

Diagnoza i terapia jąkania w wieku przedszkolnym

Diagnosis and therapy of stuttering in preschool age

ZBIGNIEW TARKOWSKI, EWA HUMENIUK, JOLANTA DUNAJ

Zakład Patologii i Rehabilitacji Mowy Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

W pracy przedstawiono przegląd badań dotyczących rozpoznania i terapii jąkania w wieku przedszkolnym. Początek zaburzeń przypada najczęściej na wiek przedszkolny, ale pierwsze objawy rejestrowane są między 2 a 3 rokiem życia. Podstawowym symptomem jąkania jest nie płynność mówienia. Diagnoza powinna być całościowa i uwzględniać splot czynników lingwistycznych (niepłynność mówienia) biologicznych (wzmoczone napięcie i współruchy), psychologicznych (lęk, świadomość), społecznych (odbiór niepłynności) i rozwojowych (zmiennosc i okresowosc niepłynności mówienia). Terapia jąkania w wieku przedszkolnym nadal budzi kontrowersje. Przeciwnicy wczesnej interwencji powołują się na zjawisko samoczynnego ustępowania niepłynności, zaś jej zwolennicy starają się nie dopuścić do przekształcenia się normalnej niepłynności w rzeczywiste jąkanie. W przypadku wystąpienia jąkania wczesnodziecięcego proponują terapię kompleksową (logoterapia, farmakoterapia i psychoterapia) lub wycinkową (głównie trening płynności mówienia). Brak jest wystarczających liczby badań dla oceny skuteczności tych podejść.

Słowa kluczowe: jąkanie, wiek przedszkolny, natura, diagnoza, terapia

This paper reviews results of research on diagnosis and therapy of stuttering among preschool children. In most instances, stuttering becomes evident at preschool age, while first symptoms are recorded when the child is between 2 and 3 years old. Speech disfluency is the main symptom of stuttering. The diagnosis of stuttering should be systemic and to take into account a combination of linguistic (speech disfluency), biological (increased tension and co-movements), psychological (apprehension, consciousness), social (reception of stuttering) and developmental (changeability and periodicity of speech disfluency) factors. Treatment of stuttering among preschool children is still controversial. Its opponents stress the phenomenon of disfluency abating automatically, while its supporters strive to prevent normal disfluency from turning into real stuttering. For early-childhood stuttering, they suggest a comprehensive (logotherapy, pharmacotherapy and psychotherapy) or fragmentary (mainly training of speech fluency) approach. Sufficient experimental data to enable assessment of those two approaches is not accessible.

Keywords: stuttering, preschool age, character, diagnosis, therapy

© Otolaryngologia 2010, 9(3): 112-116

www.mediton.pl/orl

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Ewa Humeniuk
ul. Kresowa 12 m 18, 20-215 Lublin
tel. 502-37-90-40; fax: 81 710138; humewa@wp.pl

Istota jąkania a jego diagnoza i terapia

Sposób pojmowania istoty jąkania rzutuje na jego diagnozę i terapię [1,2]. Jeżeli przyjmuje się, że jest ono jedynie patologiczną niepłynnością mówienia, to diagnoza skupia się na jej opisie, a terapia – na redukcji. Gdy zakłada się, że istotą jąkania jest nadmierne napięcie mięśni oddechowych, fonacyjnych lub artykulacyjnych, zakłócające ich koordynację podczas mówienia, to rozpoznanie zmierza do wyjaśnienia tej dyskoordynacji, natomiast leczenie ma na celu jej poprawę. Jeżeli uważa się, że jąkanie jest wynikiem niewłaściwych reakcji społecznych

i indywidualnych na normalną niepłynność mówienia, to diagnoza polega na ich określeniu, a terapia – na modyfikacji. Kiedy głosi się, że jąkanie jest nerwicą mowy, a jąkający się ma cechy neurotyka, to rozpoznanie polega na określeniu specyficznych cech osobowości, a leczenie – na psychoterapii. Jeżeli przyjmuje się, że istotą jąkania jest zaburzenie komunikacji interpersonalnej, to diagnoza polega na określeniu jej przebiegu, natomiast terapia – na modyfikacji. Gdyby przyjąć, że jąkanie ma cechy zaburzenia psychosomatycznego o strukturze składającej się z czynników lingwistycznych (np. niepłynność mówienia), biologicznych (np. nadmierne

napięcie mięśni aparatu mowy), psychologicznych (np. logofobia) i społecznych (np. izolowanie się), to ocena polega na opisie tych czynników oraz ustaleniu relacji między nimi, natomiast leczenie zmierza do zmiany tej konstrukcji.

Diagnoza jąkania wczesnodziecięcego

Początek jąkania przypada najczęściej (około 90% przypadków) na wiek przedszkolny, ale jego pierwsze objawy są rejestrowane już między 2 a 3 r.ż. [3]. W literaturze przedstawiono kilka modeli rozwoju jąkania wczesnodziecięcego (JW) [3-5]. Jego rozpoznanie może być trudne ze względu na zmienność (fazowość, okresowość) nie płynności mówienia, która pojawia się i znika, występuje w jednych sytuacjach, a nie obserwuje się jej w drugich. Ta niestałość dezorientuje obserwatorów (szczególnie rodziców), którzy najczęściej mają nadzieję, że jąkanie minie samo, bez potrzeby wczesnej diagnozy i terapii.

Niepłynność mówienia jest zjawiskiem uniwersalnym, niejednorodnym i skomplikowanym. Jej typologię przedstawili Tarkowski i Skorek [6]. Wyróżnili oni nie płynności:

1. normalną i patologiczną,
2. organiczną i czynnościową,
3. spastyczną i niespastyczną,
4. logofobiczną i nielogofobiczną.

W afazji występuje nie płynność organiczna, niespastyczna, nielogofobiczna. W dyzartrii pojawia się nie płynność organiczna, spastyczna i nielogofobiczna. W mowie beładnej obserwowana jest nie płynność organiczna, niespastyczna, nielogofobiczna. W jąkanii niezaawansowanym występuje nie płynność czynnościowa, spastyczna i nielogofobiczna. Natomiast w jąkanii zaawansowanym pojawia się nie płynność czynnościowa, spastyczna i logofobiczna. Z kolei zwykła (normalna, dopuszczalna) nie płynność mówienia jest niespastyczna i nielogofobiczna. Różnicowanie typów nie płynności mówienia ułatwia rozpoznanie zaburzeń mowy.

Tradycyjna diagnoza JW jest w zasadzie skupiona na analizie objawów nie płynności mówienia. Zmierza ona do rozpoznania jej charakterystycznych typów oraz ustalenia ich frekwencji i lokalizacji. Za typowe dla JW uznaje się:

1. powtarzanie głoski (m-m-mama) lub sylaby (ma-ma-mama)
2. przeciąganie głoski (mmmmama)
3. blokowanie wypowiedzi (...mama)
4. rozerwanie słowa (ma {...} ma).

Natomiast charakterystyczne dla normalnej nie płynności mówienia (NNM) jest:

1. powtarzanie słów wielosylabowych (mama – mama poszła) lub fraz (mama poszła – mama poszła),
2. embolofazje (eee, yyy)
3. rewizje (mama poszedł...szła).

JW i NNM różnią się jedynie proporcją objawów. Ambrose i Yairi [7] ustalili, że stosunek symptomów typowych dla JW do symptomów charakterystycznych dla NNM wynosi 66% wobec 24% u dzieci jąkających się (DJ) oraz 24% wobec 76% u dzieci niejąkających się (DNJ). W wieku przedszkolnym proporcje te nie zmieniają się istotnie. Różnice między objawami nie płynności towarzyszącej JW i NNM mają więc charakter bardziej ilościowy niż jakościowy.

Niepłynność mówienia pogłębia się nieznacznie wraz z natężeniem JW [7]. Powtarzanie głosek i sylab stanowi 45% objawów w jąkanii lekkim, 50% w umiarkowanym, a 55% w głębokim. Natomiast odsetek bloków i przeciągnięć głosek wynosi 14% w jąkanii lekkim, 17% w umiarkowanym i 18% w głębokim. Częstość występowania typów objawów nie płynności ma większe znaczenie diagnostyczne niż jej długość i czas trwania. Wiek i płeć nie mają istotnego wpływu na przebieg JW. Zauważono [7] jednak, że około 4 r.ż. frekwencja powtarzania, blokowania i przeciągania głosek spada nieznacznie w JW, a znacznie w NNM.

Od dawna trwa spór o to, jaka częstość występowania objawów nie płynnego mówienia uzasadnia rozpoznanie JW. Jedni autorzy mówią o frekwencji 2%, a inni o 5% [8]. Ostatecznie za wystarczający uznaje się wskaźnik 3% określony na podstawie stosunku liczby symptomów nie płynności do liczby sylab wypowiedzi, pomnożonego przez 100. Nie sprecyzowano jednak, jaka jest wymagana objętość ocenianego tekstu. Niektórzy diagnostycy zadawali ją się wypowiedzią liczącą 100 słów, inni zwiększają jej długość do 500 wyrazów. Panuje zgodna opinia, że lepiej jest poddawać ocenie dialogi niż monologi, gdyż nie płynność ujawnia się przede wszystkim w konwersacji.

Objawy nie płynności mówienia mogą wystąpić w każdym odcinku wypowiedzi, ale najbardziej zauważalne są na jej początku. Bardziej jest to widoczne w NNM niż JW. Trudno jednak znaleźć badania potwierdzające tę prawidłowość.

Na podstawie przeglądu badań Einardottir i Ingham [8] wykazali, że diagnoza JW jedynie na podstawie oceny nie płynności mówienia jest dość problematyczna. Niepłynność należy traktować jako symptom, a skoncentrowaną na niej diagnozę jako objawową. Rozpoznanie JW powinno być głębsze i sięgać do jego przyczyn, które są ukryte w splocie czynników biologicznych, psychologicznych i spo-

łecznych. Nie wystarczy jedynie stwierdzenie występowania nie płynności, ale należy także wskazać jej ewentualne podłoże biologiczne, co postulują Pruszczyk i Obrębowski [9,10] oraz Baker i Blackwell [11]. Badania elektromiograficzne [3] potwierdzają występowanie u małych dzieci jękających się wzmożonego napięcia mięśni w czasie mówienia, któremu często towarzyszą współruchy, tiki, tremor (drżenie języka lub warg), grymasy twarzy, szarpanie szczęki, sapanie oraz oznaki wysiłku i zmaganie się.

Dotychczasowe badania nad temperamentem DJ w wieku przedszkolnym dały sprzeczne wyniki. Wakaba [12] stwierdził u 33% tych dzieci temperament trudny, zaś Lewis [13] wykazał u 86% temperament łatwy. Anderson [14] użył Kwestionariusza Stylu Zachowania i za jego pomocą wykazał, że w porównaniu z DNJ, DJ wolniej przystosowują się do nowości, są mniej regularne w zakresie pór snu i karmienia oraz nadmiernie czujne w czasie wykonywania zadań. Zmodyfikowaną wersję tego kwestionariusza wykorzystali Karrass i wsp. [15], którzy stwierdzili, że DJ są bardziej reaktywne i mają mniejszą kontrolę emocjonalną niż DNJ. Z kolei Schwenk i wsp. [16] wykazali eksperymentalnie, że DJ są bardziej zdekoncentrowane niż DNJ. Paul [17] zaś wysunął hipotezę, że trudny temperament może stanowić przyczynę opóźnionego rozwoju mowy oraz nie płynności mówienia.

Powstaje jednak zasadnicze pytanie, skąd bierze się wzmożone napięcie mięśniowe towarzyszące nie płynności mówienia. Psychoanalicy [2] sugerują, że jest ono wynikiem stłumionych emocji (głównie złości) i frustracji (w formie regresji). Bloodstein [4] uznał pojawienie się logofobii około 4-5 r.ż za kluczowy moment w rozwoju JW. W tym czasie dochodzi często do uświadomienia jękania. Warunkiem tego jest odpowiedni poziom świadomości językowej (metajęzyka) dziecka, która pojawia się w wieku przedszkolnym. Trwa dyskusja, czy może

pojawić się logofobia bez świadomości jękania, czy z kolei musi ona wywołać strach przed mówieniem, stanowiący rodzaj lęku socjalnego [2].

Dla rozpoznania jękania wczesnodziecięcego istotny jest jego społeczny odbiór. Klasyczna teoria Johnsona [18] głosi, że rodzice mylnie odczytują normalną nie płynność mówienia jako JW i utrwala ją je poprzez niewłaściwe reakcje (np. poprawianie). Późniejsze badania wykazały, że mają oni na ogół pozytywne postawy wobec małych dzieci mówiących nie płynnie [6]. Tym niemniej opinia rodziców o istocie nie płynności ma równie ważne znaczenie, gdyż to oni stawiają pierwszą, wprawdzie nieprofesjonalną diagnozę. Jest ona przeważnie trafna w zakresie rozpoznania nie płynności typowej dla jękania, co wykazała Einarsdottir [19]. Zgodność oceny profesjonalistów, rodziców i nauczycieli przedszkola stanowi ważne kryterium diagnozy JW.

Podstawowe znaczenie ma rozpoznanie różnicowania JW i NNM w oparciu o kryteria zawarte w tabeli I.

Aby odróżnić JW i NNM stworzono wiele protokołów pomiaru, które odzwierciedlają trudności związane z takim rozróżnieniem [8]. Podobne wątpliwości budzą różne techniki służące do oceny natężenia JW. Najpopularniejsza spośród nich to „Skala Intensywności Jękania dla Dzieci” opracowana przez Riley [za 3]. Składa się ona z trzech podskal:

- A. Częstotliwość występowania objawów nie płynnego mówienia
- B. Czas trwania odcinków nie płynności mówienia
- C. Współruchy

Na podstawie wyniku ogólnego rozpoznaje się jękanie bardzo łagodne, łagodne, umiarkowane, ciężkie i bardzo ciężkie.

Tabela I. Diagnoza różnicowa jękania wczesnodziecięcego (JW) i normalnej nie płynności mówienia (NNM)

	Kryterium	JW	NNM
Lingwistyczne	Dominujące objawy	powtarzanie głosek i sylab, przeciąganie głosek, blokowanie	powtarzanie słów i fraz, embolofazje, rewizje
	Częstość objawów	powyżej 3%	poniżej 3%
	Lokalizacja objawów	w dowolnym miejscu wypowiedzi	przeważnie na jej początku
Biologiczne	Wzmożone napięcie	występuje	nie występuje
	Współruchy	występują	nie występują
Psychologiczne	Logofobia	pojawia się	nie występuje
	Świadomość jękania	pojawia się	nie występuje
Społeczne	Odbiór wypowiedzi	jękanie	nie jękanie
Rozwojowe	Czas trwania nie płynności	co najmniej pół roku	kilka miesięcy
	Okresy nie płynności	wydłużają się	skracają się

Trafność rozpoznania JW była badana kilkakrotnie. Cordes [za 19] wykazał, że 58% próbek wypowiedzi uznanych przez międzynarodowe autorytety za wolne od jąkania zostały później ocenione jako zawierające co najmniej jedną typową nie płynność mówienia. Bothe [20] stwierdziła, że zgodność doświadczonych patologów mowy w zakresie rozpoznania JW wahała się od 39 do 89% w zależności od przyjętej definicji i metody badania.

Terapia jąkania wczesnodziecięcego

Terapia JW budzi kontrowersje [21-23]. W zasadzie można wyróżnić dwa skrajne stanowiska:

1. JW ustępuje samoczynnie, a wszelka interwencja jest zbędna.
2. Mija NNM, a rzeczywiste JW należy wczesnie leczyć, aby nie utrwaliło się.

Przeciwnicy wczesnej interwencji powołują się na badania potwierdzające zjawisko samoistnego mijania JW. Yairi i Ambrose [24] na podstawie 4-letniego studium podłużnego 84 dzieci jąkających się w wieku przedszkolnym stwierdzili, że 74% badanych wyzdrowiało bez jakiegokolwiek interwencji terapeutycznej. Problem jednak w tym, że nie udało się wyjaśnić przyczyn tego zjawiska i zawsze istnieje obawa, że w konkretnym przypadku jąkanie okaże się uporczywe.

Zwolennicy wczesnej interwencji postulują diagnozę różnicową JW i NNM i w zależności od jej wyniku proponują:

1. Profilaktykę mającej na celu niedopuszczenie do przekształcenia się NNM w JW.
2. Terapię rzeczywistego JW po to, aby zapobiec rozwojowi przewlekłej postaci jąkania.

Stosowane metody terapeutyczne można podzielić na: bezpośrednie (różne formy treningu płynnego mówienia), pośrednie (farmakoterapia, ziołolecznictwo, psychoterapia), programy stymulacyjno-terapeutyczne (Van Riper, Costello, Lidcombe, Wygotskiej, Lechty, Tarkowskiego i innych).

Dyskusja między zwolennikami i przeciwnikami wczesnej interwencji terapeutycznej ma niestety

słabe podstawy empiryczne. Z przeglądu 162 artykułów [25] powstałych w latach 1970-2005, a dotyczących terapii jąkania jasno wynika, że skuteczność leczenia JW była rzadko weryfikowana. Tym niemniej przedstawione wyniki badań dowodzą, że terapia jąkania jest bardziej efektywna w wieku przedszkolnym niż późniejszym.

W ostatnich latach w krajach anglosaskich wdrażany jest australijski Lidcombe Program (LP) przeznaczony dla małych dzieci jąkających się [26]. Stanowi w zasadzie połączenia metody poprawiania płynności mówienia z kształceniem rodziców, którym wyznacza się rolę aktywnych współpracowników. Zajęcia są prowadzone raz w tygodniu w poradni zaburzeń mowy, a codziennie – w domu, czasem z udziałem terapeuty mowy. Efektywność LP była kilkakrotnie potwierdzana empirycznie [27,28,29].

Podsumowanie

Ten z konieczności ograniczony przegląd badań nad diagnozą i terapią jąkania w wieku przedszkolnym dowodzi, że powstał swoisty impas. Badania skoncentrowane są na ocenie nie płynności mówienia, która jest jedynie objawem jąkania. Dostrzega się wprawdzie rolę czynników społecznych, ale marginalizuje znaczenie czynników biologicznych (napięcie mięśniowe, współruchy, dyskoordynacja, asymetria mózgowa, dziedziczność) i psychologicznych (emocje negatywne, stres, frustracja, konflikty wewnętrzne). Zupełnie pomijane jest podstawowe znaczenie zmienności nie płynności mówienia, stanowiącej istotę JW. Jego kompleksowa diagnoza i terapia jest nadal jedynie postulatem. Rzadko bowiem prowadzone jest rozpoznanie interdyscyplinarne z udziałem lekarza, psychologa i patologa mowy. Terapia JW jest przeważnie skupiona na redukcji nie płynności mówienia, która bywa wspomagana farmakoterapią lub psychoterapią. Jej skuteczność jest problematyczna.

Artykuł powstał w ramach projektu badawczego KBN nr N106175037

Piśmiennictwo

1. Pruszewicz A. Jąkanie. (w) Foniatria kliniczna. Pruszewicz A (red.). PZWL, Warszawa 1992: 255-61.
2. Tarkowski Z. Psychosomatyka jąkania. Dlaczego osoby jąkające się mówią płynnie. Wyd. Fund. "Orator", Lublin 2007.
3. Tarkowski Z. Jąkanie wczesnodziecięce. WSiP, Warszawa 1992.
4. Bloodstein O. The development of stuttering. II. Developmental phases. J Speech Lang Hear Res 1960; 26: 219-37.
5. Van Riper Ch. The nature of stuttering. Englewood Cliffs, New Jersey 1971.
6. Tarkowski Z, Skorek E. Research on stuttering in pre-school and school children. Uniwersytet Zielonogórski, Zielona Góra 2009.
7. Ambrose N, Yairi E. Normative disfluency data for early childhood stuttering. J Speech Lang Hear Res 1999; 42: 296-302.

8. Einarsdottir J, Ingham R. Have disfluency – type measures contributed the understating and treatment of developmental stuttering. *Am J Speech Lang Pathol* 2005; 14: 260-73.
9. Pruszewicz A, Obrębowski A. Aspetti diagnostici della balbuzie. (w) *Foniatria e Logopedia oggi*. Schindler O (red.). Edizioni Omega, Torino 1985: 191-7.
10. Pruszewicz A, Obrębowski A, Ruszkowska J, Sikor-Siwek J. Wyniki niektórych badań biochemicznych, spirometrycznych i gazometrycznych w jąkanii. *Otolaryngol Pol* 1978; 32: 331-8.
11. Baker BM, Blackwell PB. Identification and remediation of pediatric fluency and voice disorders. *J Pediatr Health Care* 2004; 18: 87-94.
12. Wakaba Y. Research on temperament of children who stutter with early onset. (w) *Stuttering. Proceedings of the second world congress on fluency disorders*. Healey EC, Peters HFM (red.). Nijmegen University Press, Nijmegen 1998.
13. Lewis KE, Goldberg LL. Measurements of temperament in the identification of children who stutter. *Eur J Disord Commun* 1997; 32: 441-8.
14. Anderson J, Pellowski M, Conture E, Kelly E. Temperamental Characteristics of Young Children Who Stutter. *J Speech Lang Hear Res* 2003; 46: 1221-33.
15. Karrass J, Walden TA, Conture EG, Graham CG, Arnold HS, Hartfield KN, Schwenk KA. Relation of emotional reactivity and regulation to childhood stuttering. *J Commun Disord* 2006; 39: 402-23.
16. Schwenk KA, Conture EG, Walden TA. Reaction to background stimulation of preschool children who do and do not stutter. *J Commun Disord* 2007; 40: 129-41.
17. Paul R, Kellogg L. Temperament and late talkers. *J Child Psychol Psychiatry* 1997; 38: 803-11.
18. Johnson W. *The onset of stuttering*. Minneapolis: University of Minnesota press, 1959.
19. Einarsdottir J. *The identification and measurement of stuttering in preschool children*. University of Iceland, Reykjavik 2009.
20. Bothe AK. Identification of children`s stuttered and nonstuttered speech by highly experienced judges: binary judgments and comparisons with disfluency – types definitions. *J Speech Lang Hear Res* 2008; 51: 867-78.
21. Gregory HH. Prevention of stuttering: management of early stages. (w) *Nature and treatment of stuttering*. Curlee R, Perkins W (red.). College Hill Press, San Diego 1984: 112-28.
22. Curlee R, Yairi E. Early intervention with early childhood stuttering. A critical examination of the date. *Am J Speech Lang Pathol* 1997; 6: 8-18.
23. Curlee R, Yairi E. Treatment of early childhood stuttering. Advances and research needs. *Am J Speech Lang Pathol* 1998; 7: 20-6.
24. Yairi E, Ambrose N. Early childhood stuttering I: Persistency and recovery rates. *J Speech Lang Hear Res* 1999; 42: 1097-112.
25. Bothe A, Davidov J, Bramlett R, Ingham R. Stuttering treatment research 1970-2005 I. systematic review incorporating trial quality assessment of behavioral, cognitive, and Related approaches. *Am J Speech Lang Pathol* 2006; 15: 321-41.
26. Onslow M, Packman A, Harrison E. *The Lidcombe Program of early stuttering intervention: A Clinicians guide*. Austin, TX: Pro-Ed, 2003.
27. Wilson L, Onslow M, Lincoln M. Telehealth adaptation of the Lidcombe Program of early stuttering intervention: five case studies. *Am J Speech Lang Pathol* 2004; 13: 81-93.
28. Franken M, Boelens H. Experimental treatment of early stuttering: a preliminary study. *J Fluency Disord* 2005; 30: 189-99.
29. Jones M, Onslow M, Packman A. Extended follow-up a randomized controlled trial of the Lidcombe Program of early stuttering intervention. *Int J Lang Commun Disord* 2008; 43: 649-61.