

**Zbigniew Tarkowski, Ewa Humeniuk**

Uniwersytet Medyczny w Lublinie  
Zakład Patologii i Rehabilitacji Mowy

# Jąkanie jako zaburzenie psychosomatyczne

## Stuttering as a psychosomatic disorder

### STRESZCZENIE

Jąkanie jest najczęściej pojmowane jako wada wymowy lub nerwica mowy. W ujęciu systemowym ma ono strukturę składającą się z czynników paralingwistycznych (np. nie płynność mówienia), biologicznych (np. wzmożone napięcie mięśniowe), psychologicznych (np. logofobia) oraz społecznych (np. stres komunikacyjny). Nie rozstrzygnięto, czy jąkanie jest wadą, zaburzeniem czy chorobą. Naszym zdaniem spełnia ono kryteria rozpoznawania syndromu psychosomatycznego. Takie spojrzenie na jąkanie zmienia podejście do jego diagnozy i terapii.

**Słowa kluczowe:** jąkanie, psychosomatyka, podejście psychosomatyczne

### ABSTRACT

Stuttering is most often regarded as a speech defect or speech neurosis. However, from the systemic perspective, the structure of stuttering consists of paralinguistic (e.g. speech disfluency), biological (e.g. increased muscle tension), psychological (e.g. logophobia) and social (e.g. communicative stress) factors. It has not been determined yet whether stuttering is a defect, a disorder or a disease. We believe it meets the diagnostic criteria for a psychosomatic syndrome. This perspective considerably influences the approach to diagnosis and therapy of stuttering.

**Key words:** stuttering, psychosomatics, psychosomatic concept

### Wprowadzenie

W koncepcjach zaburzeń / chorób psychosomatycznych podkreśla się znaczenie splotu czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych, ale nie dostrzega się roli czynników komunikacyjnych. Tymczasem Lynch (2000) w pracy

o znamiennym tytule *Język a serce* twierdzi, że dialog ludzki ma znaczący wpływ na aktywność układu naczyniowo sercowego.

*Przebadaliśmy tysiące jednostek – od noworodków [...] aż po pacjentów bliskich śmierci. W każdym przypadku związek między językiem a sercem był jasny i niezaprzeczalny. [...] Odkryliśmy uderzający związek między mówieniem*

**Adres do korespondencji:** e-mail: tarkowskizbigniew@wp.pl

a ciśnieniem krwi. Jeśli ciśnienie krwi prawie wszystkich naszych badanych wzrastało w czasie mówienia, to ciśnienie pacjentów nadciśnieniowych wzrastało wówczas znacznie bardziej niż badanych z każdej innej grupy. Czasami ciśnienie osoby z nadciśnieniem wzrastało o 50% w stosunku do poziomu spoczynkowego, gdy zaczęła ona mówić (Lynch, 2000, s. 61-63).

Dużo pisze się o stresie biologicznym i psychologicznym, ale stosunkowo mało mówi się o stresie komunikacyjnym (Conture, Walden, 2012), który ujawnia się przede wszystkim w czasie wystąpień publicznych oraz podczas konwersacji. Zwrócili na niego uwagę już dawno badacze i terapeuci jąkania (Choi, 2014), ale ich poglądy nie zostały zauważone przez twórców i zwolenników psychosomatyki. Stało się tak prawdopodobnie dlatego, że zaburzenie płynności mówienia nadal jest traktowane jako wada wymowy lub zaburzenie mowy. Zajmują się nimi foniatria lub logopedia, które podkreślają znaczenie przede wszystkim czynników biologicznych lub lingwistycznych. Poszerzenie tego tradycyjnego podejścia o czynniki psychospołeczne oraz ujawnienie związku między nimi pozwalają spojrzeć na jąkanie z perspektywy psychosomatyki.

## Cel

Celem tego artykułu jest wykazanie, że jąkanie jest zaburzeniem psychosomatycznym. Aby tego dokonać, omówiono jego istotę, podano kryteria rozpoznawania zaburzeń/chorób psychosomatycznych oraz opisano psychosomatykę jąkania.

## 1. Istota jąkania

Jąkanie jest najczęściej kojarzone z niepełnością mówienia, co wyraża następujący wzór:

$$J = NM$$

gdzie:

$J$  – jąkanie

$NM$  – niepełność mówienia

Problem jednak w tym, że niepełność mówienia jest objawem nie tylko jąkania, ale jest także symptomem innych zaburzeń mowy (np. afazji, dyzartrii). Podstawowymi objawami niepełności jest powtarzanie (głosek, sylab, słów oraz ich kombinacji), przeciąganie dźwięków, blokowanie wypowiedzi, wtrącanie zbędnych elementów, nieumotywowane pauzowanie, poprawienie. Niektóre z tych symptomów (np. pauzy lub wtrącenia) pojawiają się w zwykłej (normalnej) niepełności mówienia, która jest uniwersalną cechą mowy żywej, wynikającą z uwarunkowań psycholingwistycznych, a nie fizjologicznych.

Natomiast jąkanie jest rodzajem patologicznej niepełności mówienia, co wyraża następujący wzór:

$$J = NN + NE$$

gdzie:

$J$  – jąkanie

$NN$  – niepełność napięta

$NE$  – niepełność emocjonalna

Niepełność napięta powstaje w wyniku nadmiernego napięcia mięśni oddechowych, fonacyjnych lub artykulacyjnych. Ma ono formę klonusu (jąkanie kloniczne), tonusu (jąkanie toniczne) lub mieszaną (jąkanie kloniczno-toniczne). W zależności od lokalizacji napięcia mięśniowego wyróżnia się jąkanie oddechowe, fonacyjne, artykulacyjne i mieszane (najczęściej oddechowo-artykulacyjne). Jeżeli u podłoża tego napięcia, powodującego niepełność mówienia, leżą emocje (przeważnie negatywne), to mówi się o niepełności emocjonalnej.

W ujęciu psychospołecznym (Tarkowski, 2001) jąkanie stanowi funkcję reakcji indywidualnych lub społecznych na niepełność mówienia, co wyraża następujący wzór:

$$J = NM + R$$

gdzie:

$J$  – jąkanie

$NM$  – niepełność mówienia

$R$  – reakcje na niepełność mówienia

Jak wspomniano, nie płynność mówienia może być normalna lub patologiczna, reakcje zaś na nie – indywidualne lub społeczne. Te pierwsze pokazują, jak osoba reaguje na swoją nie płynność mówienia, natomiast te drugie ujawniają zachowanie się innych ludzi. Zarówno reakcje indywidualne, jak i społeczne można podzielić na pozytywne i negatywne, a te z kolei na poznawcze, emocjonalne i behawioralne (Tarkowski, 2001).

W ujęciu systemowym (Tarkowski, 2007) struktura jąkania składa się z czynników biologicznych, lingwistycznych, psychologicznych i społecznych oraz relacji między nimi.

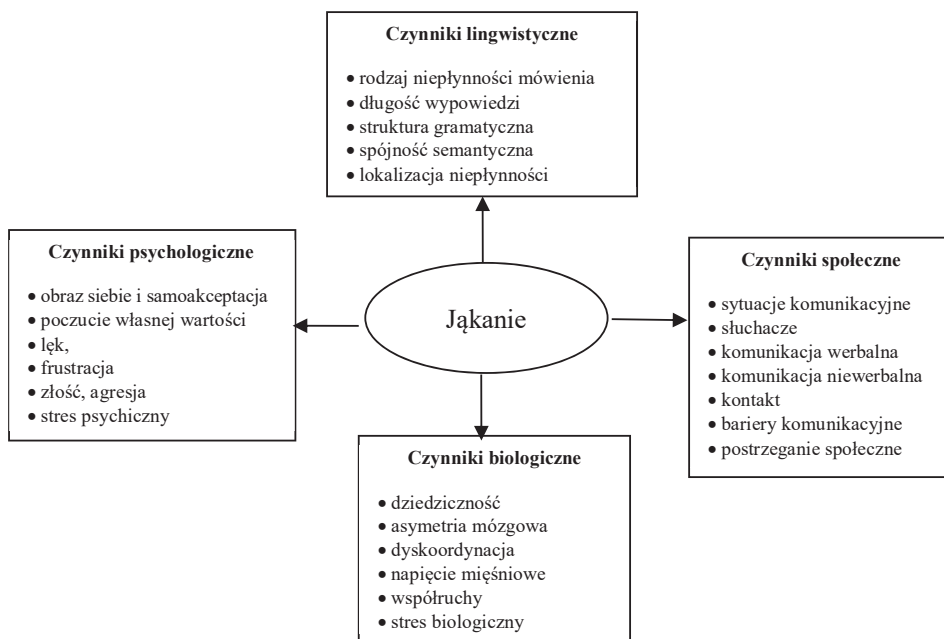
Aby zrozumieć jąkanie, będące syndromem, nie wystarczy opisać poszczególne jego czynniki, ale także (a może przede wszystkim) powinno się ukazać relacje między nimi. Fenomen tego zaburzenia polega na: 1. zmienności, 2. sytuacyjności, 3. sporadyczności, 4. mimowolności.

Jąkanie jako syndrom jest stałe, ale nie płynność mówienia zmienia się w czasie: pojawia się i znika. Występuje w jednych

sytuacjach komunikacyjnych, a nie jest obserwowane w drugich. Pojawia się w rozmowie z jednymi ludźmi, a nie ujawnia się w konwersacji z innymi.

Osoby jękające się mówią zdecydowanie częściej płynnie niż nie płynnie. Natężenie nie płynności mówienia waha się od kilku do kilkudziesięciu procent. Równie zasadne jest pytanie, dlaczego ktoś się jęka, jak pytanie, dlaczego mówi płynnie. Tarkowski (2007) postawił następujące hipotezy: 1. nie płynność mówienia jest podstawowym reduktorem napięcia mięśniowego i dzięki temu przyczynia się do poprawy płynności mówienia, 2. osoba jękająca się mówi płynnie, gdy rozładowuje emocje, obniża napięcie i przestaje nadmiernie się kontrolować.

W patomechanizmie jąkania centralną rolę odgrywają procesy podświadome. Klasyczna jego teoria zakłada, że jest ono wynikiem dyskoordynacji oddychania, fonacji i artykulacji (Pruszewicz, 1992). Należy podkreślić, że są to procesy automatyczne i nie kontrolowane.



Ryc. 1. Struktura jąkania w ujęciu systemowym

Jąkanie jest zaburzeniem mimowolnym, gdyż nie zależy od woli osoby jękającej się. U jego podstaw leży nadmierne napięcie mięśni, którym mogą towarzyszyć współruchy oraz objawy wegetatywne. To napięcie nie jest stałe, lecz zmienne, a jego natężenie zależy od wpływu wielu czynników

Mitrinowicz (1951) zalicza jąkanie czynnościowe do nerwic, w którym nie ma uszkodzenia narządu mowy, ale występuje jedynie jego dysfunkcja. Podobnie Bilikiewicz (1979) traktuje je jako rodzaj nerwicy ruchowej lub wegetatywnej. Zdaniem Aleksandrowicza (1988, s. 11) panuje często *przeświadczenie, że nerwice nie są w gruncie rzeczy chorobami. Nie jest to jednak prawda [...] nawet wówczas, gdy mamy do czynienia wyłącznie z zaburzeniami czynności, stanowią one schorzenia.*

Od dawna jąkanie chroniczne określa się jako „nerwicę mowy”, w której prawdopodobnie dochodzi do dysfunkcji lub uszkodzenia tkanek aparatu mowy w wyniku długotrwałego stresu komunikacyjnego. *Kiedy zmiany te pojawiają się w następstwie stresu, chorobę taką określa się ogólnie jako psychosomatyczną lub psychofizjologiczną* (Everly, Rosenfeld, 1992, s. 17).

## 2. Kryteria rozpoznawania zaburzeń / chorób psychosomatycznych

Przez zaburzenia lub choroby psychosomatyczne rozumie się te, w których przebiegu i zajęciu istotną rolę odgrywają czynniki psychiczne, przez który rozumie się zwykle stres psychiczny oraz określone wymiary osobowości (Pużyński 1993, s. 70). Są one określane jako *nerwice narządowe, nerwice wegetatywne, zaburzenia pod postacią somatyczną, somatyzacja psychicznego stresu, klasyczne zespoły psychosomatyczne, choroby stresopochodne, zaburzenia psychogenne* (Szewczyk 2004, s. 7). Ostatnio proponuje się wprowadzenie terminu „zespołu psychosomatycznego” dla określenia syndromu czynników psychologicznych oddziałujących na stan somatyczny (Basińska, 2012). Niezależnie od tych rozbieżności terminologicznej można wyróżnić kryteria rozpo-

znawania zaburzeń / chorób psychosomatycznych. Oto one:

- czynniki predysponujące natury biologicznej lub dziedzicznej,
- pewne cechy osobowości,
- emocje prowadzące do rozstrojenia się organizmu,
- udział stresu zarówno biologicznego, jak i psychologicznego,
- uszkodzenie funkcji lub tkanki narządu „końcowego”,
- niekorzystne warunki środowiskowe oraz niewłaściwy styl życia.

Wymienione kryteria pojawiają się w trójczynnikowej teorii jąkania (Tarkowski, 2001), która podkreśla powiązania między czynnikami predysponującymi, wyzwalającymi i utrwalającymi to zaburzenie.

## 3. Psychosomatyka jąkania

Wolańczyk i Bryńska (2003) zaliczają jąkanie do zaburzeń psychosomatycznych tzw. czynnościowych. Wzorując się na opracowanej przez nich symptomatyce tych zaburzeń, Tarkowski (2007) opracował Wywiad Psychosomatyczny, za pomocą którego zbadał 507 osób jękających się w wieku od 6 do 63 lat (81% mężczyzn oraz 19% kobiet). Objawy psychosomatyczne wystąpiły u 90% badanych. Do najczęściej występujących symptomów należały:

- nadmierne napięcie mięśni oddechowych (23%), fonacyjnych (30%), artykulacyjnych (21%) i całego ciała (22%),
  - marszczenie czoła lub brwi (32% badanych), przymykanie oczu (34%), nadmierne napinanie mięśni szyi (24%),
  - czerwienienie (47%), przyspieszone bicie serca (40%), pocenie się (33%),
  - bóle brzucha (29%), bóle lub klucia w okolicach serca (20%), uczucie wzdęcia lub wypełnienie gazami (12%), objaw zatkanego nosa (20%), bóle migrenowe (11%),
- Ponadto stwierdzono objawy psychologiczne, takie jak: unikanie kontaktu wzrokowego (47%), logofobia (41%), zakłopotanie (41%), złość (24%), oraz symptomy społeczne,

takiej jak: unikanie sytuacji komunikacyjnych (45%) oraz małą aktywność w konwersacji (43%).

### 3.1. Predyspozycje

Do czynników predysponujących do jąkania zalicza się przede wszystkim czynniki genetyczne, zaburzenie funkcjonowania mózgu oraz temperament.

W literaturze przedmiotu znajduje się wiele doniesień dotyczących udziału czynników genetycznych w jąkanii. I tak w 2000 r. Cox przedstawiła wyniki pierwszego pełnego genomu DNA u jąkających się osób (...) i odnotowała, że chromosomy 1, 3, 5, 9, 13, 15 są powiązane z jąkanii. Późniejsze badania potwierdziły to odkrycie (cyt za: Góral-Półrola, 2016, s. 186).

Ambrose i wsp. (1997) wskazali na podstawie przeglądu badań, że wśród krewnych osób jąkających się częstotliwość zaburzeń płynności mówienia waha się od kilku do 65%. Badania bliźniąt wykazały wyższe ryzyko wystąpienia tego zaburzenia u bliźniąt jedno- niż dwujajowych (Andrews i wsp., 1991; Howie, 1981). Góral-Półrola i wsp. (2015) stwierdzili u pacjenta z jąkanii chronicznym obniżoną ekspresję genów związanych ze stresem komórkowym. Zdaniem autorów, w tym zaburzeniu mowy występuje brak wystarczającej obrony przed stresorami.

Wyniki badań funkcjonalnego neuobra-zowania mózgu osób jąkających się wskazują na występowanie licznych nieprawidłowości (Jäncke i wsp., 2004; Foundas i in., 2003; Fox, 2000; Howell i wsp., 2006, 2007; Humeniuk 2012; Góral-Półrola, 2016). Chociaż nie rozstrzygnięto ostatecznie, czy różnice anatomiczne i morfologiczne w budowie mózgu są przyczyną jąkania czy jego skutkiem, to badania prowadzone u dzieci dostarczają ważnych dowodów na istnienie różnic neurologicznych już we wczesnych fazach wystąpienia objawów nie płynności mówienia (Beal i wsp., 2013; Mock i wsp., 2012.)

Wiele badań dowodzi, że u osób jąkających się występują zaburzenia funkcjonalnej asymetrii mózgu, a lewopółkulowa reprezentacja

mowy nie jest u nich tak wyraźnie zaznaczona jak u osób mówiących płynnie (Humeniuk, 2012). Spora grupa dzieci jąkających się była przedstawiana z ręki lewej na prawą, co często wyzwalalo nie płynność mówienia.

Od dawna jest wykazywany związek między jąkanii a wrodzoną predyspozycją, jaką jest temperament (Humeniuk, 2012). Takie jego wymiary jak: wysoka reaktywność, nadmierna koncentracja uwagi, roztargnienie, trudności w radzeniu sobie z emocjami, niska tolerancja na frustrację, odgrywają istotną rolę w rozwoju nie płynności mówienia u dzieci.

W celu poszerzenia mózgowych modeli jąkania Tarkowski (2007) przedstawił hipotezę, że jego przyczyna „leży bliżej serca”, wskazując na znaczenie autonomicznego układu nerwowego (szczególnie sympatycznego) w etiologii tego zaburzenia. Tarkowski i Paprzycki (2009) stwierdzili istotny wzrost ciśnienia krwi i tętna u dorosłych jąkających się podczas oczekiwania na wypowiedź. Parametry te uległy stopniowemu obniżeniu w czasie mówienia, co sugeruje, że nie płynność mówienia stanowi reduktor napięcia mięśniowego.

### 3.2. Osobowość

Na podstawie przeglądu literatury oraz badań własnych E. Humeniuk (2012, s. 122) stworzyła profil charakterystycznych cech dorosłych osób jąkających się:

- *w sferze intelektualnej są otwarte, ciekawe świata, o szerokich zainteresowaniach, spostrzegawcze i skłonne do refleksji;*
- *w działaniu są pilne, pracowite, konsekwentne w dążeniu do celu;*
- *w sferze emocjonalnej wykazują brak poczucia bezpieczeństwa i duże poczucie zagrożenia; charakterystyczna jest również nadmierna kontrola i mała spontaniczność;*
- *w obrazie siebie dominuje brak wiary we własne możliwości;*
- *w sferze społecznej charakterystyczne jest prawidłowe przyswajanie norm społecznych połączone z mniejszymi umiejętnościami w kontaktach z ludźmi; są mniej otwarte na kontakty z ludźmi, innych postrzegają jako*

*silniejszych, dlatego też mogą być podporządkowane i uległe.*

*Przedstawiony powyżej zespół cech nie oznacza, że istnieje specyficzna osobowość osoby jękającej się. Wymienione cechy mogą jednak być charakterystyczne dla wielu jękających się.*

### 3.3. Emocje

Zaburzenia w sferze emocjonalnej osób jękających się postrzegane są przez niektórych jako jego przyczyna, podczas gdy inni postrzegają je jako konsekwencję jękania. Jeszcze inni uważają emocje za zmienną pośredniczącą (Humeniuk, 2012). Najczęściej z jękaniem jest kojarzony lęk, niepokój, poczucie winy, wstyd, złość, agresja.

Badania terapeutów australijskich wykazały, że 97% z nich jest przekonanych, że lęk zawsze współwystępuje z jękaniem, a 65% regularnie w swojej pracy z jękającymi stosuje techniki obniżania lęku (Lincoln i wsp., 1996). Matki jękających się częściej niż matki niejękających się twierdzą, że ich dzieci mają wysoki poziom niepokoju (Fowlie i Cooper, 1978). Sami jękający podkreślają, że kluczem do ich jękania jest nadmierny lęk, który zwiększa niepłynność mówienia (Crichton-Smith, 2002). Wraz z jej nasileniem się zwiększają się przejawy agresji w postaci reakcji pośrednich oraz skłonność do drażliwości.

Zdaniem Ginsberga (2000) wstyd jękającego jest oczywistym odczuciem, ponieważ oczekuje on, że będzie mówił płynnie, a nie udaje mu się tego osiągnąć. Towarzyszy temu często poczucie winy związane z negatywną oceną siebie (Daniels i Gabel, 2004).

### 3.4. Stres

Jękanie jest zaburzeniem widocznym, z którego wiąże się konflikt podstawowy: mówić czy milczeć. Niepłynność mówienia może, ale nie musi stanowić stresor zarówno dla osoby jękającej się, jak i jego środowiska społecznego. Zależy to od jej interpretacji poznawczej i emocjonalnej (Tylka, 2000).

Tarkowski (2007) przedstawił model powiązania stresu i jękania chronicznego.

Zakłada on, występuje w nim faza utajona (oczekiwanie na mówienie) oraz faza jawna (walka o płynność mowy). W czasie jękania utajonego występuje reakcja alarmowa (komponent stresu fizjologicznego) i mobilizacja (komponent stresu psychologicznego). Natomiast w czasie jękania jawnego występuje faza odporności (komponent stresu fizjologicznego) oraz faza destrukcji (komponent stresu psychologicznego). W fazie wyczerpania walką o płynność mówienia następuje jej poprawa.

Schwartz (1974) przedstawił model bloku krtaniowego w jękaniu w czasie stresu. W wyniku nadmiernego napięcia mięśni krtani następuje wzrost ciśnienia podgłośniowego wywołującego z kolei zespół zwany ADR. Obejmuje on: migotanie nozdrzy, otwieranie ust, wysuwanie języka, hiperwentylację, kołatanie serca, ból w klatce piersiowej, lęk, osłabienie, a nawet zaburzenia świadomości.

Choi (2014) przytacza wyniki badań, z których wynika, że 43% osób jękających się doznało stresu rodzinnego w wieku przedszkolnym z powodu rozwodu, zmiany domu, nadmiernej rywalizacji z rodzeństwem, trudnych warunków wychowania. Ponadto autor ten wskazał na występowanie zależności między predyspozycjami emocjonalnymi, natężeniem stresu a jękaniem.

### 3.5. Aparat mowy

Zgodnie z teoriami psychosomatycznymi (Tylka, 2000), narządem „końcowym” w przypadku jękania jest aparat mowy. O ile dysfunkcyjność układu oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnego została wykazana, to można jedynie przypuszczać, że prowadzi ona w przypadku jękania chronicznego do zmian morfologicznych w obrębie tego układu.

### 3.6. Środowisko

Jękanie powstaje najczęściej (90%) w wieku przedszkolnym i w tym okresie się rozwija (Tarkowski, Humeniuk, Dunaj, 2012). Zdaniem behawiorystów jest ono nawykowym zachowaniem słownym utrwalanym zgodnie z zasadami warunkowania klasycznego lub

instrumentalnego (Tarkowski, 2001). W tym procesie dużą rolę odgrywa modelowanie, akceptacja zaburzenia oraz niewłaściwe reakcje rodziców na nie płynność mówienia dziecka.

Jąkanie stanowi barierę komunikacyjną, o której rozmiarze decyduje rodzaj i natężenie objawów nie płynności mówienia, czas jej trwania, nasilenie współruchów, zrozumiałość wypowiedzi, przyzwyczajenie i nastawienie do osoby jękającej (Tarkowski, 2007).

Góral-Półrola (2016) wykazała, że wraz ze wzrostem wkładu komunikacyjnego osób jękających się zmniejsza się ich nie płynność mówienia, co jest prawdopodobnie spowodowane zmniejszeniem się napięcia między uczestnikami rozmowy oraz spadkiem kontroli słuchowej wypowiedzi. Autorka stwierdziła również, że wysoka samoocena jękania koreluje z uległym stylem komunikowania się.

Postawy wobec jękania są z reguły stereotypowe i trudne do zmiany (Tarkowski, 2007, 2009). Generalnie ludzie wolą się jękać niż stosować nienaturalnie techniki mówienia (np. śpiewoterapia czy przeciąganie głosek).

### 3.7. Splot czynników

Związki między czynnikami biopsychosocjalnymi wydają się oczywiste, ale były badane stosunkowo rzadko. Humeniuk (2012) zbadała 68 dorosłych z chronicznym jękaniem po to, aby określić ich temperament, wzór reagowania psychofizjologicznego, osobowość i profil kontroli emocjonalnej oraz przeanalizować relacje między tymi zmiennymi. Autorka stwierdziła, że badani charakteryzują się małą siłą procesu pobudzania, czego skutkiem jest wysoka reaktywność na bodźce sensoryczne i emocjonalne. W porównaniu z osobami nie jękającymi się mają mniejszą siłę procesu hamowania oraz ruchliwość procesów nerwowych. Mała siła procesu pobudzania i hamowania oraz słabo zaznaczona ruchliwość to cechy typu słabego układu nerwowego, źle przystosowanego do życia i łatwo ulegającego zaburzeniom. Reakcja elektrodermalna osób jękających miała wyższą amplitudę, krótszy czas latencji i większy

wzrost pola reakcji po bodźcu emocjonalnym. Fazowe zmiany częstotliwości tętna charakteryzowały się istotnym statystycznie wzrostem oraz wyższym niż w grupie kontrolnej poziomem zmienności. Po bodźcu emocjonalnym amplituda oddechu piersiowego malała, a przeponowego rosła, chociaż przed bodźcem ich poziom był podobny. Pod wpływem bodźca emotogennego u osób jękających się następowała redukcja oddechu piersiowego i przesunięcie go do przepony oraz spadek częstotliwość oddychania.

Najbardziej wyróżniającymi się cechami osobowości osób jękających się były: wysoka sumienność, ugodowość i neurotyzm. Ekstrawersja i otwartość na doświadczenie u osób jękających się znajdowały się na poziomie przeciętnym. Cechują się one dużą pobudliwością emocjonalną, mniejszą odpornością i kontrolą ekspresji. Wyniki tego badania potwierdziły założenie o istnieniu wrodzonych lub powstających we wczesnym dzieciństwie czynników biologicznych i psychicznych, predysponujących do rozwoju chronicznej postaci jękania (Humeniuk, 2012).

Na podstawie wyników badań 120 osób jękających oraz analizy literatury Góral-Półrola (2016) przedstawiła model jękania zakładający powiązanie czynników dystalnych (geny oraz środowisko), interakcyjnych (język i mowa), modelujących (emocje, reaktywność, kontrola) i behawioralnych (nie płynność mówienia, logofobia, współruchy, objawy wegetatywne). Na współdziałanie tych czynników wywiera wpływ stres komunikacyjny.

### Wnioski

1. Należy rozszerzyć kryteria podane w klasyfikacjach ICD-10 i DSM-5, które nie pozwalają rozróżnić nie płynności patologicznej od normalnej oraz zawężają obraz jękania.

2. Systemowe ujęcie jękania pozwala spojrzeć na nie jako na zaburzenie / chorobę psychosomatyczną. Jest ono syndromem biopsychosocjalnym, którego najważniejszymi elementami są nie płynność mówienia, wzmożone napięcie mięśniowe, logofobia i stres

komunikacyjny oraz relacje między tymi składnikami.

3. To, jak pojmuje się istotę jąkania, rzutuje na jego diagnozę i terapię. Psychosomatyczne jego ujęcie przenosi akcent z zaburzeń płynności mówienia na osobę jąkającą się i pozwala spojrzeć holistycznie na jej diagnozę i terapię (Orzechowska, Gałęcki, 2014).

4. Profilaktyka jąkania polega na niedopuszczeniu do przekształcenia się rozwojowej niepłynności mówienia w jąkanie wczesnodziecięce. W tym celu należy przede wszystkim dokonać diagnozy różnicowej tych zaburzeń oraz zadbać o to, aby nie pojawiła się świadomość zaburzeń płynności mówienia oraz logofobia (Tarkowski, Humeniuk, Dunaj, 2012).

5. Terapia jąkania w ujęciu psychosomatycznym polega na podejściu całościowym (holistycznym) oraz powiązaniu czynników:

- paralingwistycznych (usunięcie lub zmniejszenie niepłynności mówienia);
- biologicznych (obniżenie napięcia mięśniowego oraz poprawa koordynacji oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnej);
- psychologicznej (zmniejszenie logofobii, złości i poczucia wstydu);
- społecznych (zwiększenie gotowości do porozumiewania się oraz radzenie sobie ze stresem komunikacyjnym).

Trwała poprawa płynności mówienia nie jest możliwa bez wniknięcia w jej uwarunkowania biopsychosocjalne. Najlepsze rezultaty daje terapia kompleksowa stanowiąca połączenie treningu mowy oraz psychoterapii (relaksacja, desensybilizacja, psychodrama, trening antystresowy).

## Bibliografia

Aleksandrowicz J. (1988). *Nerwice. Psychopatologia i psychoterapia*. Warszawa: PZWL.

Ambrose N.G., Cox N.J., Yairi E. (1997). The genetic basis of persistence and recovery in stuttering. *J Speech Lang Hear Res.*, 40(3), 567–580.

Andrews G., Morris-Yates A., Howie P., Martin N.G. (1991). Genetic factors in stuttering confirmed. *Arch Gen Psychiatry*. 48(11), 1034–1035.

Basińska M.A. (2012). Psychologiczne czynniki oddziałujące na stan somatyczny – współczesne ujęcie zespołu psychosomatycznego. *Przebieg Lekarski*. 69(6), 260–264.

Beal D.S., Gracco V.L., Brettschneider J., Kroll R.M., De Nil L.F. (2013). A voxel-based morphometry (VBM) analysis of regional grey and white matter volume abnormalities within the speech production network of children who stutter. *Cortex*. 49(8), 2151–2161.

Bilikiewicz T. (1979). *Psychiatria kliniczna*. Warszawa: PZWL.

Choi D. (2014). *Emotional diathesis, emotional stress, and childhood stuttering*. Dissertation. Vanderbilt: Faculty of the Graduate School of Vanderbilt University.

Conture E., Walden T. (2012). Dual diathesis – stressor model of stuttering. O. Filatova (red.), *Theoretical Issues of Fluency Disorders*. Moskwa: National Book Center.

Crichton-Smith I. (2002). Communicating in the real world: accounts from people who stammer. *J Fluency Disord.*, 27(4): 333–352.

Daniels D.E., Gabel R.M. (2004). The impact of stuttering on identity construction. *Top Lang Disord.*, 24(3), 200–215.

Everly G.S., Rosenfeld R. (1992). *Stres. Przyczyny, terapia i autoterapia*. Warszawa: PWN.

Foundas A.L., Corey D.M., Angeles V., Bollich A.M., Crabtree-Hartman E., Heilman K.M. (2003). A typical cerebral laterality in adults with persistent developmental stuttering. *Neurology*. 61(10), 1378–1385.

Fowle G., Cooper E. (1978). Traits attributed to stuttering and nonstuttering children by their mothers. J Fluency syllable production: a PET performance-correlation analysis. *Brain*. 123(10), 1985–2004.

Ginsberg A.P. (2000). Shame, self-consciousness, and locus of control in people who stutter. *J Genet Psychol*. 161(4), 389–399.

Góral-Półrola J., Żychowska M., Ziółkowska A., Pąchalska M. (2015). Changes in genes expression associated with cell stress in chronic perseverative stuttering. *Acta Neuropsychologia*. 13(4), 417–424.

Góral-Półrola J. (2016). *Jąkanie. Analiza procesu komunikacji słownej*. Kraków: Impuls.

Howell P., Au-Yeung J. (2007). Phonetic complexity and stuttering in Spanish. *Clin Linguist Phon*. 21(2), 111–Disord., 3, 233–246.

Fox P.T., Ingham R.J., Ingham J.C., Zamarripa F., Xiong J.H., Lancaster J.L. (2000). Brain correlates of stuttering and syllable production



- A PET performance-correlation analysis. *Brain*. 123(10), 1985–2004.
- Howell P., Davis S., Williams S.M. (2006). Auditory abilities of speakers who persisted, or recovered, from stuttering. *J Fluency Disord.* 31(4), 257–270.
- Howie P.M. (1981). Concordance for stuttering in monozygotic and dizygotic twin pairs. *J Speech Hear Res.* 24(3): 317–321.
- Humeniuk E. (2012). *Biologiczne i psychiczne aspekty jąkania*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.
- Jäncke L., Hänggi J., Steinmetz H. (2004). Morphological brain differences between adult stutterers and non-stutterers. *BMC Neurol.* 10; 4(1), 23–30.
- Lincoln M., Onslow M., Menzies R. (1996). Beliefs about stuttering and anxiety: Research and clinical implication. *Australian Journal of Human Communication Disorders.* 24, 3–10.
- Lynch J. (2000). Język serca. *Mosty zamiast murów*. J. Stewart (red.), *O komunikowaniu się między ludźmi*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Mittrinowicz A. (1952). *Jąkanie. Przyczyny i leczenie*. Warszawa: PZWL.
- Mock J.R., Zadina J.N., Corey D.M., Cohen J.D., Lemen L.C., Foundas A.L. (2012). Atypical brain torque in boys with developmental stuttering. *Dev Neuropsychol.* 37(5), 434–452.
- Orzechowska A., Gałecki P. (2014). *Zaburzenia psychosomatyczne w ujęciu terapeutycznym*. Wrocław: Continuo.
- Pruszewicz A. (1992). Jąkanie. A. Pruszewicz (red.), *Foniatria kliniczna*. Warszawa: PZWL, ss. 255–261.
- Pużyński S. (1993). *Leksykon psychiatrii*. Warszawa: PZWL.
- Szewczyk L. (2003). Psychofizjologiczne mechanizmy i symptomatyka zaburzeń psychosomatycznych u dzieci i młodzieży. Szewczyk L., Skowrońska M. *Zaburzenia psychosomatyczne u dzieci i młodzieży. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo E.
- Schwartz M. (1974). The core of the stuttering block. *Journal of Speech and Hearing Disorders.* 39(2), 169–178.
- Tarkowski Z. (2001). *Jąkanie*. Warszawa: PWN.
- Tarkowski Z. (2007). *Psychosomatyka jąkania. Dlaczego osoby jąkające się mówią płynnie*. Lublin: Wydawnictwo Fundacji „Orator”.
- Tarkowski Z., Paprzycki P. (2009a). Reaction of the cardiovascular system during anticipation of speech and while speaking in stutterers and non – stutterers. *Journal of Pre-Clinical and Clinical Research*, 3(2), 118–121.
- Tarkowski Z. (2009). *Changes in the attitudes towards stuttering*. Pavel Mertvart
- Tarkowski Z., Humeniuk E., Dunaj J. (2012). *Stuttering in preschool age*. Olsztyn: Wydawnictwo UWM.
- Tylka J. (2000). *Psychosomatyka. Wybrane zagadnienia z teorii i praktyki*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Wyszyńskiego.
- Wolańczyk T., Bryńska A. (2003). Zaburzenia psychosomatyczne w psychiatrii dzieci i młodzieży. Szewczyk L., Skowrońska M. (red.), *Zaburzenia psychosomatyczne u dzieci i młodzieży. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo E.