



**You have downloaded a document from
RE-BUŚ
repository of the University of Silesia in Katowice**

Title: Wczesna interwencja w jąkanii na świecie w świetle wyników międzynarodowego sondażu diagnostycznego

Author: Aleksandra Boroń, Katarzyna Węsierska, Joseph Agius

Citation style: Boroń Aleksandra, Węsierska Katarzyna, Agius Joseph. (2020). Wczesna interwencja w jąkanii na świecie w świetle wyników międzynarodowego sondażu diagnostycznego. W: K. Węsierska, M. Witkowski (red.), "Zaburzenia płynności mowy : teoria i praktyka. T. 2" (S. 133-149). Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego



Uznanie autorstwa - Na tych samych warunkach - Licencja ta pozwala na kopiowanie, zmienianie, rozprowadzanie, przedstawianie i wykonywanie utworu tak długo, jak tylko na utwory zależne będzie udzielana taka sama licencja.

Wczesna interwencja w jąkanii na świecie w świetle wyników międzynarodowego sondażu diagnostycznego¹

Early intervention for stuttering children around the world. Results of an international survey

Wprowadzenie

Jąkanie jest kompleksowym zaburzeniem komunikacji językowej, które zwykle zaczyna się w okresie wczesnego dzieciństwa (Yairi, Seery, 2011). Najczęstsze przypadki wystąpienia pierwszych objawów jąkania mają miejsce u dzieci pomiędzy 2. a 5. rokiem życia, większość (75–90%) zaczyna się jąkać przed 6. rokiem życia. Przyjmuje się, że częstotliwość występowania jąkania w populacji (ang. *prevalence*) wynosi około 1%, jednakże odsetek osób, które kiedykolwiek w swoim życiu doświadczyły jąkania (ang. *incidence*), jest wyższy i wynosi około 4–5% (Bloodstein, Bernstein Ratner, 2008). Ta różnica pomiędzy zaistnieniem jąkania w jakimś momencie życia człowieka (zazwyczaj w okresie wczesnego dzieciństwa) a utrzymaniem się jego objawów do dorosłości wiąże się ze zjawiskiem naturalnego, samoistnego ustępowania objawów jąkania (ang. *natural, spontaneous recovery*). Dotyczy to najczęściej małych dzieci i szacuje się, że u około 80% dzieci, które zaczęły się jąkać, objawy wycofają się całkowicie. Całkowite ustąpienie objawów jąkania można stwierdzić wówczas, gdy zarówno rodzice, jak i logopeda są zgodni, że dziecko nie prezentuje objawów jąkania, ocena ich ciężkości w 9-stopniowej skali (0–9) jest niższa niż 1, a w 100-sylabowej próbkę wypowiedzi dziecka nie płynności mowy typowe dla jąkania (ang. *stuttering-like disfluencies, SLD*) wynoszą mniej niż 3 i brak objawów jąkania utrzymuje się przez co najmniej 12 miesięcy. O stabilnym, całkowitym

¹ Wyniki tego projektu badawczego zostały zaprezentowane podczas The International Fluency Association World Congress (Hiroshima; Japonia, lipiec 2018) oraz podczas III edycji Międzynarodowej Konferencji Logopedycznej „Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka” (Uniwersytet Śląski w Katowicach, sierpień 2018). Wyniki badań, w formie skróconej, zostały również opublikowane w artykule *Opieka logopedyczna nad dzieckiem jękającym się na świecie*, który ukazał się w roku 2018 w 26 numerze „Forum Logopedy”.

ustąpieniu objawów jąkania świadczy występowanie opisanych powyżej warunków przez okres 4 lat (Yairi, Seery, 2011). Badania wskazują, że największa liczba przypadków samoistnego ustępowania objawów jąkania ma miejsce w ciągu pierwszych 3 lat od momentu ich wystąpienia (Yairi, Ambrose, 2005). Yairi wraz z zespołem w badaniach ustalili pewne czynniki wskazujące, które dzieci mają większe szanse na ustąpienie objawów jąkania. Są to: wczesny moment wystąpienia pierwszych objawów – początek jąkania przed 3. rokiem życia, płeć żeńska, historia ustępowania objawów jąkania w dzieciństwie u członków rodziny (Yairi i in., 1996). Co więcej, badania wskazują, że ciężkość i nasilenie objawów w momencie ich pierwszego wystąpienia nie są czynnikiem prognostycznym, jednakże współwystępowanie w tym okresie innych problemów rozwojowych, zwłaszcza związanych z rozwojem mowy i języka, rokuje mniej pozytywnie (Blood i in., 2003; Yairi, Ambrose, 2005). W związku z wysokim odsetkiem samoistnego ustępowania objawów jąkania w pierwszych 3 latach obecności tego zjawiska w mowie dzieci pojawiają się kontrowersje, czy konieczna jest natychmiastowa interwencja w momencie pierwszego wystąpienia objawów jąkania (Curlee, Yairi, 1997). Zwolennicy możliwie jak najwcześniejszej interwencji są zdania, że rodzice dzieci jąkających się powinni otrzymać wsparcie możliwie jak najszybciej od momentu wystąpienia pierwszych objawów niepełności. Ryzyko nasilania się objawów w miarę upływu czasu, o ile nie towarzyszą im odpowiednie działania profilaktyczno-terapeutyczne, założenie o wysokiej skuteczności tych oddziaływań i braku negatywnych skutków ubocznych, są przytaczane jako argumenty popierające wczesną interwencję (Gottwald, Starkweather, 1999; Starkweather, 1997). Z kolei najważniejszym argumentem używanym przez stronę przeciwną – zwolenników monitorowania dziecka przez okres 6 miesięcy, 1 roku, a nawet dłużej – są doniesienia o wysokim odsetku samoistnego ustępowania objawów w ciągu pierwszych 2 lat ich obecności w mowie dziecka (Curlee, Yairi, 1997). Co więcej, zwolennicy tej tezy przekonują, że samoistne ustępowanie objawów może być silnie uwarunkowane genetycznie (Ambrose, Cox, Yairi, 1997). Tym niemniej coraz większa liczba badań nad genezą i rozwojem jąkania, w tym badań longitudinalnych, zdaje się potwierdzać tezę o konieczności podejmowania działań z zakresu wczesnej interwencji, jak na przykład wczesnej identyfikacji osób z grupy ryzyka na podstawie wywiadu (np. analizy historii jąkania w rodzinie) połączonego z dokonywaniem pomiarów objawów behawioralnych (ciężkości objawów jąkania w mowie i ich częstości występowania w próbie wypowiedzi) oraz identyfikacji potencjalnie niekorzystnych emocji lub postaw wobec własnej mowy (Ambrose, Yairi, 1994; Vanryckeghem, Brutten, 1997; Yaruss, 1997). Współcześnie upowszechnia się stanowisko, że stosowanie odpowiednio dobranych typów wczesnej interwencji w jąkanii może być głównym czynnikiem umożliwiającym zapobieganie utrwaleniu się problemu na całe życie (Guitar, Conture, 2001; 2013). Wczesna interwencja obejmuje zarówno poradnictwo dla rodziców, jak i pośrednie lub bezpośrednie oddziaływania terapeutyczne lub kombinację obu podejść (Ambrose, 2006; Bernstein Ratner, Guitar, 2006; Guitar, McCauley, 2010). Badania nad skutecznością terapii

wczesnego jąkania za pomocą interwencji bezpośredniej i pośredniej wskazują, że po 18 miesiącach obserwacji kliniczne wyniki oddziaływania bezpośredniego i pośredniego były porównywalne – oba rodzaje terapii zmniejszyły nasilenie jąkania (de Sonnevill-Koedoot i in., 2015). Ważne wydaje się zwrócenie uwagi na wyzwania stojące przed specjalistami zaburzeń płynności mowy wspierającymi małe dziecko z jąkaniem i jego rodzinę. W ostatnich latach podkreśla się potrzebę indywidualizacji terapii i umożliwienia logopedom skoncentrowania się na odpowiedniej relacji terapeutycznej z obojgiem rodziców i dzieckiem (Mielewska, Węsierska, 2013; Millard, Cook, 2010; Millard i in., 2008; 2009; Węsierska, Boroń, 2018). Z uwagi na różne reakcje na niepłynność mówienia w otoczeniu dziecka i ich wpływ na dziecko oraz radzenie sobie ze stresem pojawiającym się u rodziców znaczenia nabiera edukowanie różnych grup specjalistów (nauczycieli, lekarzy, średniego personelu medycznego) z zakresu wczesnej interwencji (Chęć, 2012; Humeniuk, Tarkowski, 2016; Tarkowski i in., 2011; Vanryckeghem, Brutten, 2015; Węsierska i in., 2013). Założenia praktyki logopedycznej opartej na dowodach (ang. *evidence-based practice*, EBP) wyraźnie akcentują znaczenie stałego pogłębiania wiedzy na temat wyników rzetelnych badań naukowych, stałego doskonalenia profesjonalnego warsztatu logopedycznego oraz uwzględniania w interwencji indywidualnych potrzeb klientów/pacjentów (Langdon i in., 2015; Vanryckeghem, 2018; Woźniak, 2015). Wyniki międzynarodowych badań pokazują, że stan interwencji logopedycznej w jąkaniu różni się znacznie w zależności od kraju (Fibiger i in., 2006, 2008).

Celem prezentowanego badania było dokonanie rozpoznania, w jakich warunkach i na jakich zasadach wdrażana jest wczesna interwencja w jąkaniu na świecie. W badaniu starano się ponadto ustalić, w jakim wieku dzieci z niepłynnością mowy uzyskują zwykle dostęp do pomocy logopedycznej oraz jakie formy pomocy ta przyjmuje w poszczególnych krajach. W tym celu sondowano opinie logopedów specjalizujących się w terapii jąkania.

Metoda badawcza

W opisywanym badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego pozwalającą na „[...] gromadzenie wiedzy o przedmiotach strukturalnych i funkcjonalnych oraz dynamice zjawisk społecznych, opiniach, poglądach wybranych zbiorowości, nasilaniu się i kierunkach rozwoju określonych zjawisk [...]” (Pilch, 1977: 126). Technika stosowaną w tego typu badaniach jest wykorzystanie ankiety. Polska grupa zespołu badawczego przygotowała ankietę w formie elektronicznej składającą się z 4 otwartych pytań. Pytania ankietowe zostały tak opracowane, aby dostarczyć podstawowej wiedzy pozwalającej na dokonanie opisu i analizy porównawczej problemu wczesnej interwencji w jąkaniu w różnych krajach. Pytania dotyczyły: a) rodzaju instytucji świadczących usługi w zakresie wczesnej interwencji, b) wieku, w jakim najczęściej jąkające się dzieci w poszczególnych krajach korzystają z inter-

wencji logopedycznej po raz pierwszy oraz typowych dla danego kraju form profesjonalnego wsparcia, c) rodzaju najczęściej stosowanych w danym kraju metod terapeutycznych, d) opisu specyfiki wczesnej interwencji w jąkanii w danym kraju. Ankieta została wysłana do specjalistów zaburzeń płynności mowy w różnych krajach na całym świecie za pośrednictwem poczty elektronicznej. Zgodę na udział w tym sondażu diagnostycznym poprzez odesłanie wypełnionej ankiety wyraziło 29 spośród 41 zaproszonych osób/zespołów.

Grupę respondentów stanowili specjaliści w dziedzinie terapii zaburzeń płynności mowy, naukowcy, wykładowcy akademicy, logopedzi praktycy, absolwenci Europejskiej Klinicznej Specjalizacji Zaburzeń Płynności Mowy (European Clinical Specialization in Fluency Disorders), certyfikowani specjaliści w dziedzinie zaburzeń płynności mowy (Board Certified Fluency Specialists), niektórzy z nich legitymowali się również specjalizacją w dziedzinie pedagogiki czy neuropsychologii. Najczęściej reprezentowali oni uniwersyteckie wydziały logopedii/zaburzeń mowy i języka, audiologii, rehabilitacji i medycyny lub edukacji, a także rządowe departamenty zdrowia, centra terapii logopedycznej (w tym prywatne) specjalizujące się w udzielaniu pomocy osobom z jąkanii oraz prywatne gabinety logopedyczne. W kilku przypadkach ankiety zostały wypełnione przez członków zespołu terapeutów z danego ośrodka, w zdecydowanej większości jednak ankiety były wypełniane indywidualnie przez jednego specjalistę z danego kraju. W sumie ankietę wypełniło 35 osób, w tym 28 kobiet i 7 mężczyzn z 29 krajów świata. Dzięki ich zaangażowaniu udało się zebrać informacje na temat stanu opieki logopedycznej nad małym dzieckiem z jąkanii w Europie (Belgia, Cypr, Czechy, Francja, Grecja, Hiszpania, Holandia, Islandia, Malta, Norwegia, Polska, Portugalia, Słowacja, Słowenia, Szwecja, Wielka Brytania oraz Włochy), na Bliskim Wschodzie (Izrael, Liban, Turcja), w Afryce (Nigeria), Azji (Rosja, Sri Lanka, Tajwan), Australii, Ameryce Północnej (Kanada, Meksyk, USA) i Południowej (Argentyna).

Wyniki

Pierwsze z pytań zamieszczonych w ankiecie badawczej dotyczyło placówek, w których rodzice/opiekunowie małego dziecka z jąkanii mogą otrzymać fachową pomoc w danym kraju. Rozszerzenie pytania dotyczyło szczegółowego wyjaśnienia, jakie instytucje (np. kliniki uniwersyteckie, prywatne praktyki, ośrodki publiczne) zapewniają poradnictwo, diagnozę i/lub terapię jąkania u małych dzieci, oraz podania informacji o rodzaju specjalizacji, którą legitymują się terapeuci udzielający wsparcia dzieciom z jąkanii i ich rodzinom (terapeuci mowy, psychologowie, inni). Zapytano również o możliwości refundacji różnych form wsparcia terapeutycznego w jąkanii wczesnodziecięcym. W tabeli nr 1 zaprezentowano szczegółowe dane z poszczególnych krajów.

Tabela 1. Wczesna interwencja w jękananiu na świecie – specjaliści, instytucje i możliwości refundacji

Kraj	Specjalista udzielający wsparcia	Typ placówki, w której można uzyskać wsparcie	Możliwości refundacji
1	2	3	4
Argentyna	Logopeda	Prywatne praktyki, publiczne i prywatne kliniki i szpitale, stowarzyszenia dla osób z jękananiem	Całkowita w publicznych szpitalach, częściowa w pozostałych placówkach
Australia	Logopeda	Ośrodki opieki dla matek i dzieci (0–3,5 lat), przedszkola, lekarze rodzinni, psycholodzy. Diagnoza i terapia: prywatne gabinety, kliniki uniwersyteckie, ośrodki zdrowia	Częściowa
Belgia	Logopeda ogólny, logopeda specjalizujący się w zaburzeniach płynności mowy	Prywatne praktyki lub kliniki oraz kliniki uniwersyteckie	Refundacja przez okres 2 lat, możliwa też w razie nawrotu objawów
Cypr	Logopeda	Placówki medyczne i oświatowe	Brak lub częściowa
Czechy	Logopeda kliniczny	Szpitale lub prywatne gabinety, placówki oświatowe	Częściowa lub całkowita, ale wyłącznie w ramach usług sektora publicznego
Francja	Logopeda	Najczęściej prywatne gabinety	Pełna, z wyłączeniem telepractice
Grecja	Logopeda lub inny specjalista	Ośrodki państwowe i prywatne, fundacje, terapia domowa	Częściowa lub całkowita, ale wyłącznie w ramach usług sektora publicznego
Hiszpania	Nauczyciel, nieliczni specjaliści zaburzeń płynności mowy	Prywatne gabinety, szkoły	Dotyczy wyłącznie usług sektora publicznego
Holandia	Logopeda lub specjalista zaburzeń płynności mowy	Najczęściej prywatne gabinety	Pełna, z wyłączeniem terapii grupowej
Islandia	Niewielu specjalistów zaburzeń płynności mowy	Kliniki prywatne, państwowy instytut, telepractice	Pełna
Izrael	Najczęściej logopeda	Kliniki uniwersyteckie, szpitale, centra publiczne, gabinety prywatne	Częściowa w sektorze prywatnym lub całkowita w sektorze publicznym

1	2	3	4
Kanada	Licencjonowany logopeda oraz psycholog	Przedszkola, szkoły, publiczne kliniki, szpitale, prywatne praktyki, instytucje non-profit, kliniki uniwersyteckie i specjalistyczne	Częściowa w sektorze prywatnym lub całkowita w sektorze publicznym
Liban	Psycholog, logopeda; niewielu specjalistów zaburzeń płynności mowy	Kliniki uniwersyteckie, oddziały szpitalne, gabinety prywatne	Brak
Malta	Logopeda	Centra medyczne, szpitale, przychodnie rejonowe, prywatne kliniki	Częściowa w sektorze prywatnym lub całkowita w sektorze publicznym
Meksyk	Logopeda, foniatra	Szpitale publiczne, rzadziej prywatne	Refundacja w ramach sektora publicznego, bardzo rzadko prywatnego
Nigeria	Psycholog, lingwista, logopeda	Kliniki uniwersyteckie, szpitale, centra publiczne, gabinety prywatne	Brak
Norwegia	Logopeda	Kliniki, przedszkola, terapia domowa	Dotyczy wyłącznie usług sektora publicznego
Polska	Logopeda, psycholog	Przedszkola, szkoły, poradnie psychologiczno-pedagogiczne, poradnie specjalistyczne, prywatne gabinety logopedyczne	Całkowita (dotyczy wyłącznie usług sektora publicznego) lub częściowa (usługi sektora prywatnego) za pośrednictwem stowarzyszeń lub fundacji
Portugalia	Logopeda	Kliniki prywatne, szpitale, przedszkola	Dotyczy wyłącznie usług sektora publicznego
Rosja	Logopeda, neurolog, psycholog	Przedszkola, centra publiczne, gabinety prywatne	Częściowa lub brak refundacji
Słowacja	Logopeda	Poradnie pedagogiczne, kliniki, szpitale, ośrodki wczesnej interwencji	Pełna, z wyłączeniem niektórych usług prywatnych
Słowenia	Logopeda i psycholog	Ośrodki publiczne, przedszkola	Pełna
Sri Lanka	Logopeda, psychiatra	Gabinety pediatryczne, szpitale, oddziały pediatryczne, prywatne gabinety logopedyczne	Całkowita w ramach usług sektora publicznego, dodatkowe ubezpieczenie pokrywa koszty usług prywatnych
Szwecja	Logopeda	Szpitale, gabinety prywatne, centra opieki nad dziećmi	Pełna

cd. tab. 1

Tajwan	Logopeda, specjalista zaburzeń płynności mowy	Kliniki uniwersyteckie, szpitale, centra publiczne, gabinety prywatne	Pełna
Turcja	Logopeda, psycholog, pedagog specjalny, czasem psychiatra	Gabinety prywatne, szpitale, przychodnie rehabilitacyjne i psychologiczno-pedagogiczne, kliniki uniwersyteckie, prywatne centra terapii jąkania	Częściowa w sektorze prywatnym lub dotyczy wyłącznie usług sektora publicznego
USA	Logopeda	Szkoły, kliniki uniwersyteckie, prywatne kliniki, terapia domowa	Częściowa lub całkowita, zależnie od ubezpieczyciela lub państwowych programów specjalnych
Wielka Brytania	Logopeda	Publiczne i prywatne centra specjalistyczne	Dotyczy wyłącznie usług sektora publicznego lub w ramach fundacji
Włochy	Zespół multidyscyplinarny, logopeda, niewielu specjalistów zaburzeń płynności mowy	Gabinety prywatne, centrum zaburzeń płynności mowy – Rzym	Obejmuje tylko terapię w centrum zaburzeń płynności mowy w Rzymie

Źródło: Opracowanie własne.

W krajach, których przedstawiciele wzięli udział w badaniu, rodzice mogą znaleźć pomoc w placówkach publicznej służby zdrowia lub oświatowych, w prywatnych centrach specjalistycznych oraz w gabinetach prywatnych lub za pośrednictwem stowarzyszeń działających na rzecz osób z jąkaniem. Najczęściej wsparcia udzielają logopedzi/specjaliści zaburzeń płynności mowy lub psychologzy, rzadziej pedagodzy specjaliści, psychiatrzy, neurologzy, lingwiści lub nauczyciele. Refundacja kosztów terapii (całkowita lub częściowa) najczęściej dotyczy sektora usług publicznych, rzadko zwrot kosztów jest całkowity i niezależny od placówki, w której udzielane jest wsparcie. Zdarza się również i tak, że w danym kraju nie ma żadnych możliwości refundacji kosztów opieki logopedycznej nad małym dzieckiem z jąkaniem.

Drugi obszar eksploracji badawczych podjętych w tym sondażu diagnostycznym dotyczył wieku dzieci, w którym zazwyczaj otrzymują one profesjonalne wsparcie ze względu na objawy jąkania, a także potencjalnych form tego wsparcia oraz włączenia rodziców w proces terapii. Zebrane dane świadczą o dużym zróżnicowaniu zarówno w zakresie wieku dziecka, w jakim ma miejsce rozpoczęcie interwencji logopedycznej w jąkaniu, jak i w zakresie różnorodności form wsparcia oraz włączenia rodziców do terapii. Poniższe zestawienie tabelaryczne prezentuje porównanie sytuacji w tym zakresie w poszczególnych krajach.

Tabela 2. Wczesna interwencja w jękananiu na świecie – typowy wiek dziecka w momencie podjęcia interwencji, formy oddziaływań oraz udział rodziców

Kraj	Średni wiek dziecka	Formy interwencji i udział rodziców
1	2	3
Argentyna	Od 2 lat, najczęściej 3–4 lata	Indywidualna z udziałem rodziców
Australia	Tak szybko, jak to możliwe po wystąpieniu pierwszych objawów jękania	Indywidualna z udziałem rodziców, ale także via Internet (telehealth)
Belgia	2–5 lat	Indywidualna z udziałem rodziców
Cypr	Placówki publiczne: diagnoza w wieku 3 lat, długi czas oczekiwania na rozpoczęcie terapii (nawet do 1 roku). Wczesna interwencja dostępna tylko prywatnie – krótki czas oczekiwania na wizytę	Niewielu terapeutów w zakresie wdrażania podejść opartych na współpracy z rodziną (np. Palin PCI) lub terapii behawioralnej
Czechy	Ok. 3 lat – pierwsza wizyta, po ok. 2–6 miesiącach do ok. 1 roku – terapia	Terapia indywidualna w obecności rodzica
Francja	Wsparcie i poradnictwo od początku, terapia po upływie roku	Terapia indywidualna i grupowa, rodzice biorą udział, także terapia przez Internet (telepractice)
Grecja	Nie później niż 6 miesięcy od wystąpienia pierwszych objawów	Rodzice włączani do terapii tylko przez logopedów specjalizujących się w terapii zaburzeń płynności mowy, także w ramach telepractice
Hiszpania	Długi czas oczekiwania na specjalistyczną konsultację	Terapia indywidualna i grupowa, rodzice – włączani
Holandia	Przed 4. rokiem życia. Wsparcie i poradnictwo od pierwszej wizyty, terapia po upływie roku	Terapia indywidualna, czasami (rzadziej) także grupowa, rodzice aktywnie włączani w terapię
Islandia	Ok. 4. roku życia, czasem wcześniej	Terapia indywidualna, z aktywnym udziałem rodziców, terapia przez Internet (telepractice)
Izrael	Wsparcie i poradnictwo od pierwszej wizyty, kontrola, terapia	Terapia indywidualna z udziałem rodziców, a także grupowa
Kanada	2–5 lat	Terapia indywidualna, rzadziej grupowa, rodzice biorą w niej udział (z wyjątkiem terapii w szkołach), terapia przez Internet (telepractice)
Liban	2,6–3 lat	Terapia indywidualna, rzadko grupowa, włączanie rodziców – zależne od logopedy, wdrażanie terapii przez Internet (telepractice) – rzadko

cd. tab. 1

Malta	Ok. 3 lat – od momentu wystąpienia pierwszych objawów jąkania	Terapia indywidualna i grupowa, rodzice – włączani
Meksyk	Ok. 4 lat	Terapia indywidualna i grupowa, także wizyty domowe, rodzice – włączani
Nigeria	Ok. 5 lat	Terapia indywidualna, rodzice – włączani
Norwegia	3–6 lat	Terapia indywidualna, dostępność telepractice
Polska	Od ok. 30 miesięcy do 7 lat, najczęściej ok. 4 lat	Terapia indywidualna, rzadziej grupowa, rodzice – włączani
Portugalia	Od momentu wystąpienia objawów jąkania	Terapia indywidualna, rodzice – włączani
Rosja	Ok. 4. roku życia, czasem wcześniej	Terapia indywidualna i grupowa, rodzice – włączani
Słowacja	2–4 lata, od momentu wystąpienia objawów	Rodzice – włączani
Słowenia	3–5 lat, od kilku miesięcy do 1 roku od wystąpienia objawów	Terapia indywidualna, rodzice – włączani
Sri Lanka	2–3 lata, 6 lat, rzadko ok. 10. roku życia	Terapia indywidualna, rodzice – włączani
Szwecja	2,6– 6 lat, od momentu wystąpienia objawów	Terapia indywidualna, rzadziej grupowa, rodzice – włączani, Telepractice – rzadko
Tajwan	3–4 lata	Terapia indywidualna
Turcja	Wiek przedszkolny	Terapia indywidualna, rodzice – włączani
USA	Co najmniej 3 lata	Rodzice – włączani
Wielka Brytania	Wsparcie i poradnictwo, terapia po około roku od pierwszej wizyty konsultacyjnej	Terapia indywidualna i grupowa, rodzice – włączani, Telepractice
Włochy	Ok. 3 lat – w rzymskim centrum, na pozostałym terytorium – ok. 5 lat	Terapia indywidualna i grupowa, rodzice – włączani

Źródło: Opracowanie własne.

Przedział wiekowy dzieci, którym udziela się wsparcia, rozciąga się na okres od 2,6 do 6 lat. Zdarza się, że od pierwszej wizyty mija około rok, zanim rozpocznie się proces terapeutyczny, co najczęściej jest spowodowane koniecznością oczekiwania w kolejce do specjalisty. W niektórych krajach czas oczekiwania na wizytę u specjalisty jest bardzo wydłużony, są także kraje, w których nie ma większych ograniczeń w dostępie do pomocy specjalistycznej. Biorąc pod uwagę organizację procesu terapeutycznego, daje się zauważyć przewagę terapii indywidualnej, rzadziej oferowane są zajęcia grupowe. W niektórych państwach można skorzystać też z pomocy

zdalnej z wykorzystaniem internetu, określanej mianem Telepractice lub Telehealth. Rodzice często są włączani w proces terapeutyczny, choć nie zawsze jest to regułą.

Odpowiedzi na trzecie pytanie badawcze dostarczyły informacji na temat powszechnie znanych i zazwyczaj stosowanych w danym kraju podejść terapeutycznych (np. terapia pośrednia, terapia bezpośrednia, terapia zintegrowania lub terapia behawioralna) oraz ich głównych celów. Analizując wymienione przez respondentów metody terapeutyczne najczęściej wykorzystywane w danym państwie, wyraźnie można zauważyć podział na kraje z dostępnością do wielu zróżnicowanych podejść oraz kraje z niewielką ofertą metod terapeutycznych. W niektórych krajach dominuje jeden główny nurt terapeutyczny, pozostałe są reprezentowane przez nieliczne podejścia. Z kolei w innych krajach metoda dominująca opracowywana jest i dostosowywana do języka i kultury danego kraju. Spośród kilku rodzajów podejść terapeutycznych respondenci wymienili podejścia pośrednie, których celem jest wspieranie poprawy płynności mowy poprzez takie manipulowanie zmiennymi w otoczeniu dziecka, np. sposobami komunikacji osoba dorosła – dziecko, by ułatwić mu wypowiedzanie się. Zaliczyć tu można poradnictwo, terapię interakcyjną z udziałem rodzin, terapię poprzez zabawę, sztukę, relaksację, pracę nad emocjami i inne. Drugim rodzajem podejścia terapeutycznego jest podejście bezpośrednie, którego celem jest ułatwienie samoistnej remisji, uzyskanie poprawy w zakresie płynnej mowy lub całkowite ustąpienie jąkania. Metody należące do tej grupy można podzielić na dwa nurty: upłynniania mowy lub modyfikacji jąkania. Do metod upłynniających mowę, stosowanych w przypadku bardzo małych dzieci, zaliczyć można komponenty bezpośrednie podejścia Palin PCI (tzw. strategię ukierunkowaną na dziecko, ang. *child's strategies*). Nurt modyfikacji jąkania jest reprezentowany przez metodę Mini-KIDS, której celem jest ułatwienie samoistnego ustępowania objawów, zminimalizowanie poziomu niepłynności mowy i/lub optymalnego radzenia sobie z pozostałym jąkaniem. Podejście to zdobywa coraz większą popularność w krajach europejskich. Inną formą terapii bezpośredniej, która jednak nie wymaga bezpośredniej pracy nad mową dziecka, ale wykorzystuje metody warunkowania instrumentalnego, jest niezwykle popularny, wywodzący się z Australii Lidcombe Program. Celem tej metody jest uzyskanie całkowitej płynności mowy lub bardzo niskiego poziomu nasilenia niepłynności mowy. Respondenci wymienili również podejścia łączące bezpośrednie i pośrednie metody postępowania terapeutycznego, mające na celu zarówno ułatwienie dzieciom komunikowania się poprzez wzmocnienie wsparcia środowiskowego, zmianę warunków w otoczeniu oraz sposobów porozumiewania się w rodzinie, jak i bezpośrednią pracę z objawami niepłynności mowy. Najpopularniejsze metody zintegrowane, jakie pojawiły się w odpowiedziach osób biorących udział w badaniu, to Podejście Interakcyjne Rodzic – Dziecko Palin PCI oraz metody oparte na Demands and Capacity Model (np. Restart-DCM). W programach tych, oprócz początkowych oddziaływań pośrednich wspierających otoczenie dziecka i ułatwiających komunikację, podejmuje się bezpośrednią pracę nad objawami jąkania, upłynniając mowę (Palin PCI) lub odwracliwiając na jąkanie

i modyfikując momenty zająknięcia (DCM). Poza tymi najpopularniejszymi metodami respondenci wymienili również kanadyjski program ISTAR's Comprehensive Stuttering Program for School Aged Children (podejście bezpośrednie), metody autorstwa Susan Meyer czy Christin Chmeli, a także podejście Easy Does It for Fluency. Wymieniano również terapię rytmizującą, terapię opartą na sylabizowaniu, na relaksacji czy wykorzystującą podejścia kognitywno-behawioralne. W krajach sąsiadujących z Polską – w Czechach i na Słowacji – powszechnie znana i często stosowana jest Fonograforystyczna Terapia prof. Viktora Lechty, określana jako podejście psychologiczno-pedagogiczne. Respondenci wymieniali także metodę fizjologiczną, metodę kształtowania oddechu i głosu; metodę sylabowo-rytmizacyjną, kompleksową metodę „Play!” czy kombinację podejść DCM (terapia oparta na Modelu Wymagań i Możliwości – Demands and Capacities Model based program) i Lidcombe Program.

Respondenci zostali poproszeni także o dokonanie krótkiego opisu specyfiki ich kraju odnośnie do wczesnej interwencji w jąkanu u małych dzieci (np. indywidualnych cech w podejściu do terapii, programów dostosowanych do specyfiki językowej i kulturowej danego kraju itp.). Pisząc o podejściu do terapii jąkania u małych dzieci, osoby biorące udział w badaniu sygnalizowały problemy, z jakimi ich kraje się zmagają (najczęściej: niewielka liczba specjalistów w zakresie zaburzeń płynności mowy, długi czas oczekiwania na terapię, nieznanostwo najnowszych trendów w zakresie wiedzy o jąkanu wczesnodziecięcym), lub wskazywały na znaczące osiągnięcia w logopedii w tym zakresie (jak np. przyswojenie nowych sposobów postępowania terapeutycznego w zakresie jąkania u dzieci na Słowacji i w Szwecji, całkowita refundacja kosztów terapii stacjonarnej we Francji, rozbudowana sieć profesjonalistów w Norwegii czy też liczne projekty badawcze dotyczące zaburzeń płynności mowy wdrażane np. w Islandii i Norwegii, dwie duże organizacje w USA wspierające osoby z jąkanem: SFA i NSA, organizacja obozu *Camp Dream. Speak. Live* oraz rozbudowany program grupowych form wsparcia dla rodziców w Belgii). Wymieniano również konkretne programy terapeutyczne właściwe tylko dla danego języka i dominujące w danym kraju (jak np. program „Play!” we Włoszech, Fonograforystyczna Terapia prof. Viktora Lechty w Czechach) lub – jak Lidcombe Program czy Palin PCI – opracowane w danych krajach, lecz rozpowszechnione w różnych częściach świata. Respondenci podzielili się również problemami swojego środowiska zawodowego: brakiem wystandaryzowanych narzędzi diagnostycznych, programów terapeutycznych opartych na wynikach badań naukowych, zbyt późnym stawianiem diagnozy, a także trudnościami w uzyskaniu refundacji dla młodszych dzieci, co skutkuje utrwalaniem się objawów jąkania. Spośród innych przywołanych wyzwań i problemów wymieniono również: utrudniony dostęp do terapii grupowej dla dzieci lub/i rodziców, niewystarczający poziom wykształcenia logopedów w zakresie terapii jąkania wczesnodziecięcego, a także poziom przygotowania lekarzy pediatrów, trudności we współpracy z rodzicami, zmiana systemu pomocy dzieciom z jąkanem z instytucjonalnej, grupowej, na indywidualną, wprowadzanie logopedii na rodzimy grunt (Turcja).

Dyskusja i wnioski

Wyniki badań wykazały, że terapeuci (głównie terapeuci mowy – specjaliści zaburzeń płynności mowy – ale czasami także psychologzy lub nauczyciele/pedagodzy specjaliści) są najczęściej zatrudnieni w instytucjach publicznych (placówkach medycznych lub oświatowych) i/lub w prywatnych praktykach. Usługi opłacane są poprzez ubezpieczenie zdrowotne lub przez rodziców (czasami refundowane całościowo lub w części). Dzieci jąkające się zazwyczaj mają możliwość kontaktu ze specjalistą w ciągu roku od wystąpienia pierwszych objawów zaburzeń płynności mowy (w niektórych krajach, np. w Australii, zaleca się rozpocząć oddziaływania terapeutyczne jak najszybciej po wystąpieniu objawów jąkania). Zazwyczaj rodzice są włączani w proces terapii, w niektórych krajach jednak proces interwencji terapeutycznej w jąkaniu u małych dzieci może być bardziej skoncentrowany na pracy z samym dzieckiem (np. w specjalnych przedszkolach w Rosji). W niektórych krajach najczęściej stosowaną metodą terapii wczesnego jąkania jest poradnictwo dla rodziców. Najczęściej interwencja terapeutyczna w jąkaniu ma formę pracy indywidualnej z dzieckiem i/lub z jego rodziną, ale może być także grupowa – grupy dla dzieci i/lub dla rodziców. Podejście oparte na programach Lidcombe, Modelu Wymagań i Możliwości (DCM) lub terapii interakcyjnej Palin Parent Child Interaction (Palin PCI) były tymi, które respondenci przytaczali najczęściej jako stosowane w ich krajach. W kilku krajach wykorzystuje się możliwość udzielania pomocy na odległość z wykorzystaniem internetu (np. Australia lub Kanada), w niektórych krajach nie jest to jednak możliwe ze względu na wyzwania związane z dostępem i/lub wysokimi kosztami usług transmisji danych przez internet (np. Nigeria).

Podsumowanie

Jak pokazały wyniki opisywanego międzynarodowego sondażu diagnostycznego, w niektórych krajach wczesna interwencja w jąkaniu u dzieci jest wysoko rozwinięta, ale są też miejsca na całym świecie, w których dostęp do profesjonalnej pomocy jest ograniczony. Poziom profesjonalnego przygotowania logopedów do pracy z jąkaniem we wczesnym dzieciństwie jest również inny w zależności od kraju. Większość respondentów stwierdziła, że w ich krajach są stosowane zarówno podejścia pośrednie, jak i bezpośrednie, zaledwie w kilku państwach logopedzi skłaniają się tylko ku jednej z metod. W niektórych krajach (tj. Czechy, Słowacja, Islandia, Izrael i Włochy) opracowano oryginalne programy terapii jąkania wczesnodziecięcego. W wielu krajach terapia jąkania wczesnodziecięcego opiera się na pracy z rodziną (ang. *family-oriented model of intervention*). Edukacja w zakresie jąkania i założenia skutecznej praktyki opartej na dowodach wskazywane były jako ważne elementy opieki logopedycznej nad małym jąkającym się dzieckiem w wielu częściach świata.

Implikacje dla praktyki logopedycznej w Polsce

Jeśli uwzględnimy wyniki przytoczonego badania, wydaje się, że istotne jest dalsze intensyfikowanie działań z zakresu profilaktyki i wczesnej interwencji w jąkanu u dzieci. Jako zasadne można wymienić takie formy aktywności ukierunkowanych na ogół społeczeństwa, jak: upowszechnianie wiedzy na temat zaburzeń płynności mowy, w tym jąkania wczesnodziecięcego i wczesnej interwencji w jąkanu, wśród pediatrów, nauczycieli, wychowawców, logopedów, rodziców i opiekunów (Węsierska, 2012); propagowanie wśród logopedów, psychologów i innych specjalistów podstawowych strategii wczesnej interwencji logopedycznej, co umożliwiłoby zapobieganie zbyt późnemu wdrażaniu odpowiedniego postępowania terapeutycznego (Węsierska i in., 2013); organizowanie dla czynnych zawodowo logopedów (i dla studentów studiów logopedycznych) różnych form profesjonalnej edukacji z zakresu diagnozy i terapii jąkania wczesnodziecięcego, uwzględniających przykłady praktyk logopedycznych opartych na dowodach (Węsierska i in., 2017). Wydaje się, że pierwsze kroki w tym zakresie zostały już zainicjowane w naszym kraju. Do świadomości logopedów praktyków coraz częściej przedostają się informacje na temat wieloaspektowości zaburzenia, jakim jest jąkanie, i znaczenia kompleksowości procesu diagnozy i terapii (Węsierska, Boroń, 2018). Także coraz częstsze jest uznanie przez środowisko specjalistów konieczności włączania rodziców/opiekunów do terapii, organizowanie dla nich osobnych warsztatów grupowych, poszerzanie łańcucha wsparcia dziecka w jego najbliższym otoczeniu – współpraca ze żłobkami, przedszkolami, szkołami (Jeziorcak, Węsierska, 2011; Węsierska, 2013). Pozytywnie rokuje też coraz większa świadomość logopedów co do potrzeby indywidualizowania procesu interwencji w jąkanu – odpowiedniego dobierania właściwych metod terapeutycznych zaakceptowanych przez rodziców (np. pod względem gotowości do współdziałania w terapii), dopasowanych do wieku dzieci, ich potrzeb i możliwości (Boroń, Schneider, 2018; Mielewska, Węsierska, 2013).

Podziękowania

Autorzy chcieliby podziękować specjalistom, dzięki którym możliwe było wdrożenie prezentowanego projektu badawczego. Są to specjaliści z następujących krajów: Argentyna – Maria Josefina Pérez Berbain (Hospital Italiano de Buenos Aires); Australia – prof. Elaina Kefalianos (University of Melbourne); Belgia – prof. Kurt Eggers (Thomas More University College; University of Turku); Cypr – dr Maria Paphiti (Turku University); Czechy – Jan Dezort (The Charles University in Prague); Francja – Véronique Aumont Boucand (Paris 6 University); Grecja – George Fourlas (KEOT-Stuttering Research & Therapy Centre); Hiszpania – Maria Llobera O’Brien (Private practice Palma de Mallorca); Holandia – Mies Bezemer (Stuttering Centre Zeeland), Mark Pertjjs (University of Applied Sciences Utrecht); Islandia – prof. Jóhanna Thelma Einarsdóttir

(School of Health, University of Iceland); Izrael – prof. Ruth Ezrati (Tel-Aviv University), dr Debora Freud (Ariel University); Kanada – Elizabeth Haynes (University of Alberta); Liban – Selma Saad Merouwe (Université Saint-Joseph, Beirut); Malta – dr Joseph Agius (University of Malta); Meksyk – dr Martha Tarasco (Universidad Anáhuac México); Nigeria – Grace Ademola-Sokoya (National Orthopaedic Hospital Igbobi, Lagos); Norwegia – Hilda Sønsterund (Statped, University of Oslo); Polska – Anna Szerszeńska (Prywatny Gabinet Logopedyczny, Warszawa); Portugalia – dr Ana Rita Valente (University of Aveiro, Centro Tratamento Gaguez); Rosja – prof. Yulia O. Filatowa (Moscow Pedagogical State University); Słowacja – dr Hana Laciková (Child Speech Therapy Institute, Comenius University in Bratislava); Słowenia – dr Mateja Gačnik (University of Primorska); Sri Lanka – Thushanie Jayasuriya (Colombo North Teaching Hospital); Szwecja – Karin Dahlin (Logopedmottagningen, Västmanland's Hospital Västerås); Tajwan – prof. Shu-Lan Yang (National Pingtung University); Turcja – prof. R. Sertan Ozdemir (Istanbul Medipol University, School of Health Sciences); USA – prof. Paul Blanchet (Baylor University, Waco); Wielka Brytania – Daisy Hope (Michael Palin Centre for Stammering, London); Włochy – Michela Battisti, Emilia Capparelli, Francesca Del Gado, Maria Grazia Spinetti, prof. Donatella Tomaioli (C.R.C. Baluzie S.R.L; Università Di Roma „La Sapienza”).

Bibliografia

- Ambrose N.G. (2006). Early Stuttering: Parent Counseling. W: N. Bernstein Ratner, J. Tetnowski, red., *Current Issues in Stuttering Research and Practice* (s. 87–98). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ambrose N.G., Cox N.J., Yairi E. (1997). The Genetic Basis of Persistence and Recovery in Stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 40(3), 567–580.
- Ambrose N.G., Yairi E. (1994). The Development of Awareness of Stuttering in preschool Children. *Journal of Fluency Disorders*, 19, 229–245.
- Bernstein Ratner N., Guitar B. (2006). Treatment of Very Early Stuttering and Parent Administered Therapy: The State of the Art. W: N. Bernstein Ratner, J. Tetnowski, red., *Current Issues in Stuttering Research and Practice* (s. 99–125). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Blood G.W., Ridenour V.J., Qualls C.D., Hammer C.S. (2003). Co-Occurring Disorders in Children who Stutter. *Journal of Communication Disorders*, 36, 427–448.
- Bloodstein O., Bernstein Ratner N. (2008). *A Handbook on Stuttering, Sixth Edition*. Clifton Park, NY: Delmar Cengage Learning.
- Boroń A., Schneider P. (2018). Metoda Mini-KIDS w terapii jękania wczesnodziecięcego – studium przypadku. W: K. Węsierska, K. Gawet, red., *Zaburzenia płynności mowy* (s. 175–191). Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- Chęć M. (2012). Jak wspierać dziecko jękaące się w środowisku przedszkola i szkoły. W: K. Węsierska, red., *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*. T. 1 (s. 213–227). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Curlee R., Yairi E. (1997). Early Intervention with Early Childhood Stuttering: A Critical Examination of Data. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 6, 8–18.

- de Sonnevile-Koedoot C., Stolk E., Rietveld T., Franken M-C. (2015). Direct versus Indirect Treatment for Preschool Children who Stutter: The RESTART Randomized Trial. *PLoS ONE* 10(7): e0133758. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133758>.
- Fibiger S., Peters H., Euler H., Neumann K. (2008). Health and human services for persons who stutter and education of logopedists in East-European countries. *Journal of Fluency Disorders*, 33, 66–71.
- Fibiger S., Peters H., Touzet B.B., Neumann K. (2006). Therapy for persons who stutter: Eastern Europe and Latin America. W: *5th World Congress on Fluency Disorders*, 25–28th July, Dublin, Ireland.
- Gottwald S.R., Starkweather C.W. (1999). Stuttering Prevention and Early Intervention: A Multi-Process Approach. W: M. Onslow, A. Packman, red., *The Handbook of Early Stuttering Intervention* (s. 53–82). San Diego, Ca: Singular.
- Guitar B., Conture E.G. (2001). *The child who stutters: to the pediatrician*. 1th edition. Memphis, TN: The Stuttering Foundation.
- Guitar B., Conture E.G. (2013). *Dziecko, które się jąka: informacje dla pediatry*. Centrum Logopedyczne: Katowice; www.centrumlogopedyczne.com.pl.
- Guitar B., McCauley R. (2010). An Overview of Treatments for Preschool Children. W: B. Guitar, R.J. McCauley, red., *Stuttering Treatment: Established and Emerging Interventions* (s. 56–62). Baltimore, MD: Lippincott, Williams and Wilkins.
- Humeniuk E., Tarkowski Z. (2016). Parents' reactions to children's stuttering and style of coping with stress. *Journal of Fluency Disorders*, 49, 51–60.
- Jeziorczak B., Węsierska K. (2011). Jakość relacji logopeda – rodzic dziecka jąkającego się a skuteczność terapii jąkania wczesnodziecięcego. W: J. Gruba, red., *Wybrane problemy logopedyczne* (s. 51–66). Gliwice: Wydawnictwo Fonem.
- Langdon H.W., Tsa P.T., Węsierska K. (2015). Evidence-Based Practice in Stuttering: Views from American and Polish Clinical Perspectives. *Forum Logopedyczne*, 23, 8–16; <http://ptl.katowice.pl/wydawnictwa/forum-logopedyczne> [dostęp: 30.11.2018].
- Mielewska A., Węsierska K. (2013). Zastosowanie metod Palin PCI i Lidcombe Program w terapii jąkania wczesnodziecięcego. W: J. Skibska, red., *Wspieranie rozwoju małego dziecka* (s. 93–120). Bielsko-Biała–Kraków: Wydawnictwo Naukowe ATH, Wydawnictwo LIBRON.
- Millard S.K., Cook F.M. (2010). Working with Young Children Who Stutter: Raising Our Game. *Seminars in Speech and Language*, 31(4), 250–261.
- Millard S.K., Edwards S., Cook F.M. (2009). Parent-Child Interaction Therapy: Adding to the Evidence. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 11(1), 61–76.
- Millard S.K., Nicholas A., Cook F.M. (2008). Is Parent-Child Interaction Therapy Effective in Reducing Stuttering? *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 51, 636–650.
- Pilch T. (1977). *Zasady badań pedagogicznych*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Starkweather C.W. (1997). Therapy for younger children. W: R. Curlee, G. Siegel, red., *Nature and treatment of stuttering: New directions*. 2nd ed. (s. 257–279). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Tarkowski Z., Humeniuk E., Dunaj J. (2011). *Jąkanie w wieku przedszkolnym*. Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.
- Vanryckeghem M. (2018). Wielowymiarowa, oparta na dowodach diagnoza prowadząca do wielopłaszczyznowej terapii jąkania. W: K. Węsierska, red., *Zaburzenia płynności mowy* (s. 30–43). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Vanryckeghem M., Brutten G.J. (1997). The Speech-Associated Attitude of Children Who Do and Do Not Stutter and the Differential Effect of Age. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 6, 67–73.

- Vanryckeghem M., Brutten G. (2015). *KiddyCAT: Test do badania postaw związanych z komunikowaniem się jękkających się dzieci w wieku przedszkolnym*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Węsierska K. (2012). Profilaktyka logopedyczna w ujęciu systemowym. W: K. Węsierska, red., *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*. T. 1 (s. 25–47). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Węsierska K. (2013). Udział rodziców w procesie interwencji logopedycznej w jękkaniu u małych dzieci. W: A. Sobczak, D. Müller, red., *Rozwój i jego wspieranie w perspektywie rehabilitacji i resocjalizacji* (s. 11–21). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Węsierska K., Boroń A. (2018). Metody interwencji logopedycznej w przypadku zaburzeń płynności mowy u małych dzieci. W: A. Domagała, U. Mirecka, red., *Metody terapii logopedycznej* (s. 551–574). Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Węsierska K., Jeziorczak B., Chrostek A. (2013). Profilaktyka i wczesna interwencja w jękkaniu u małych dzieci. W: K. Węsierska, N. Moćko, red., *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*. T. 2 (s. 187–212). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- Węsierska K., Laszczyńska A., Pakura M. (2017). Wczesna interwencja w jękkaniu wczesnodziecięcym w Polsce – w opiniach logopedów i rodziców dzieci jękkających się. *Forum Logopedyczne*, 25, 81–96; <http://ptl.katowice.pl/wydawnictwa/forum-logopedyczne>.
- Woźniak T. (2015). Niepłynność mówienia. Diagnoza i terapia osób z zaawansowanym jękkaniem. W: S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak T., red., *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego* (s. 796–835). Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Yairi E., Ambrose N. (2005). *Early Childhood Stuttering. For Clinicians by Clinicians*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Yairi E., Ambrose N., Paden E., Throneburg R. (1996). Predictive factors of persistence and recovery: Pathways of childhood stuttering. *Journal of Communication Disorders*, 29, 51–77.
- Yairi E., Seery C.H. (2011). *Stuttering: Foundations and Clinical Application*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Inc.
- Yaruss J.S. (1997). Clinical Measurement of Stuttering Behaviors. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 24, 33–44.

Streszczenie

Badania sugerują, że stosowanie odpowiednich rodzajów wczesnej interwencji w jękkaniu może skutecznie zapobiec utrwaleniu się problemu. Wczesna interwencja może przybierać różne formy – od poradnictwa dla rodziców, po pośrednie lub bezpośrednie formy terapii lub ich kombinację. W artykule zaprezentowano wyniki międzynarodowego sondażu diagnostycznego na temat wczesnej interwencji w jękkaniu na świecie. Uzyskano 29 ankiet (z 41 rozesyłanych) wypełnionych przez terapeutów i zespoły terapeutów specjalizujących się w zaburzeniach płynności mowy. Cele tego badania były następujące: rozpoznanie warunków i rodzajów instytucji, w których wdrażana jest wczesna interwencja w jękkaniu, określenie wieku dzieci w momencie pierwszego kontaktu ze specjalistą, form udzielanej pomocy oraz rodzajów metod terapeutycznych stosowanych w różnych krajach. Wyniki badań wskazują, że istnieją państwa, w których pomoc terapeutyczna jest bardzo zaawansowana, są jednak takie miejsca na świecie, gdzie dostęp do profesjonalnej opieki logopedycznej jest wciąż utrudniony. W niektórych krajach najczęstszym podejściem w jękkaniu u małych dzieci jest poradnictwo dla rodziców.

Słowa kluczowe: dzieci, jękkanie, sondaż, wczesna interwencja

Summary

Research suggests that applying appropriately tailored types of early intervention in stuttering can be a major factor in preventing a life-long problem. Early intervention may range from parent counseling, indirect or direct treatment or a combination of both approaches. The article presents the results of an international survey on early intervention in stuttering children around the world. Twenty-nine respondents/teams out of forty-one completed the questionnaire. The aims of this study were as follows: to recognize the conditions and the types of institutions in which stuttering intervention is delivered in different countries; to identify at what age dysfluent children are typically referred to SLT services, and to increase knowledge about the types of therapeutic approaches that were used in different countries. The study findings show that there are countries where therapeutic help for young stuttering children is very highly developed, but there are also places around the world where access to professional help is very limited. In some countries the most common approach in early stuttering intervention is parent counseling.

Key words: children, stuttering/stammering, survey, early intervention