nielogicznego. Natomiast to co logiczne i dyskursywne, potrzebne jest do nawiązywania codziennych kontaktów i tworzenia relacji z tak zwaną rzeczywistością obiektywną. Docieramy zatem do rzeczywistości wewnętrznej i subiektywnej³².

Wizualizacja to również forma relaksacji. Trening relaksacyjny zaś, jak mówi jedna z definicji, to autosugestywne wprowadzenie rozluźnienia mięśniowego i odprężenia umysłu; poza fizycznym oraz emocjonalnym poczuciem zmniejszania napięcia daje możliwość przekonania się o własnych możliwościach, wpływania na stan swojego organizmu i na swoje myśli, a również działania³³.

Z punktu widzenia omawianej problematyki, bardzo ważnym zjawiskiem jest transakcja metaforyczna, która polega na wywołaniu określonych skojarzeń poprzez wypowiedzi na pozornie odległy temat. Pozwala to czasem inaczej naświetlić problem określonej rzeczywistości. Ten rodzaj komunikacji przebiega najczęściej na płaszczyźnie nieświadomej. Język symbolu jest transakcją metaforyczną *par excellence*³⁴. Pojęcie metafory pochodzi z języka greckiego i oznacza „przeniesienie ładunku”; jest to dobra ilustracja funkcji metafory, to znaczy przeniesienia lub przełożenia znaczenia. Metafora określa obiekt poprzez nazwę innego obiektu, musi między nimi jednak istnieć relacja analogii, tzn. muszą być one porówny-

³⁰ W. Dykcik, *Pedagogika specjalna szansą na realizację potrzeb osób z odchyleniami od normy*, Poznań 2002, s. 323.

³¹ A. Lazarus, *Wyobrażenia w psychoterapii*, Gdańsk 2003.

³² G. Epstein, *Uzdrowienie przez wizualizację*, Poznań 1996, s. 12.

³³ J. Czabała, *Czynniki leczące w psychoterapii*, Warszawa 2000, s. 42.

³⁴ J.P. Cavalier, *Wizualizacja. Od obrazu do działania*, Poznań 2009, s. 45-105.

walne. Podobną rolę mogą pełnić przykłady³⁵. Luis A. Allegro porównuje język metafory do marzeń sennych, tym samym możemy postawić tezę, iż język metafory związany jest bezpośrednio z procesami nieświadomymi³⁶.

Technika wizualizacji jest stosowana na wiele sposobów, w zależności od podmiotu, z którym pracujemy, od problemu, który chcemy rozwiązać i od tego, na jakich podstawach teoretycznych danego autora się oprzemy. Z uwagi, iż podmiotem naszych działań są dzieci, odwołam się li tylko do pracy Jennifer Day³⁷, która opracowała technikę wizualizacji dla dzieci. Schemat przedstawiony poniżej nie jest sztywnym przepisem; podlega on wielu udoskonaleniom oraz modyfikacjom. Elementy, które wyróżnia są jako pewne zasadnicze wskazania, których elastyczne przestrzeganie zapewni poczucie stabilności działań i ich ciągłości. Day zaznacza również czas trwania poszczególnych etapów, zakładając, że trening trawa półtorej godziny, jednakże stwierdza, że nie trzeba usilnie trzymać się tych zasad, można go w miarę potrzeb odpowiednio modyfikować, w zależności od potrzeb i warunków pracy.

J. Day podzieliła trening na osiem faz. Pierwsza – to „ogólne odprężenie”. Należy w niej zwrócić uwagę na to, iż zarówno nasz umysł, jak i umysł dziecka odbiera bardzo dużo bodźców, które podlegają selekcji i przetwarzaniu. Poza tym, podczas całodziennego funkcjonowania gromadzimy bardzo wiele napięć i stresów. Aby się od tego uwolnić, należy pięć minut poświęcić na odprężenie. Day proponuje, aby wykorzystać podkład muzyczny, gdzie rytmicznie napinając i rozluźniając mięśnie, doprowadzamy do ich rozluźnienia.

Kolejnym etapem pracy jest „twórczy ruch albo wizualizacja kinetyczna”, trwająca od dziesięciu do piętnastu minut. Autorka zaleca, aby pozostać przy jednej z form przez kilka sesji, do czasu, aż dziecko oswoi się z konkretnymi elementami. Przedstawia kilka form pracy w tej fazie, między innymi improwizowany taniec, czyli poruszanie się zgodnie z muzyką, którą proponujemy.

Faza trzecia to „oddychanie”, gdzie głównym celem jest zintensyfikowanie koncentracji. Zalecane jest pięć minut głębokich wdechów przeponowych bądź innych ćwiczeń oddechowych, np. ćwiczenie, w którym dzieci w pozycji siedzącej nabierają głęboko powietrza trzymając się za brzuch tak, aby poczuły, jak napełnia się powietrzem i delikatnie wypuściły powietrze nosem. Najlepiej, aby ćwiczenia mogły być dla dzieci zabawą i wykonywały je zupełnie naturalnie.

³⁵ L.A. Allegro, *On the formulation of the interpretations*, The International Journal of Psychoanalyst, 1990, 3, s. 71.

³⁶ Tamże.

³⁷ J. Day, *Twórcza wizualizacja dla dzieci. Sposoby pozytywnego oddziaływania na własne zdrowie*, Poznań 1997, s. 16-100.

„Medytacja i koncentracja” ma służyć skupieniu świadomości, której trwanie jest przewidziane na około piętnaście minut w zależności od stopnia rozkojarzenia dziecka. Ćwiczenia, które proponuje autorka w tej fazie są bardzo podobne do fazy indukcji, jaką w swojej pracy proponuje Paul Cavallier. Polegają one na skupieniu uwagi na konkretnym punkcie w przestrzeni lub na biciu własnego serca tak, aby doprowadzić za pomocą łagodnej sugestii do zamknięcia oczu i odprężenia. Można również przeprowadzić tę fazę z użyciem relaksacyjnego podkładu dźwiękowego.

Następny etap stanowi „twórcza wizualizacja”, której długość trwania przewiduje się na około dziesięć minut, z opcją jej wydłużania. Jest ona niczym innym, jak właściwą fazą sugestii, w której delikatnym i stonowanym głosem, pamiętając o odpowiednich pauzach, opowiadamy historię odpowiednio dostosowaną dla naszych podopiecznych. Układamy ją w taki sposób, aby była jak najbardziej zrozumiała, odpowiednia do wieku i wrażliwości oraz do tego, co chcemy osiągnąć.

Faza szósta dotyczy „twórczego działania” i jest najdłuższa ze wszystkich, ponieważ trwa do trzydziestu minut. Można zaproponować dzieciom cały wachlarz działań; poza rysowaniem, malowaniem, czy lepieniem z plasteliny, może to być również tworzenie z dostępnych nam materiałów typu krepa, papier kolorowy, czy masa solna. Należy dostosować działanie do ogólnej tematyki zajęć tak, aby pozostały spójne.

Zajęcia zostają zwieńczone dwoma ostatnimi fazami, z których przedostatnia to „dzielenie się przeżyciami”, a ostatnia to „wykraczenie”. Day proponuje, aby dzieci opowiedziały o swoich doświadczeniach i doznaniach z minionych zajęć w parach, gdzie jedna osoba opowiada wszystko drugiej. Dziecko będące słuchaczem powtarza całą historię. Ostatnia, ósma faza ma poszerzać świadomość dzieci i powinna trwać od czterech do pięciu minut³⁸.

Technika wizualizacji ma wiele zastosowań. Potencjał, który tkwi w technikach wyobraźniowych jest ogromny. Przytaczając tę technikę w odwołaniu do problemu agresji, ma przede wszystkim na celu ukazanie, iż nie tylko strona relaksacji jest istotna, ale również aspekt metaforyczny. Na początku tekstu zostało wspomniane, że agresja może mieć różne podłoże, ważne jest, aby je poznać i nad tym pracować, ponieważ nie znając przyczyn, nie możemy właściwie rozwiązać problemu.

W pracy z chłopcem zastosowane zostały techniki relaksacyjne według Jacobsona oraz trening autogenny Schultza. Sugestię, którą podaje się w wizualizacji, należy zmieniać w zależności od sytuacji. Celem jest uzyskanie wiary w siebie i eliminowanie strachu.

³⁸ Tamże.

Działania terapeutyczne rozpoczęto w lutym 2012 roku. Terapia odbywała się raz na dwa tygodnie przez osiem tygodni. Z uwagi na poczynione postępy, postanowiono spotykać się z chłopcem raz w tygodniu przez kolejne osiem tygodni. W miarę postępów terapeutycznych zajęcia będą odbywać się raz w miesiącu przez pół roku. Po czterech miesiącach nastąpi weryfikacja postępów.

Podczas terapii Aleksander okazał się pilnym chłopcem, który z zainteresowaniem wypełniał wszystkie zadania. Jego rodzice podjęli współpracę, co wpływa korzystnie na przebieg terapii. Szczególnie ważny w terapii jest udział ojca. Zastosowanie techniki wizualizacji i relaksacji przyniosło pozytywne efekty już po kilku spotkaniach. Chłopiec stał się bardziej odprężony i rozluźniony. Jego mama również pracowała niniejszą techniką w domu i potwierdziła, iż dziecko lepiej funkcjonuje – chętniej uczęszcza do szkoły, opowiada o powstałych sytuacjach problemowych, razem z mamą ćwiczy i rozmawia, aby zapobiec ponownemu występowaniu danego zdarzenia.

Aleksander nadal poddawany jest działaniom terapeutycznym, natomiast już po trzech miesiącach można stwierdzić, iż włączenie zajęć relaksacyjno-wizualizacyjnych wpłynęło pozytywnie. Nie należy jednak zapominać o jednym z istotniejszych elementów, jakim jest wzajemne zrozumienie i współpraca rodziców.

Podsumowanie

W niniejszym opracowaniu postanowiono przybliżyć technikę wizualizacji i ukazać, w jaki sposób można ją wykorzystać podczas terapii logopedycznej, nie tylko z dzieckiem pełnosprawnym intelektualnie. Głównym celem wizualizacji jest wprowadzenie zmian w szeroko rozumianym zachowaniu dziecka, czyli rozszerzenie możliwego repertuaru zachowań, oraz zmniejszenie zachowań lękowych. W przypadku zaburzeń związanych z płynnością mówienia, często podłoże stanowi aspekt psychologiczny. Dlatego, istotne jest, aby sięgnąć po inne metody pracy, które pozwolą wyeliminować przyczynę zaburzenia, a nie tylko leczyć jego objawy.

BIBLIOGRAFIA

- Allegro L.A., *On the formulation of the interpretations*, The International Journal of Psychoanalysis, 1990, 3.
- Bleszyński J.J., *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2008.

- Cavalier J.P., *Wizualizacja. Od obrazu do działania*, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2009.
- Chęć M., *Zagadnienia epidemiologii jąkania*, [w:] *Jąkanie*, red. L. Kaczmarek, B. Adamczyk, Wydawnictwo UMCS, Lublin 1987.
- Chęć M., *Kwestionariusz Cooperów do Oceny Jąkania, zarys terapii*, Wydawnictwo Fundacji „Orator”, Lublin 2001.
- Chęć M., *Jąkanie. Diagnoza – terapia – program*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2007.
- Czabała J., *Czynniki leczące w psychoterapii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.
- Day J., *Twórcza wizualizacja dla dzieci. Sposoby pozytywnego oddziaływania na własne zdrowie*, Zysk i S-ka, Poznań 1997.
- Dykcik W., *Pedagogika specjalna szansą na realizację potrzeb osób z odchyleniami od normy*, WNPTP, Poznań 2002.
- Epstein G., *Uzdrowienie przez wizualizację*, Zysk i S-ka, Poznań 1996.
- Grabias S., *Typologia zaburzeń mowy. Narastanie refleksji logopedycznej*, Logopedia, 1996, 23.
- Julmy I., *Jąkanie*, [w:] *Wybrane zagadnienia z defektologii*, t. 3, red. T. Gałkowski, Wydawnictwo ATK, Warszawa 1975.
- Kaczmarek L., *Rewalidacja dzieci i młodzieży z zaburzeniami mowy*, [w:] *Pedagogika rewalidacyjna*, red. A. Hulek, PWN, Warszawa 1981.
- Kaczmarek L., *Nasze dziecko uczy się mowy*, wyd. 4, Wydawnictwo Lubelskie, Lublin 1982.
- Kępiński A., *Psychopatologia nerwic*, PZWL, Warszawa 1986.
- Lazarus A., *Wyobrażenia w psychoterapii*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
- Mirinowicz-Modrzejewska A., *Fizjologia i patologia głosu, słuchu i mowy*, PZWL, Warszawa 1963.
- Młynarska M., Smereka T., *Psychostymulacyjna metoda kształtowania rozwoju mowy oraz myślenia*, WSiP, Warszawa 2000.
- Słodownik-Rycaj E., *Rozwijanie mowy komunikatywnej dziecka*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 1998.
- Styczek I., *Logopedia*, PWN, Warszawa 1980.
- Tarkowski Z., *Jąkanie wczesnodziecięce*, WSiP, Warszawa 1992.
- Tarkowski Z., *Kwestionariusz niepełności mówienia i logo fobii (diagnoza i terapia jąkania)*, Lublin 2001.
- Wintage M., *Definition in the problem*, Journal of Speech and Hearing Disorders, 1984, 49 (tłum. własne).
- Zaleski T., *Jąkanie z punktu widzenia praktyki foniatrycznej*, Biuletyn Polskiego Stowarzyszenia Terapeutów Mowy, 1996, 4.