



MIECZYŚLAW CHĘCIEK

Uniwersytet Humanistycznospołeczny SWPS w Warszawie, studia podyplomowe:
Neurologopedia

0000-0003-0757-7366

SYLWIA KOZŁOWSKA-STOCH

Placówki oświatowo-wychowawcze we Wrocławiu: Punkt Przedszkolny „Dziarskie Smyki”,
Żłobki „Kolorowe Misie”, Przedszkole i Żłobki „Akademia Delfinka”, Przedszkole Publiczne
„Pod Wierzbami”

0000-0002-8786-1633

Zastosowanie technik poznawczo-behawioralnych w leczeniu stanów logofobii Studium przypadku

Cognitive Behavioural Techniques in Logophobia Treatment: A Case Study

ABSTRACT: Basing on a case study, this article presents the theoretical and practical investigations into the use of cognitive behavioural techniques in the logophobia therapy. It discusses the role of psychological therapy in the context of fluency of speech disorders and analyses cognitive behavioural techniques. Moreover, it presents the practical application of cognitive behavioural trends, taking into consideration the implications of speech therapy. The case study is devoted to a man diagnosed with physiological stuttering of a mixed, tonic-clonic type, and deep logophobia. The subject of this article is a therapy plan, its results for the patient, and recommendations it poses for future treatment. The case study reveals the positive influence of psychological therapy on the patient's progress in the context of fluency of speech and decrease in the fear of speaking.

KEY WORDS: logophobia, cognitive behavioural techniques, stuttering, psychological therapy, therapy plan

Logofobia w terapii poznawczo-behawioralnej

Logofobia jest to stan lęku przed wypowiedzianiem się oraz nawiązywaniem kontaktów społecznych. Jest to również stan towarzyszący zaburzeniom płynności mowy. Stany logofobii są rozumiane w literaturze jako wywodzące się z zaburzeń z zakresu lęku społecznego. Naukowcy dowiedli, że w przypadku osób zmagających się z logofobią stwierdza się wyższy wskaźnik takiego lęku¹.

¹ A. CRAIG: *Evidence-Based Practice in the Treatment of Adolescent and Adult Stuttering: What Do We Know and What Works?* ASHA 2007 Convention, Fluency Division Seminar. https://www.asha.org/Events/convention/.../1718_Craig_Ashley/ [data dostępu: 21.10.2018].

W ujęciu psychologicznym jako przyczynę powstawania jąkania można wskazać stłumione negatywne emocje, nadmierną próbę kontroli mówienia, niską samoocenę oraz strach przed oceną ze strony rozmówcy. Zgodnie z definicją psychologiczną, stany logofobiczne mogą wywodzić się z objawów pozajęzykowych z zaburzeń psychicznych.

Nieleczona logofobia – w kontekście przytoczonej w niniejszej pracy literatury – może prowadzić do pojawienia się wyuczzonej bezradności w sferze językowej, czyli przewidywania wystąpienia trudności w mowie oraz nie podejmowania wysiłku zwalczania ich, a także do obniżenia nastroju oraz braku postępów w terapii jąkania, co obrazuje opisany w artykule przypadek.

W leczeniu logofobii terapeuci rzadko sięgają po metodologię nurtu poznawczo-behawioralnego. Kierunek ten pozostaje niedokładnie zbadany i opisany, a istniejąca literatura przedmiotu jest trudno dostępna. Wspomniana niepopularność może wynikać z braku dobrego kontaktu pomiędzy psychologiem a terapeutą jąkania, uwarunkowań środowiskowych, niechęci pacjenta do korzystania z pomocy psychologicznej lub braku przekonania o wpływie psychiki na powstawanie zaburzeń niepełności mowy.

Mimo to nieliczni uczeni z całego świata podjęli się prób zbadania wpływu terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) na stany logofobiczne. Australijscy naukowcy dowiedli, że może ona pozwolić na skuteczne zmniejszenie u osób z niepełnością mowy lęku społecznego oraz zwiększenia zaangażowania w inicjowanie kontaktów społecznych w życiu codziennym. Jako przydatne w terapii jąkania wskazują ekspozycje na bodziec (w tym przypadku będą to sytuacje społeczne) oraz eksperymenty behawioralne. Badacze podkreślili ponadto, że takie komponenty CBT bywają stosowane przez terapeutów jąkania, tylko że funkcjonują pod innym nazewnictwem².

Szwedzka logopedka, foniatra oraz audiolog Margareta Lundskog przeprowadziła badanie, którego celem było sprawdzenie, czy terapia poznawczo-behawioralna jest skuteczna w przypadku leczenia niepełności mowy³. Przedstawiła przypadek 25-letniej kobiety z łagodną logofobią. Kobieta funkcjonowała biopsychospołecznie zadowolająco dla niej samej, lecz jąkanie ujawniało się w sytuacjach stresowych. Badana przeszła cykl 10 spotkań w nurcie CBT, po którym stwierdziła, że nastąpiła u niej pozytywna zmiana w sposobie myślenia oraz jest gotowa na podejmowanie nowych wyzwań. Uznała, że terapia pozwoliła jej spojrzeć na problemy z nowej perspektywy oraz nauczyć się nowych sposobów reagowania na sytuacje kryzysowe dla niej (rozmowa przez telefon, prezentacja w pracy). Chociaż jąkanie w trakcie terapii nie ustało, a stany logofobii wciąż

² G.R. MENZIES et al.: *Cognitive Behavior Therapy for Adults Who Stutter. A Tutorial for Speech-Language Pathologists*. „Journal of Fluency Disorder” 2009, vol. 34, s. 187–200

³ Zob. M. LUNDSKOG: *Cognitive Behavioral Therapy (CBT) for Stuttering Disorder. A Case Study*. „Psykoterapeutexamensuppsats” 2012.

się zdarzają, to pacjentka podkreśla większy komfort psychiczny, a także większą akceptację samej siebie i łagodniejsze traktowanie swoich potknięć. Badaczka wskazuje, że skuteczność technik poznawczo-behawioralnych to połączenie analizy konkretnych zachowań pacjenta i analizy jego stanów psychicznych. Dokonuje się więc rozszerzenia perspektywy na aspekt psychologiczny i sprawy osobiste. Pacjent może korzystać ze wsparcia terapeutycznego również w kwestii swojej samooceny, a nie wyłącznie technik mówienia. W artykule, odnosząc się do większego komfortu życia pacjentki po przejściu terapii oraz zwiększenia się u niej samoświadomości, Lundskog zawarła stwierdzenie, że w CBT nie oferuje się lekarstwa na jąkanie, ale proponuje narzędzia do pracy nad tym zaburzeniem.

Australijski profesor Ashley Craig, powołując się na wyniki badań przedstawione przez innych naukowców (m.in. Bruce'a Schneiera), uznał, że przyczyny logofobii są analogiczne do przyczyn innych fobii, a ta odpowiedniość dotyczy w konsekwencji leczenia za pomocą terapii poznawczo-behawioralnej. W badaniu przeprowadzonym przez naukowca u większości starszych dzieci, u których zastosowano techniki CBT, nastąpiło znaczne zmniejszenie niepełności mowy. Sam proces mowy stał się bardziej naturalny i płynny, dzieci zaś zaczęły mówić z szybkością zbliżoną do tej obserwowanej u rówieśników bez zaburzenia.

Analizując wyniki badań terapeutów oraz uczonych z całego świata, można zaobserwować zapotrzebowanie na stosowanie terapii poznawczo-behawioralnej w procesie upłynniania mowy u osób jękających się. Terapia ta daje nadzieje zarówno osobom cierpiącym na niepełność mowy, jak i ich rodzinom. Należy pamiętać, że wyleczenie niepełności mowy jest rezultatem uzupełniających się działań określonych na gruncie wielu dziedzin, a nie wynikiem terapii prowadzonej przez jednego specjalistę.

W świetle przedstawionych badań terapię psychologiczną poznawczo-behawioralną można uznać za skuteczną w zakresie zwiększenia pewności siebie oraz wytworzenia nowych strategii radzenia sobie ze stanami logofobii w przypadku pacjentów z niepełnością mowy.

Problem badawczy i cel

W niniejszym studium przypadku opisano zastosowanie technik poznawczo-behawioralnych w zmniejszaniu stanów logofobii. Głównym celem przeprowadzonych spotkań terapeutycznych było polepszenie funkcjonowania osoby dotkniętej niepełnością mowy oraz zrealizowanie wybranych przez nią założeń. Celem badawczym zaś było sprawdzenie wpływu technik poznawczo-behawioralnych na terapię niepełności mowy. Charakterystyki społecznej oraz klinicznej pacjenta dokonano na podstawie wywiadów logopedycznych i psychologicznych,

obserwacji, notatek sporządzonych podczas terapii logopedycznej i psychologicznej, zadań zleczanych pacjentowi jako praca domowa oraz wiadomości wymienianych z nim drogą e-mailową.

Opis przypadku

Charakterystyka społeczna

Badanym był 22-letni student z nie płynnością mowy oraz rozpoznaniem głębokiej logofobii. Marcin wychował się w 4-osobowej rodzinie mieszkającej w niewielkim miasteczku. Mama jest z zawodu nauczycielką (aktualnie na emeryturze), a ojciec mechanikiem. Mężczyzna ma o 3 lata starszego brata, który wyjeżdża regularnie do Anglii w celach zarobkowych. Badany określa relacje w rodzinie jako prawidłowe, lecz nie za bliskie. Matkę opisuje jako czasami nadmiernie opiekuńczą i kontrolującą, zaś ojca jako ugodowego, mniej rygorystycznego i traktującego synów bardziej dojrzałe. Oboje rodzice są zaangażowani w terapię Marcina, ale to z ojcem rozmawia on na temat postępów. Mama jest skupiona na egzekwowaniu ćwiczeń i motywowaniu do ich wykonywania. Rodzina jest religijna, co przekłada się na zainteresowania badanego – był ministrantem, planował wstąpić do seminarium duchownego, należy do kółka religijnego. Rodzice wspierają syna materialnie i są zainteresowani przebiegiem jego studiów.

Pierwsze problemy z nie płynnością mowy wystąpiły u Marcina, kiedy uczęszczał do I klasy szkoły podstawowej. Wcześniej badany ani jego rodzina nie zauważali żadnych objawów zwiastujących jąkanie. Podczas czytania tekstu z czytanki chłopiec zaczął mieć trudności z płynną mową.

Rówieśnicy początkowo nie zwracali uwagi na nie płynność, lecz badany czuł się coraz gorzej pod względem akceptacji przez grupę. Pojawiło się u niego przeświadczenie, że „nie pasuje do towarzystwa”, jest inny, niedostosowany, nie spełnia wymogów. Wrażenie to pogłębiało się wraz z wiekiem, wpływając bezpośrednio na powstawanie logofobii.

Okres pobytu w gimnazjum (według Jeana Piageta, jest okres przejściowy pomiędzy byciem dzieckiem a dorosłością) wpłynął traumatycznie na badanego. Doznał on odrzucenia przez grupę rówieśników, z którą się utożsamiał, a wszystkie oznaki drwin i szykan zostały przez niego odebrane bezkrytycznie, co jest oznaką niskiego poczucia własnej wartości. Wystąpiły charakterystyczne w logofobii reakcje: wycofanie się z kontaktów społecznych, unikanie podejmowania prób tworzenia więzi społecznych, niemówienie o swoich przeżyciach. Nastąpiło zubożenie emocjonalne, badany odciął się od swoich emocji, co mogło pogłębić problem nie płynności mowy, tworząc błędne koło.

Charakterystyka kliniczna

Mężczyzna został zdiagnozowany jako osoba jękająca się w 2012 roku. Miał wtedy 17 lat i był uczniem liceum ogólnokształcącego. Został objęty terapią logopedyczną. Diagnoza wskazała na zaburzenia komunikacji językowej, jękanie typu mieszanego (czyli kloniczno-toniczne), w stopniu umiarkowanym oraz objawy lęku przed mową powodowanego obawą przed wystąpieniem jękania (czyli logofobii) w stopniu głębokim. Odnotowano również współruchy mięśniowe wraz z objawami wegetatywnymi i psychologicznymi towarzyszącymi nie płynności mowy na poziomie umiarkowanym. Tempo mówienia zdiagnozowano jako nierówne, w kierunku przyspieszonego. Terapia logopedyczna podjęta w Gabinetzie Zaburzeń Mowy i Głosu Specjalistycznego Centrum Terapii Jękania w Wodzisławiu Śląskim obejmowała: spotkania terapeutyczne (w tym kilkugodzinną, rodzinną sesję diagnostyczno-terapeutyczną), nauczanie i zastosowanie przez pacjenta mowy terapeutycznej, turnusy terapeutyczne, zalecenia postępowania dla pacjenta, jego najbliższej rodziny i pedagogów oraz stały kontakt telefoniczny z neurologopedą. Marcin uczestniczył dotychczas w 2 turnusach oraz w 2 miniturnusach terapeutycznych. Podczas tych zjazdów był pod opieką specjalisty od leczenia nie płynności mowy oraz jego zespołu, który tworzyli logopedzi, neurologopedzi, psycholodzy oraz wolontariusze. Zrealizowano Intensywny program terapii grupowej dla osób jękających się, w ramach którego odbyła się terapia grupowa logopedyczno-psychologiczna oraz indywidualna terapia logopedyczna. Terapię indywidualną prowadzono dla wzmocnienia efektów terapii grupowej. Gwarantowało to kompleksowe podejście do pacjenta. Utrwalono technikę przedłużonej mowy, stosowano ćwiczenia dykcyjno-emisyjne, techniki relaksacyjne, ćwiczenia psychologiczne oraz techniki mające na celu zwiększenie samooceny. Stworzono przyjazne dla osób z nie płynnością mowy środowisko i atmosferę wzajemnego zaufania. Marcin wypełniał również na zjazdach Kwestionariusz Cooperów do Oceny Jękania⁴. Po każdym turnusie odnotowywano wyraźną poprawę w zakresie płynności mowy oraz zmniejszenie się poziomu logofobii. Mimo to, ze względu na obserwowaną u mężczyzny nadwrażliwość, zalecano stały nadzór terapeutyczny (wsparcie ze strony rodziny i najbliższego otoczenia) oraz pomoc psychologiczną. Można wnioskować, że nie zostało to zastosowane i stąd występujące regresy. Badany podkreślał bowiem, że na turnusach czuł się bardzo dobrze (akceptowany, rozumiany, otoczony przyjaznym środowiskiem i życzliwymi osobami) i wrażliwość mowy się zmniejszyła, lecz po turnusach miewał nawroty i ataki logofobii. Może to wynikać z silnej traumy, jaką przeżył w trakcie edukacji szkolnej. Pomimo ówczesnych zaleceń terapeutycznych zdarzało się, że badany był szykanowany nie tylko przez rówieśników, ale także pedagogów, którzy oceniali mowę chłopca na forum klasy, co dodatkowo powodowało u niego obniżenie samooceny.

⁴ M. CHĘCIEK: *Kwestionariusz Cooperów do Oceny Jękania*. Lublin, Orator 2001; IDEM: *Jękanie. Diagnoza – terapia – program*. Kraków, Impuls 2012.

Pacjent bierze udział w szkoleniach i konferencjach organizowanych przez Mieczysława Chęćka w całej Polsce, na których prezentuje techniki mowy terapeutycznej. To doświadczenie działa na niego pozytywnie, aktywizuje go do mówienia i konfrontuje z własnymi ograniczeniami.

Mimo niechęci pacjenta do psychoterapii okazała się ona skuteczna i pomocna. Pacjent w podsumowaniu ocenił ją jako ważną. Od listopada 2016 do marca 2017 roku Marcin uczestniczył w krótkoterminowej terapii psychologicznej z wykorzystaniem technik poznawczo-behawioralnych. Pozostaje pod stałą opieką logopedyczną i terapeutyczną SCTJ w Wodzisławiu Śląskim.

Metody psychologiczne oraz narzędzia badawcze zastosowane w terapii

Na początku rozpoczęcia terapii badany wykazywał stany głębokiej logofobii, w największym stopniu w sytuacjach szkolno-zawodowych (według Kwestionariusza Cooperów do Oceny Jąkania), co implikowało możliwe trudności ze znalezieniem akceptującej go grupy rówieśników. Terapeuta zastosował techniki psychologiczne w celu zniwelowania stanów logofobicznych. Podczas terapii mężczyzna sumiennie współpracował oraz wykazywał silną motywację do osiągnięcia sukcesu terapeutycznego.

Zastosowano następujące psychologiczne oraz logopedyczne techniki badawcze:

1. Kontrakt terapeutyczny.
2. Wywiad.
3. Obserwacja.
4. Wiadomości przekazywane drogą elektroniczną (e-maile).
5. Techniki nurtu poznawczo-behawioralnego.
6. Eksperyment psychologiczny.
7. Zadania domowe polegające na samoobserwacji.

Za narzędzia badawcze posłużyły:

1. Kwestionariusz Cooperów do Oceny Jąkania (Cechy Określające Istotę Jąkania oraz Ocena Reakcji Unikania), w adaptacji Mieczysława Chęćka⁵. W pierwszej próbie badany uzyskał wyniki 5/25. Wskazuje to na nieznaczne doszukiwanie się w jąkanii przyczyn życiowych niepowodzeń oraz ograniczeń. W drugiej próbie badany uzyskał taki sam wynik, co wskazuje na brak zmiany w postrzeganiu przyczyn jąkania. Odnotowano natomiast zmianę w odniesieniu do samych twierdzeń zawartych w kwestionariuszu. Zwrot związany z jąkanii utrudniającym znalezienie kolegów został oceniony w drugiej próbie jako nieprawdziwy, tak samo jak zwrot świadczący o byciu ocenianym negatywnie z powodu niepełności mowy. Może wskazywać to na wyraźny wzrost samo-

⁵ M. CHĘCIEK: *Kwestionariusz Cooperów...*

oceny i nawiązanie relacji rówieśniczych w trakcie trwania terapii. Nastąpiło przekierowanie uwagi na nie płynność mowy jako główny problem w aktualnej sytuacji życiowej. Należy to uznać za optymistyczny rezultat, ponieważ świadczy o zdaniu sobie sprawy przez badanego z ogromu własnych możliwości i bardzo dobrego funkcjonowania w wielu aspektach biopsychospołecznych. W ciągu wszystkich spotkań zauważono tendencję badanego do częstszego doceniania pozytywnych aspektów jego życia.

2. Kwestionariusz wywiadu – kwestionariusz opracowany przez prof. Zbigniewa Tarkowskiego, służący do podsumowania informacji na temat funkcjonowania pacjenta od najwcześniejszych lat jego życia⁶.
3. Dokumentacja neurologopedyczna (orzeczenia, diagnozy, nagrania) – dokumenty wystawione przez Specjalistyczne Centrum Terapii Jąkania, Gabinet Zaburzeń Mowy i Głosu, w Wodzisławiu Śląskim), nagrania wykonane przez terapeutę Mieczysława Chęćka.
4. Racjonalna samoanaliza (RSA) – karta służąca do opisu i analizy konkretnej sytuacji wywołującej negatywne skojarzenia nasilające stany logofobii (1992)⁷.
5. Koło emocji Plutchika – wykres kołowy mający pomóc pacjentowi odblokować emocje oraz zwrócić jego uwagę na przeżywane przez niego oraz inne osoby stany emocjonalne⁸.
6. Wywiad wzmacniający motywację – rodzaj wywiadu, w którym bada się: chęć zmiany, gotowość do zmiany i zdolność do zmiany. Jest to bardziej metoda komunikacji niż zbiór technik⁹.
7. Teksty motywacyjne pochodzące z książek: *Terapia poznawcza zaburzeń lękowych. Praktyczny podręcznik i przewodnik po teorii* Adriana Wellsa¹⁰ oraz *Lęk i fobia. Praktyczny podręcznik dla osób z zaburzeniami lękowymi* Edmunda J. Bourne'a¹¹.

Przebieg terapii

W prowadzonej terapii wykorzystano technikę kontraktu terapeutycznego. Zgodnie z regułą, tworzą go terapeuta i pacjent podczas pierwszego spotkania. Kontrakt pozwala ustrukturyzować formułę spotkań i zapewnić atmosferę wza-

⁶ Z. TARKOWSKI: *Jąkanie*. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 1999.

⁷ M.C. MAULTSBY jr.: *Racjonalna terapia zachowania. Podręcznik terapii poznawczo-behawioralnej*. Poznań, Wulkan 1992.

⁸ Zob. PLUTCHIK R.: *Emotion: A Psychoevolutionary Synthesis*. New York, Harper and Row 1980; <http://www.historiasztuki.com.pl/ilustracje/film/Plutchik-wheel.jpg>.

⁹ A. KOKOSZKA: *Wprowadzenie do terapii poznawczo-behawioralnej*. Kraków, Wydaw. Uniwersytetu Jagiellońskiego 2009.

¹⁰ A. WELLS: *Terapia poznawcza zaburzeń lękowych. Praktyczny podręcznik i przewodnik po teorii*. Kraków, Wydaw. Uniwersytetu Jagiellońskiego 2010.

¹¹ J.E. BOURNE: *Lęk i fobia. Praktyczny podręcznik dla osób z zaburzeniami lękowymi*. Wydaw. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011.

jemnego szacunku i zaufania. W kontrakcie określone są czas, miejsce, warunki odwoływania spotkań, sposoby kontaktowania się w czasie pomiędzy spotkaniami oraz zasady obowiązujące w trakcie terapii. Przestrzeganie kontraktu oraz odwoływanie się do niego w razie odstępstw przybliży osiągnięcie sukcesu terapeutycznego, na który składają się cele i oczekiwania pacjenta. Terapeuta pomaga pacjentowi określić problem oraz możliwości jego rozwiązania, dopytując o poszczególne etapy realizacji tak określonego celu:

- Jaki jest problem?
- Jakie nielogiczne myśli i przesłania istnieją na temat problemu?
- Jakie reakcje (emocjonalne, fizjologiczne i poznawcze) wiążą się z problemem?
- Jakie przekonania (postawy, oczekiwania i zasady) są związane z początkiem powstania problemu?
- Po czym poznamy, że cel został osiągnięty?
- W jaki sposób można go osiągnąć?
- Jaki czas wyznaczamy na zrealizowanie celu?
- W opisywanym przypadku, celami były:
- Zwiększenie pewności siebie oraz samooceny w kontaktach z innymi osobami. Za kryterium zrealizowania celu przyjęto wyjście z inicjatywą wobec grupy rówieśników co najmniej 3 razy w ciągu terapii.
- Mówienie mową terapeutyczną według metody dr. Chęćka, zastosowanej podczas całej terapii logopedycznej. Za kryterium zrealizowania celu przyjęto 5 wystąpień publicznych z zastosowaniem wspomnianej techniki.
- Podjęcie stażu lub praktyki.
- Wszystkie cele zostały zrealizowane w czasie trwania terapii. Wyznaczanie celu wiąże się z konceptualizacją problemu, czyli skupieniem się na sprawie, stanowiącej dla pacjenta problem. Wskazany problem nie może być określony zbyt ogólnie ani trudno do zobrazowania adekwatnym zachowaniem.

W psychologii kontakt terapeutyczny jest charakteryzowany jako zaangażowanie się w proces terapii zarówno pacjenta, jak i terapeuty, a także dobre ich wzajemne relacje, wyrażające się akceptacją, spontanicznością oraz brakiem skrupowania i defensywnych zachowań¹². Według najnowszych badań, jakość przymierza terapeutycznego jest znacząca dla powodzenia terapii. Wpływ mają na to również afirmacje (rozumiane, jako wzajemne pozytywne emocje), zgodność w ocenianiu ważnych aspektów terapii, dostrojenie emocjonalne, osobiste zaangażowanie oraz styl oparty na współpracy¹³. Wszystkie wspomniane warunki zostały spełnione w opisywanej relacji terapeutycznej.

Kolejną z wybranych metod był wywiad. W trakcie przeprowadzania wywiadu stosowano jego formę aktywną, czyli zadawanie pytań. Początkowe wypowiedzi

¹² A. KOKOSZKA: *Wprowadzenie do terapii poznawczo-behawioralnej*. Kraków, Wydaw. Uniwersytetu Jagiellońskiego 2009.

¹³ *Ibidem*.

pacjenta były lakoniczne, natomiast na kolejnych spotkaniach stawały się bardziej rozbudowane, refleksyjne. Wywiadu nie zakończono na pierwszym spotkaniu ze względu na specyfikę przypadku, był kontynuowany na kolejnych. Podczas wypowiedzi badanego na temat spraw traumatycznych zaobserwowano epizody „zablokowania”. Na wywiad składały się również następujące elementy: skalowanie problemu (skala od 0–10, w odniesieniu do sytuacji: obecnej, za miesiąc, rok, 5 lat), „burza mózgów” (na podstawie pytań psycholog i pacjent zastanawiają się nad możliwymi rozwiązaniami), argumenty „za” i „przeciw” (podawanie w wątpliwość prawdziwość wszystkich przekonań), omówienie obaw przed zmianą, wizualizacja możliwych konsekwencji.

Podczas terapii odnotowano wystąpienie tzw. oporu terapeutycznego. Jest to aspekt każdego działania terapeutycznego zorientowanego na osiągnięcie sukcesu. Badany nie miał chęci uczestniczenia w spotkaniu. Rozpoczęto dialog terapeutyczny. Pacjent stwierdził, że ma gorszy dzień i że w niczym nie widzi sensu. Wyraził także obawę, że nie będzie nigdy w stanie wyzbyć się niepełności mowy. Był w złym nastroju. Terapeuta uznał to za właściwy moment, by wskazać, że jednak istnieje taka możliwość, oraz wyrazić swoją akceptację wobec różnych emocji. Zastosował ćwiczenia zwiększające samoocenę, które miały obudzić w pacjencie jego ukryte zasoby. Ćwiczenia były nieingerujące w historię niepełności mowy, niekonfrontujące pacjenta z przykrymi zdarzeniami z przeszłości. Ich celem stało skupienie się najpierw na wymarzonej przyszłości w aspekcie rodziny, znajomości, pracy, a następnie na podkreślaniu dotychczasowych osiągnięć pacjenta. Wiązały się z akcentowaniem naturalnych zasobów i umiejętności pacjenta, które już posiada. Jednym z ćwiczeń było wizualizowanie kolejnych 5 lat w aspekcie zawodowym, skalowanie problemu jąkania wobec innych problemów, stworzenie listy dotychczasowych osiągnięć oraz osobistej karty praw.

Kiedy udało się złagodzić u pacjenta opór i negatywne emocje, można było przejść do analizy sytuacji logofobicznych. Przykładem takiego ćwiczenia jest wypełnienie karty RSA, służącej do analizy danej sytuacji (ilustracja 1).

W podanym przykładzie pacjent analizuje wraz z terapeutą zaistniałą sytuację, odwołując się do zdrowego myślenia (w tym kontekście myślenia służącego zdrowiu biopsychospołecznemu badanego). Uczy się nowego sposobu myślenia o znanych mu sytuacjach oraz nowego sposobu reagowania. Wypełnianie karty RSA stanowiło zarówno stały element spotkań terapeutycznych, jak również formę zadania domowego. Zadania domowe stanowią rodzaj działania niezbędnego w terapii prowadzonej za pomocą technik nurtu poznawczo-behawioralnego. W celu przybliżenia pracy, jaką wykonano z pacjentem, przedstawiamy kilka przykładów takich zadań. Na pierwszym spotkaniu powiadomiono pacjenta o potrzebie systematycznego wykonywania zadań domowych, jeżeli terapia ma przynieść pożądane efekty. Badany był pozytywnie nastawiony do tego działania, co stwierdzono na podstawie obserwacji (m.in. postawy ciała) i uważnego słuchania wypowiedzi. Świadczyło o tym także to, że badany był zawsze przygo-

<p>Racjonalna samoanaliza (RSA) Najbardziej efektywnym do pracy tą metodą jest czas, gdy odczuwamy najsilniejszy ból emocjonalny, gdy niepożądane emocje zakłócają nasze życie, na przykład gdy strach nie pozwala zasnąć. W takich momentach niezdrowe przekonania będą łatwiejsze do zidentyfikowania, ponieważ właśnie o nich myślisz, ich doświadczasz.</p> <p>Pięć pytań – zasady zdrowego myślenia Czy ta myśl jest oparta na oczywistych faktach? Czy ta myśl pomaga mi chronić moje zdrowie i życie? Czy ta myśl pomaga mi osiągnąć moje bliższe i dalsze cele? Czy ta myśl pomaga uniknąć najbardziej niepożądanych konfliktów i rozwiązać je? Czy ta myśl pomaga mi czuć się, tak jak się chce czuć, bez używania żadnych substancji (leków, używek)?</p> <p>Cechy zdrowego myślenia Zdrowe myślenie echuje się spełnieniem co najmniej trzech spośród pięciu wymienionych zasad. Wszystkie zasady są równoważne.</p>	
<p>1. A. Zdarzenie aktywujące Opisz krótko, co się zdarzyło, lub sytuację, w której jesteś.</p>	<p>7. ZA. Test kamerą Jeżeli spostrzegłeś coś, czego nie zarejestrowałaby kamera, popraw to na to, co zarejestrowałaby kamera w sytuacji A.</p>
<p>4. B. Twoje przekonania Twoje szczere myśli o A.</p> <p>B1</p> <p>B2</p> <p>itd.</p>	<p>8. ZB. Zdrowa debata z B Nowe zdrowe myśli zamiast niezdrowych myśli z rubryki B Odpowiedz „tak” lub „nie” na każde racjonalne pytanie o każdym zdaniu B lub napisz ND (nie dotyczy). Następnie zapisz zdrowy, alternatywny dialog wewnętrzny dla każdej niezdrowej myśli B i „To jest zdrowe” dla każdej zdrowej myśli B.</p> <p>ZB1</p> <p>ZB2</p> <p>itd.</p>
<p>2. C. Odczucia emocjonalne Co czułeś? (np. przygnębienie, smutek, złość)</p>	<p>5. ZC. Oczekiwane nowe emocje Co chcesz czuć w podobnych sytuacjach? (np. spokój, optymizm, radość)</p>
<p>3. D. Działanie Co zrobiłeś/aś? Jak się zachowałeś/aś?</p>	<p>6. ZD. Oczekiwane nowe działanie Co chcesz zrobić w podobnej sytuacji? Jak chcesz się zachować?</p>

ILUSTRACJA 1. Karta RSA – racjonalnej samoanalizy

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

towanym do spotkania. Nawet mniejsza motywacja podczas jednego z ostatnich spotkań (związana z czasowym kryzysem) nie wpływała na sumienność w wykonywaniu ćwiczeń. Zadania domowe były ukierunkowane na osiągnięcie celów. Zlecane ćwiczenia starano się zmieniać, tak aby były różnorodne.

Koło emocji Plutchika było materiałem, do którego pacjent odwoływał się na każdym ze spotkań. Jest to schemat, który obrazuje, jak wiele emocji istnieje w życiu codziennym. Celem włączenia do terapii pracy z kołem emocji było wspieranie u pacjenta poszerzenia samoświadomości oraz wchodzenia w dialog z samym sobą.

Kolejnym z zadań domowych było wybranie przez pacjenta dowolnej aktywności sportowej (z wyjątkiem ćwiczeń z ciężarami), którą będzie podejmował systematycznie w trakcie trwania spotkań terapeutycznych, co najmniej 2–3 razy w tygodniu. Spośród ćwiczeń usprawniających oddychanie oraz rozluźniających mięśnie pacjent wybrał pływanie. Ponadto badany miał prowadzić dziennik aktywności, w którym będzie zapisywał swoje emocje przed pójściem na basen oraz po powrocie. Prowadzenie dziennika związanego z samoobserwacją miało skłonić do zastanawiania się nad odczuwanymi emocjami, wspierać rozwój samoświadomości oraz akceptację samego siebie. Zadanie pozwoliło pacjentowi zauważyć różne emocje, które odczuwał nie tylko w związku z niepełnością mowy, ale również z wieloma innymi aspektami życia. Przykładowy zapis z dziennika przedstawiono na ilustracji 2.

Dzień	Emocje przed aktywnością sportową	Emocje po aktywności sportowej	Refleksje
Wtorek	rozdrażnienie, niechęć, zaduma	chęć do działania, radość	warto wspomagać terapię sportem

ILUSTRACJA 2. Przykład zapisu w dzienniku samoobserwacji

Źródło: Opracowanie własne.

Inne z zadań domowych polegało na psychoedukacji. Terapeuta przekazywał badanemu (pocztą elektroniczną) opracowania poświęcone radzeniu sobie z dysfunkcyjnymi myślami oraz motywowaniu się do ciągłej pracy. Teksty dotyczyły przede wszystkim opracowywania indywidualnych technik i struktur pozwalających na polepszenie funkcjonowania z własnymi ograniczeniami. Skupiono się na logofobii i próbach zaakceptowania własnych ograniczeń po to, aby móc skutecznie z nimi walczyć.

Analiza efektów terapii

Mężczyzna zauważył poprawę funkcjonowania na wielu płaszczyznach. W czasie trwania terapii zdobył nowych kolegów, wśród osób uczestniczących wraz z nim w projekcie studenckim, oraz wyszedł wiele razy wobec grupy rówieś-

ników z inicjatywą nawiązania kontaktu towarzyskiego. Spotkania z psychologiem określał jako wspomagające jego rozwój oraz przełomowe w myśleniu o sobie, świecie i przyszłości. Zauważył, że baczniej przygląda się swoim emocjom, oraz że nauczył się nieznanymi mu dotąd technik dotyczących zmiany myślenia. Nowością dla niego była możliwość przeżywania negatywnych emocji i mówienia na ich temat otwarcie. Zmienił również zdanie na temat profesjonalnej pomocy psychologicznej. Dotychczas uważał działania psychologów za mało efektywne oraz skupione głównie na relaksacji. Zaobserwował u siebie bardzo duże zmiany związane z regularnym pływaniem – rozluźnienie spiętych mięśni obręczy barkowej, a także polepszenie samopoczucia. Na ostatnim spotkaniu mówił o swoim rozluźnieniu w aspekcie nie tylko fizycznym, ale również psychicznym. Regularność w sporcie wzmocniła jego motywację do regularności w stosowaniu zaleceń terapeutycznych w zakresie niepełności mowy. Mówił o pojawieniu się optymizmu, pewnej pokory, a także podziwu wobec tego, jak sport może korzystnie wpływać na życie codzienne. Niektóre z proponowanych ćwiczeń badany postrzegał jako nieefektywne bądź nudne. Dotyczyło to jednak tylko kilku z całego spektrum zaleconych ćwiczeń. Niektóre (tort odpowiedzialności, karta racjonalnej samoanalizy, „za 5 lat będę...”) zostały odebrane bardzo pozytywnie, z zaciekawieniem oraz jako szczególnie przydatne.

Na początku terapii w ocenie reakcji unikania badany uzyskał w zakresie sytuacjach społecznych 17 punktów, zaś w zakresie sytuacji szkolno-zawodowych 22 punkty. Oznaczało to logofobię w stopniu głębokim. Występowała ona bardziej w sytuacjach szkolno-zawodowych, co mogło się wiązać z obawą przed prezentacjami studenckimi oraz reakcją innych osób (rówieśników) na niepełność mowy. W późniejszej próbie badany uzyskał w sytuacjach społecznych 6 punktów, a w sytuacjach szkolno-zawodowych 19 punktów. Wskazuje to na wyraźną poprawę w kontekście reakcji na sytuacje stresowe, lecz także wciąż obecną dysproporcję pomiędzy sytuacjami społecznymi a szkolnymi. Badany w trakcie spotkań sam zauważał, że sytuacje takie jak pójście do sklepu, rozmowa przez telefon ze znajomym czy na nieformalnym spotkaniu są dla niego mało stresujące, natomiast sytuacje, z którymi ma do czynienia na uczelni, wywołują w nim największy stres i lęk przed mówieniem. W ogólnej skali badany uzyskał 19 punktów, co klasyfikuje jego reakcje unikania mówienia jako umiarkowane.

Terapia w podsumowaniu została określona przez mężczyznę jako dająca nadzieje na przyszłość, zachęcająca do rozwoju oraz pogłębiania samoświadomości. Badany wykazał chęć uczestniczenia w regularnych spotkaniach z psychologiem, ponieważ zauważył, że dzięki terapii nastąpiła u niego poprawa funkcjonowania w ważnych dla siebie strefach.

Implikacje diagnostyczno-terapeutyczne wyników terapii

Analiza przebiegu terapii oraz wyników dwukrotnego badania przeprowadzonego za pomocą fragmentów Kwestionariusza Cooperów do Oceny Jąkania pozwala stwierdzić słuszność włączenia elementów terapii poznawczo-behawioralnej do terapii jąkania. Postępowanie terapeutyczne powinna objąć stałe wsparcie psychologiczne oraz monitorowanie postępów pacjenta z perspektywy terapii psychologicznej. Pozwala to pacjentowi na zwiększenie samoświadomości, a co za tym idzie – uporządkowanie oraz zaakceptowanie własnych emocji. Wskazane jest ukierunkowanie pracy terapeutycznej również na aspekt psychologiczny oraz wprowadzenie zadań z CBT do stałego planu terapii jąkania.

Samoocena pacjenta po zakończeniu terapii

Na podstawie samooceny dokonanej przez pacjenta można wskazać, że w czasie trwania postępowania terapeutycznego:

- Zyskał większą pewność siebie, mniej przejmując się opinią innych osób na swój temat.
- Stworzył nowe, zdrowe, alternatywne przekonania prowadzi dialog z samym sobą, dotyczący między innymi tkwienia w przestarzałych, nieaktualnych myślach na temat rzeczywistości.
- Posługuje się mową terapeutyczną – kontynuuje proces terapeutyczny.
- Ma większy kontakt z samym sobą, polega na sobie, podchodzi z właściwym dystansem do opinii osób postronnych.
- Ma nowe hobby, jest zaangażowany w sport – w aspekcie psychologicznym przekłada się to na większą motywację do wytrwałości w terapii, w aspekcie fizycznym – na rozluźnienie spiętych mięśni.
- Zdał sobie sprawę z wielu pozytywnych stron swojego życia.

Zalecenia dla pacjenta

Na zakończenie terapii terapeuta sformułował zalecenia dla pacjenta, których celem jest utrzymanie, utrwalenie, wzmocnienie uzyskanych rezultatów:

- Kontynuowanie zaleceń terapeutycznych przekazywanych przez specjalistów ze Specjalistycznego Centrum Terapii Jąkania w Wodzisławiu Śląskim.
- Wykonywanie ćwiczeń poznawczo-behawioralnych wykorzystywanych w zadaniach domowych.
- Kontynuowanie pływania.
- Prowadzenie dialogu z samym sobą: Pytaj siebie o opinię! Jeżeli słyszysz czyjąś opinię, widzisz czyjąś reakcję, zadawaj sobie pytania. Przykłady pytań: Co

ja o tym myślę? Jak można zareagować inaczej? Z jakiego powodu on mógł tak zareagować? Czy to jest jedyna słuszna reakcja? Czy wszyscy ludzie są tacy sami? Czy wszyscy ludzie reagują w ten sam sposób? Pomocne może być koło emocji Plutchika.

- Wychodzenie z inicjatywą wobec kolegów: inicjuj kontakty towarzyskie, na przykład proponuj spotkania w trakcie przerw na uczelni, poza zajęciami. Powiąż to z punktem poprzednim – zadawaniem sobie pytań. Nie przywiązuj się do jednego stylu reagowania u kolegów, koleżanek.
- Przykładowe filmy, które warto zobaczyć: *Forrest Gump*, *Żebro Adama*, *Buntownik z wyboru*, *Nietykalni*, *Poradnik pozytywnego myślenia*, *Chce się żyć*, *Co gryzie Gilberta Grape'a*, *Nazywam się Khan*, *Wszystko za życie*, *Jak zostać królem*.
- Pamiętaj o zdaniu, które wypowiedziałeś: „Nie widzę innych problemów w moim życiu, jestem zdrowy, sprawny, studiuję, mam kolegów, mam plany na przyszłość”.
- Nowe ćwiczenia:
 - Zrób tabelę: po jednej stronie zapisz „Rodzaj zniekształconego myślenia”, oddziel to kreską, po drugiej stronie zapisz: „Racjonalne kontrstwierdzenia” i w tej rubryce zapisuj swoje myśli alternatywne do znajdujących się w pierwszej kolumnie.
 - Prowadź dziennik ze swoimi przemyśleniami. Zapisuj codziennie datę i kilka kluczowych słów lub zdań. Badania dowiodły, że osoby prowadzące dziennik są lepiej nastawione do życia niż osoby, które tego nie robią.

Wnioski

Metody terapii poznawczo-behawioralnej okazują się skutecznym wsparciem nie tylko w leczeniu uzależnień, promowaniu zdrowego trybu życia oraz profilaktyce w edukacji, ale również w terapii jąkania. Obecnie terapia poznawczo-behawioralna, opierająca się na respektowaniu potrzeb, postaw i emocji pacjenta oraz nauce nowych zachowań, jest najskuteczniejszym rodzajem terapii, daje nadzieję na polepszenie funkcjonowania w każdej sferze. Przebieg i rezultaty opisywanego procesu terapeutycznego z zastosowaniem techniki CBT, jak również zajęcia prowadzone przez współautorkę artykułu z osobami w różnym wieku (grupy terapeutyczne w Szpitalu Psychiatrycznym we Wrocławiu oraz zajęcia z dziećmi w wieku przedszkolnym) potwierdzają słuszność przedstawionej opinii. Terapia bazuje ona na nauce nowych zachowań w zdrowy dla pacjenta sposób, dając nadzieję na polepszenie funkcjonowania w każdej sferze. W przypadku opisywanego procesu terapeutycznego Marcina zastosowane techniki przyniosły wymierny efekt, co uzasadnia kontynuację terapii zgodnie z tym nurtem.

Bibliografia

- BĄBEL P, SUCHOWIERSKA M, OSTASZEWSKI P.: *Analiza zachowania od A do Z*. Gdańskie Wydaw. Psychologiczne, Gdańsk 2010.
- BOURNE J.E.: *Lęk i fobia. Praktyczny podręcznik dla osób z zaburzeniami lękowymi*. Wydaw. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011.
- BRZEZIŃSKI J.: *Badania eksperymentalne w psychologii i pedagogice*. Warszawa, Scholar 2008.
- CHĘCIEK M.: *Jąkanie. Diagnostyka – terapia – program*. Kraków, Impuls 2012.
- CHĘCIEK M.: *Kwestionariusz Cooperów do Oceny Jąkania*. Lublin, Orator 2001.
- CHĘCIEK M., BIJAK E., KAMIŃSKA D.: *Jąkanie. Skuteczne techniki płynnego mówienia. TPM i TDSM w Zmodyfikowanym Programie Psychofizjologicznej Terapii Jąkających się*. Gdańsk, Harmonia 2014.
- CRAIG A.: *Evidence-based practice in the treatment of adolescent and adult stuttering: what do we know and what works?* ASHA 2007 Convention, Fluency Division Seminar. https://www.asha.org/Events/convention/.../1718_Craig_Ashley/ [data dostępu: 21.10.2018].
- KOKOSZKA A.: *Wprowadzenie do terapii poznawczo-behawioralnej*. Kraków, Wydaw. Uniwersytetu Jagiellońskiego 2009.
- LUNDSKOG M.: *Cognitive Behavioral Therapy (CBT) for Stuttering Disorder. A case study*. „Psyko-terapeutexamensuppsats” 2012.
- MAULTSBY jr. M.C.: *Racjonalna terapia zachowania. Podręcznik terapii poznawczo-behawioralnej*. Poznań, Wulkan 1992.
- MENZIES G.R. et al.: *Cognitive behavior therapy for adults who stutter. A tutorial for speech-language pathologists*. „Journal of Fluency Disorder” 2009, vol. 34, s. 187–200.
- PILCH T.: *Zasady badań pedagogicznych*. Warszawa, Żak 2010.
- PLUTCHIK R.: *Emotion: A Psychoevolutionary Synthesis*. New York, Harper and Row 1980.
- SĘK H.: *Psychologia kliniczna*. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 2012.
- SUCHAŃSKA A.: *Rozmowa i obserwacja w diagnostyce psychologicznej*. Warszawa, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne 2007.
- TARKOWSKI Z.: *Jąkanie*. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 1999.
- TARKOWSKI Z.: *Jąkanie. Księga pytań i odpowiedzi*. Gdańsk, Harmonia 2010.
- WELLS A.: *Terapia poznawcza zaburzeń lękowych. Praktyczny podręcznik i przewodnik po teorii*. Kraków, Wydaw. Uniwersytetu Jagiellońskiego 2010.
- WĘSIERSKA K.: *Zaburzenia płynności mowy*. Katowice, Wydaw. Uniwersytetu Śląskiego 2015.