

Dagmara Tomiczek

MUZYKOTERAPIA W TERAPII NIEPŁYNNOŚCI MOWY. OPIS PRZYPADKU

WPROWADZENIE

Wielu badaczy starało się poznać i opisać jąkanie, tworząc ogólne definicje¹ lub takie, które podkreślają na przykład lingwistyczne, emocjonalne, fizjologiczne i społeczne aspekty² niepłynności mowy. Rozpatrując jąkanie wczesnodziecięce, Zbigniew Tarkowski analizuje rozmaite ujęcia tego zaburzenia. Uczony twierdzi, iż można kłaść nacisk na różne oblicza zjawiska i wówczas wyróżnić możemy: aspekt prozodyczny, w którym jąkanie opisujemy jako zaburzenie płynności, tempa i rytmu mówienia spowodowane nadmiernym napięciem mięśni artykulacyjnych i oddechowych; neuropsycholingwistyczny, wskazujący, że jąkanie jest kombinacją niepłynności spastyczno-syntaktycznej (niespastycznej) i niepłynności fizjologicznej (spastycznej), powstałych na skutek desynchronizacji trzech poziomów (planów) wypowiedzi: treści (plan psychologiczny), formy językowej (plan gramatyczny) i substancji fonicznej (plan fizjologiczny); osobowościowy, zakładający, że nie mamy do czynienia z jąkaniami, ale z osobą jąkającą się, której osobowość funkcjonuje niewłaściwie; medyczny, w którym jąkanie jest nerwicą mówienia; socjolingwistyczny, w którym mamy do czynienia z zaburzeniem sprawności językowej³.

¹ Definicje jąkania podają między innymi: G. Andrews, R. Garside, D. Kay, *The syndrome of stuttering*, „Clinical Development Medica” 1964, 17, s. 19; Ch. Riper, *The nature of stuttering*, New Jersey 1982, za: M. Chęć, *Jąkanie. Diagnoza – terapia – program*, Kraków 2012, s. 45; L. Kaczmarek, *Rewalidacja dzieci i młodzieży z zaburzeniami mowy*, [w:] *Pedagogika rewalidacyjna*, red. A. Hulek, Warszawa 1981, s. 296–297.

² Zob. Z. Tarkowski, *Jąkanie*, Warszawa 1999, s. 30.

³ Zob. idem, *Jąkanie wczesnodziecięce*, Warszawa 1992, s. 83.

Etiologia jąkania nadal pozostaje nie w pełni rozpoznana, jednak badacze wskazują, iż najprawdopodobniej jego geneza jest złożona, nie istnieje jedna prosta przyczyna tego zaburzenia⁴. Badania naukowe dowodzą, że część dzieci może rodzić się z genetyczną predyspozycją do nie płynności mowy⁵, zaś u pewnej grupy można zauważyć skłonności na tle neurofizjologicznym⁶. Na powstały już problem wpływ mają między innymi uwarunkowania procesów psychologicznych, emocjonalnych i lingwistycznych czy dynamika procesów rodzinnych, które decydują o ustąpieniu bądź nasilaniu się zaburzenia⁷. Katarzyna Węsierska podkreśla, iż:

Niektóre czynniki nie poddają się oddziaływaniom terapeutycznym, takie jak rodzinna historia jąkania, niemniej inne, jak na przykład uwarunkowania środowiskowe czy dynamika procesów zachodzących w rodzinie, mogą być modyfikowane, co znacząco może wpływać na niwelowanie jąkania. Znajomość tych uwarunkowań jest zatem kluczowym zagadnieniem i powinny one być dokładnie ustalone w badaniu logopedycznym⁸.

Kompleksowe ujęcie jąkania, jako najważniejsze z punktu widzenia postępowania terapeutycznego, proponuje Tomasz Woźniak, autor *Standardu postępowania logopedycznego w przypadku jąkania*, zalecając rozpatrywanie zaburzenia według zapisu zawartego w ICD-10: Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Według tej definicji jąkanie cechują symptomy opisywane na poziomach: komunikacyjnym, psychicznym i neurofizjologicznym⁹.

⁴ Zob. E. Szelać, *Neurobiologiczne korzenie jąkania*, „Biuletyn. Czasopismo Polskich Terapeutów Mowy” 1996, nr 4, s. 71–81.

⁵ Zob. N.G. Ambrose, N.J. Cox, E. Yairi, *The genetic basis of persistence and recovery in stuttering*, „Journal of Speech, Language, and Hearing Research” 1997, Vol. 40 (3), s. 567–580, za: K. Węsierska, *Kompleksowa diagnoza jąkania wczesnodziecięcego podstawą skutecznej terapii*, [w:] *Diagnoza różnicowa zaburzeń komunikacji językowej* (Nowa Logopedia, t. 3), red. M. Michalik, A. Siudak, Z. Orłowska-Popek, Kraków 2012, s. 409.

⁶ Zob. M. Sommer, M.A. Koch, W. Paulus, C. Weiller, C. Büchel, *Disconnection of speech-relevant brain areas in persistent developmental stuttering*, „Lancet” 2002, Vol. 360 (9330), s. 380–383, za: K. Węsierska, *Kompleksowa diagnoza jąkania...*, s. 409.

⁷ Zob. E. Szelać, *Neurobiologiczne korzenie jąkania...*, s. 75–80.

⁸ K. Węsierska, *Kompleksowa diagnoza...*, s. 409.

⁹ Zob. T. Woźniak, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku jąkania*, „Logopedia” 2008, nr 37, s. 218.

Szacuje się, iż problemy z płynnością mowy dotyczą ok. 5% dzieci w wieku przedszkolnym¹⁰. Należy jednak pamiętać, że nie jest ona tożsama z definicją jąkania, ważne, by od jąkania wczesnodziecięcego odróżnić zjawisko rozwojowej niepłynności mowy, często towarzyszące kształtowaniu się mowy dziecka, które Zbigniew Tarkowski definiuje jako:

zaburzenie swobodnego przechodzenia od jednego elementu wypowiedzi do drugiego oraz zakłócenie jej tempa i rytmu w następstwie desynchronizacji procesu formowania wypowiedzi, tj.: treści, formy językowej i substancji fonicznej, występujących w okresie intensywnego rozwoju językowego¹¹.

Zaburzenia płynności mówienia częściej dotyczą chłopców niż dziewczynek, które również w wielu przypadkach mają większe szanse na samoistne ustąpienie objawów, bez interwencji terapeuty¹². Należy jednak zauważyć, iż nie wszystkie dzieci borykające się z niepłynnością mowy korzystają z terapii logopedycznej, której program stworzony na podstawie diagnozy byłby zindywidualizowany i prawdopodobnie najefektywniejszy. W takiej sytuacji najważniejszymi stają się działania mające na celu możliwie największą pomoc dziecku w przywróceniu płynności mowy, takie jak na przykład przedstawiona w niniejszym artykule terapia z zastosowaniem muzyki.

OPIS PRZYPADKU

O diagnozę chłopca w wieku 5 lat i 6 miesięcy poprosiła logopedę szkolnego opiekunka grupy oddziału „0” przygotowującego dzieci do nauki w pierwszej klasie szkoły podstawowej. Wstępne informacje uzyskane od wychowawcy koncentrowały się wokół ubożego słownictwa, szybkiego mówienia, powtarzania słów oraz problemów z zachowaniem polegającym na niewykonywaniu poleceń, agresji wobec kolegów. W trakcie wywiadu matka dziecka niechętnie udzielała informacji związanych z mową chłopca, uznając je za objaw jego nadpobudliwości. W niej mama upatrywała szybkie tempo mówienia dziecka, które nie było dla niej niepokojące, ponieważ chłopiec wypowiadał się „zrozumiale”. Matka dziecka podkreśliła, iż zarówno mowa syna, jak i jego zachowanie niepotrzebnie niepokoją wychowawcę i nie są „takie złe” w po-

¹⁰ Zob. K. Węsierska, *Kompleksowa diagnoza...*, s. 408.

¹¹ Z. Tarkowski, *Jąkanie wczesnodziecięce...*, s. 29.

¹² Zob. K. Węsierska, *Kompleksowa diagnoza...*, s. 408.

równaniu z problemami wychowawczymi, których doświadcza ze starszym dzieckiem, dwunastoletnim uczniem klasy czwartej. Większość wypowiedzi na temat młodszego syna przybierała formę porównania z jego starszym bratem i koncentrowała się wokół czwartoklasisty. Kobieta często podkreślała brak czasu spowodowany pracą i licznymi wizytami w szkole na wezwanie wychowawcy starszego syna. Wyraziła również swoje niezadowolenie z powodu dodatkowego obciążenia, jakim niewątpliwie będzie terapia młodszego dziecka. Nadmieniła także o „dodatkowych nerwach” związanych z młodszą pociechą, które zaostrożą napiętą sytuację rodzinną, bowiem rodzice chłopców w owej chwili byli w trakcie postępowania rozwodowego. Ojciec chłopców nie uczestniczył w wychowywaniu synów, mieszkał oddzielnie i ich kontakty były sporadyczne.

Podczas pierwszej wizyty w gabinecie uczeń odzywał się rzadko, większość czasu pozostawał w ruchu, oglądając wyposażenie lub bawiąc się wybranymi zabawkami. W tym czasie trwała rozmowa z matką chłopca, w trakcie której wielokrotnie upominała syna. Uczeń w większości ignorował słyszane polecenia, wypowiedane przez matkę wielokrotnie, ona sama zaś nie była konsekwentna w egzekwowaniu ich wykonania. Chłopca nie interesowały gry i książki, bawił się figurkami, pluszakami i samochodzikami, z których stworzył „armię niszczycieli”. Z informacji uzyskanych od wychowawczynie ucznia wynikało, iż taka zabawa jest dla chłopca typowym sposobem na spędzanie wolnego czasu, również w grupie – bawi się wówczas sam, a na próby przyłączenia się innych dzieci reaguje agresywnie. Opiekunka grupy szkolnej podkreśliła również problemy w skupieniu, niechęć chłopca do podejmowania działań nielubianych i sprawiających trudności, takich jak rysowanie, pisanie.

Diagnoza

Wywiad z matką dziecka został przeprowadzony na podstawie *Arkusza badania przesiewowego*¹³. Uzyskano informacje:

- Historia rozwoju dziecka: chłopiec urodzony o czasie, nie raczkował, zaczął chodzić około 12. miesiąca życia, pierwsze słowo wypowiedział około 12. miesiąca życia.

¹³ E. Kelman, A. Nicholas, *Praktyczna interwencja w jękaniu wczesnodziecięcym*, tłum. K. Węsierska, Gdańsk 2013, s. 15–75, 135–230.

- Zdrowie i rozwój dziecka: ogólna kondycja dziecka jest dobra, nigdy nie przeprowadzono badań słuchu, „nadrużliwy”, często jest zdenerwowany, praworęczny.
- Historia jąkania w rodzinie: jąka się dziadek dziecka, nie korzysta z terapii, kontakty z uczniem rzadkie.
- Opis problemu jąkania: dziecko powtarza całe krótkie słowa, nie ma świadomości powtarzania słów, problem nie wpływa na jego pewność siebie, objawy nie płynności nasilają się podczas zdenerwowania, sporadycznie starszy brat przedrzeźnia sposób mówienia chłopca, w skali 0–7 nie płynność oceniana jest na 3, poziom obaw (lęku) rodziców w skali 0–7 w opinii matki: 3, uczeń wcześniej nie korzystał z terapii logopedycznej.
- Sprawność językowa: dziecko mówi wyraźnie, tempo mowy jest bardzo szybkie.
- Zachowanie dziecka, jedzenie, spanie: chłopiec jest często upominany, rzadziej karany, zwykle za niewykonywanie poleceń oraz konflikty ze starszym bratem, dziecku zdarza się reagować na kary krzykiem lub agresją skierowaną w stronę brata, nie ma problemów ze snem, większość posiłków jada poza domem (szkoła).
- Osobowość dziecka: zdaniem matki chłopiec jest nerwowy i uparty, ma tendencję do wpadania w złość, jest samodzielny – nie wymaga pomocy przy codziennych czynnościach (higiena, ubieranie się, zadania domowe), chciałby nawet samodzielnie chodzić do szkoły.
- Relacje między rodzicami: rodzice są w trakcie postępowania rozwodowego, ojciec nie bierze udziału w życiu rodzinnym.
- Przedszkole/szkoła: przy okazji zebrań w szkole mama otrzymuje informacje od wychowawcy na temat złego zachowania i problemów w nauce dziecka, otrzymała również skierowanie do psychologa oraz na badanie słuchu, wychowawczyni zwracała także uwagę na problem z powtarzaniem słów.

Wynik próby sylabowej do oceny nie płynności mówienia¹⁴: procent nie płynności średni (5%), nazywanie obrazków i powtarzanie zdań – 3%, historyjka obrazkowa – zadanie niewykonane, dialog – 6%. Analiza całości nagra-

¹⁴ Wykorzystano metodę Próby sylabowej do oceny nie płynności mówienia, za: T. Woźniak, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku jąkania*, „Logopedia” 2008, nr 37, s. 217–226.

nia pod kątem uporczywości (nasilenia) ujawniła 12% nie płynności – umiarkowany stopień jąkania. Objawy typowe dla jąkania wczesnodziecięcego: liczba nie płynności wyższa niż 5% w próbie sylabowej. Objawy wskazujące na jąkanie: szybkie, wielokrotne powtórzenia jednowyrazowe połączone z zaburzeniami rytmu wypowiedzi, przeciągania 1–2 sekundy ([m]), embolofazje ([a], [o], [i]), rewizje.

Przy ocenie kompetencji językowej zwraca uwagę ubogi słownik czynny, wypowiedzi dziecka są często jednowyrazowe, zwykle posługuje się równoważnikami zdań, rzadziej zdaniami pojedynczymi. Do innych czynników mogących mieć wpływ na mowę dziecka należy zaliczyć: biologiczne – dziedziczność, widoczne napięcie mięśniowe w momencie przeciągania i embolofazji; psychologiczne – brak zainteresowania zabawą z rówieśnikami, zabawy zawierające scenki agresji, duża ruchliwość, agresywne reakcje (zgłaszane przez mamę) na próby skorygowania zachowania (krzyk, rzucanie małymi przedmiotami); społeczne – niewłaściwe zachowania starszego brata (przedrzeźnianie sposobu mówienia). Ocena problemu z perspektywy dziecka wskazuje na świadomość problemu, swoją nie płynność chłopiec określił „śmiesznie mówić”. Podczas rozmowy oznajmił, iż „lubi biegać, a nie mówić”.

Terapia

Decyzją matki dziecka przez pół roku od pierwszego kontaktu z logopedą szkolnym (luty 2014) nie odbyła się konsultacja z psychologiem, nie wykonano również badania słuchu – mama chłopca odłożyła proponowane zasięgnięcie porad u specjalistów do okresu wakacyjnego. Argumentowała swoje postanowienie brakiem czasu. Zgodziła się na pracę logopedy z synem tylko w ramach godzin spędzanych przez ucznia w szkole – w trakcie przebywania w świetlicy szkolnej. W zakresie terapii mama odrzuciła proponowane strategie pracy z dzieckiem. W związku z tym, iż chłopiec uczęszczał na dodatkowe zajęcia sportowe, w których odnosił sukcesy, logopeda zaoferował mamie dziecka terapię połączoną z ruchem, na którą uzyskał zgodę.

Biorąc pod uwagę stanowisko mamy oraz problemy chłopca obejmujące nie tylko nie płynność mowy, ale również np. jego zachowania agresywne, brak poprawnych relacji z rówieśnikami i bratem, zdecydowano się na zajęcia muzykoterapii, która sytuowana w obszarze arteterapii, definiowana jest między innymi jako:

[...] forma psychoterapii, która wykorzystuje muzykę i jej elementy jako środki stymulacji, strukturalizacji oraz ekspresji emocjonalnej i komunikacji niewerbalnej w procesie diagnozy, leczenia i rozwoju osobowości człowieka¹⁵.

Praca z wykorzystaniem muzyki jest niewątpliwie atrakcyjnym środkiem terapeutycznym, dającym możliwość zmiany aktywności systemu nerwowego, w tym wywołującym określone zmiany w czynnościach całego organizmu: zmiany napięcia mięśni, przyspieszenie przemiany materii, zmiany szybkości krążenia krwi, obniżenie progu wrażliwości sensorycznej, wpływ na wydzielanie wewnętrzne, zmienność i siłę pulsu, modyfikację oddychania¹⁶. Celem muzykoterapii jest osiągnięcie przez dziecko kontroli i opanowania, a dzięki jej aktywnym formom doprowadzenie do:

- zwiększenia tolerancji dla słuchanych poleceń;
- zmniejszenia liczby unikania sytuacji, w których istnieje ryzyko porażki;
- lepszej koncentracji i wydłużenia czasu skupienia;
- podniesienia samooceny;
- wykształcenia realistycznego obrazu własnej osoby;
- zmniejszenia liczby zachowań niepożądanych;
- zmniejszenia liczby zachowań unikowych w sytuacjach społecznych;
- zwiększenia świadomości, akceptacji oraz odpowiedzialności za uczucia innych osób;
- wykształcenia umiejętności radzenia sobie z silnymi emocjami;
- poszerzenia wiedzy o sposobach unikania wyizolowania i biernego życia w społeczeństwie¹⁷.

Terapia z wykorzystaniem muzyki może przybierać różne formy i postęgiwać się odmiennymi technikami. Podczas zajęć z chłopcem z niepełnością mowy zdecydowano się na terapię z wykorzystaniem metody rytmiki E. Jaques'a-Dalcroze'a, w którą włączono pracę nad spowolnieniem tempa mowy ucznia. Na metodę szwajcarskiego muzyka i pedagoga składają się trzy powiązane ze sobą ogniwa: rytmika, solfeż oraz improwizacja. Wśród wykorzystanych ćwiczeń znalazły się:

¹⁵ E.J. Konieczna, *Arteterapia w teorii i praktyce*, Kraków 2011, s. 26.

¹⁶ E. Jeziorańska-Bednarz, *Nielingwistyczne formy przekazu i pracy w procesie terapii zaburzeń komunikacji*, „Forum Logopedyczne” 2011, nr 10, s. 75.

¹⁷ Zob. K. Stachyra, *Definiowanie i klasyfikowanie muzykoterapii*, [w:] *Podstawy muzykoterapii*, red. K. Stachyra, Lublin 2012, s. 33–34.

- Ćwiczenia ruchowe kształtujące świadomość poszczególnych części ciała oraz ciała jako całości. Ćwiczone prawidłową postawę, koordynację ruchową, umiejętność napinania i rozluźniania mięśni ze szczególnym uwzględnieniem mięśni mowy. Wykonywano ćwiczenia oddechowe oraz ćwiczone umiejętność wyodrębniania i scalania poszczególnych części ciała i ich niezależność ruchową.
- Ćwiczenia reakcji, których celem jest rozwijanie wrażliwości zmysłów, kształtowanie gotowości na nagłe zmiany sytuacji oraz umiejętności panowania nad własnymi reakcjami w aspekcie fizycznym i psychicznym. Reakcje rozumiane w rytmice jako szybkie i świadome wykonanie określonej czynności na ustalony sygnał dzieli się na dwie podstawowe grupy: sensoryczne i psychomotoryczne.
- Ćwiczenia rytmiczne. Realizowano w różnorodny sposób, np. głosem, ruchem, przy użyciu instrumentów czy rekwizytów – zjawiska rytmiczne i metryczne oraz ich kombinacje i przekształcenia, np. tematy, kanony rytmiczne.
- Ćwiczenia uwrażliwiające na elementy muzyki. Poprzez ruch oraz ćwiczenia z rekwizytami kładziono nacisk na np. dynamikę, agogikę, melodykę, harmonikę.
- Ćwiczenia ekspresji ruchu poprzez np. naśladowanie zjawisk, zwierząt, zabawek.
- Ćwiczenia improwizacyjne.
- Ćwiczenia ruchowo-przestrzenne przy muzyce.

Każde z wykonywanych ćwiczeń wymaga równoczesnego zaangażowania wielu aktywności dziecka: słuchowej, ruchowo-przestrzennej, emocjonalnej i intelektualnej, zatem wpływa na kształtowanie różnych umiejętności i dyspozycji, między innymi na: pamięć, poczucie rytmu i metrum, poczucie czasu, umiejętność koncentracji, podzielność uwagi, świadomość ciała i ruchu, umiejętność współpracy, wrażliwość emocjonalną¹⁸.

Terapia z wykorzystaniem muzyki trwała przez 5 miesięcy (jeden semestr szkolny). W tym czasie dwa razy w tygodniu odbywały się godzinne zajęcia grupowe muzykoterapii, prowadzone przez pedagoga szkolnego. Chłopiec z problemem niepełności mowy brał w nich udział pod okiem pedagoga i logopedy. Chcąc uzyskać wolniejsze tempo mowy, które okazało się trud-

¹⁸ Zob. M. Brzozowska-Kuczkiewicz, *Emil Jaques-Dalcroze i jego Rytmika*, Warszawa 1991, s. 32–35.

nym zadaniem dla ucznia, wykorzystywano wolny rytm, ćwiczenia oddechowe, ruchowe wykonywane z równoczesną emisją sylab, fraz, aż do krótkich zdań wypowiedzianych w równie wolnym tempie jak towarzysząca im muzyka czy ruchy. Początkowo ćwiczenia wolniejszej mowy wykonywały wszystkie dzieci, co miało się zmienić po uzyskaniu pewności, że praca nad nią nie wyróżni negatywnie ucznia jękającego się. W krótkim czasie jednak okazało się, że ćwiczenia mowy są atrakcyjne dla całej grupy, a wykonywanie ich przez jedno dziecko rozumiane było jako wyróżnienie, dlatego zdecydowano o kontynuacji pracy całą grupą. Chłopiec chętnie angażował się w zajęcia, zwłaszcza powiązane z dużą aktywnością ruchową. Początkowo niechętnie wykonywał polecenia prowadzącej, zakłócał przebieg zajęć przez wprowadzanie elementów, na które miał akurat ochotę, jednak po czasie dostosował się do pracy grupy. Dobre efekty przyniosły pochwały za współpracę w grupie, uczeń wpięrow reagował na nie zawstydzaniem, jednak po ok. miesiącu zaczął dopominać się ich słowami „ładnie tańczyłem?”.

Niestety w trakcie uczęszczania chłopca na zajęcia jego matka nie była zainteresowana ich przebiegiem, unikała również kontaktu z logopedą. Z informacji uzyskanych od wychowawcy ucznia wynikało, iż nie uważa ich za wartościowe, lecz w związku z tym, że są prowadzone w ramach zajęć w szkole, nie sprzeciwiała się ich kontynuacji.

Badanie kontrolne

Po pięciu miesiącach od diagnozy, w trakcie których chłopiec regularnie uczestniczył w zajęciach rytmiki połączonych z pracą nad spowolnieniem mowy, przeprowadzono ponownie próbę sylabową w celu oceny niepełności mowy. Wynik wykazał: nazywanie obrazków i powtarzanie zdań – 2%, historyjka obrazkowa – 6%, dialog – 4%. Analiza całości nagrania pod kątem uporczywości (nasilenia) ujawniła 9% niepełności – lekki stopień jękania.

Zdecydowanie zmniejszyła się liczba embolofazji oraz powtórzeń jednowyrazowych. Uczeń spontanicznie stosował spowolnioną mowę przy dłuższych wypowiedziach. Na ich pojawienie się zwróciła uwagę również wychowawczyni, która zaobserwowała płynniejszą mowę i zdecydowanie dłuższe wypowiedzi chłopca. Poprawiły się też jego kontakty z rówieśnikami, coraz częściej dopuszczał do swoich samodzielnych zabaw zainteresowane nimi dzieci. Ciągłe jednak rzadko stosował się do poleceń nauczyciela – głównie wówczas, gdy odpowiadały aktywności, którą akurat wykonywał lub miał ochotę wykonać.

Dużo lepiej reagował na polecenia wydawane całej grupie – w takich sytuacjach obserwował rówieśników i często dołączał do większości.

Po zakończonym semestrze nastąpiła przerwa wakacyjna, w trakcie której rodzina zmieniła miejsce zamieszkania. Nauka i ewentualna terapia chłopca odbywały się w odległej miejscowości, niestety brak informacji o jej prowadzeniu i przebiegu.

KONKLUZJA

Kształtowanie się mowy dziecka trwa do około 6–7 roku życia¹⁹. Problemów z płynnością w mowie doświadcza ok. 5% małych dzieci, zaś ich pierwsze symptomy pojawiają się między 2. a 4. rokiem życia. Częściej dotyczą chłopców niż dziewczynek, które mają większe szanse na samoistne ustąpienie objawów, bez interwencji terapeutycznej. Jednak – jak wskazują badania naukowe – jąkanie utrwalone pociąga za sobą negatywne konsekwencje w zakresie relacji interpersonalnych czy w odniesieniu do kariery zawodowej osób jąkających się²⁰. Stąd też tak ważne są działania profilaktyczne oraz objęcie terapią logopedyczną wszystkich dzieci wykazujących niepłynność w mowie²¹. Skuteczna terapia, prowadzona w oparciu o kompleksową diagnozę logopedyczną, powinna być optymalnie dopasowana do potrzeb konkretnego dziecka²². Niestety nie zawsze może być prowadzona z zaangażowaniem i przy współpracy rodziców, w warunkach optymalnych i z wykorzystaniem wszystkich mogących polepszyć jej efekty technik i narzędzi. W takiej sytuacji oraz jako dodatkowe działanie włączona w terapię jąkania może zostać muzykoterapia połączona z pracą nad poprawą płynności mowy. Terapia muzyką jest szeroko stosowana między innymi w postępowaniu klinicznym, profilaktycznym, rehabilitacyjnym, zatem może być prowadzona na terenie szpitala, ośrodka rehabilitacyjnego, w szkole, hospicjum, placówce resocjalizacyjnej²³. Aktywne formy muzykoterapii mogą wpłynąć na kształtowanie bądź polepszenie wielu dyspozycji dziecka, w tym: mowy, motoryki, emocji, intelektu. Dlatego włą-

¹⁹ E. Czaplewska, *Diagnoza zaburzeń rozwoju artykulacji*, [w:] *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*, red. E. Czaplewska, S. Milewski, Gdańsk 2012, s. 5.

²⁰ Zob. K. Węsierska, *Kompleksowa diagnoza...*, s. 408.

²¹ Zob. Z. Tarkowski, E. Humeniuk, J. Dunaj, *Jąkanie w wieku przedszkolnym*, Olsztyn 2011, s. 128–129.

²² Zob. K. Węsierska, *Kompleksowa diagnoza...*, s. 411.

²³ Zob. K. Stachyra, *Definiowanie i klasyfikowanie muzykoterapii...*, s. 29.

czenie ćwiczeń wchodzących w zakres np. metody rytmiki E. Jaques'a-Dalcroze'a w połączeniu z pracą nad spowolnieniem tempa wypowiedzi przynieść może wymierne postępy w pracy nad płynnością mowy dziecka.

BIBLIOGRAFIA

- Ambrose N.G., Cox N.J., Yairi E., *The genetic basis of persistence and recovery in stuttering*, „Journal of Speech, Language, and Hearing Research” 1997, Vol. 40 (3).
- Andrews G., Garside R., Kay D., *The syndrome of stuttering*, „Clinical Development Medica” 1964, 17.
- Brzozowska-Kuczkiwicz M., *Emil Jaques-Dalcroze i jego Rytmika*, Warszawa 1991.
- Chęciek M., *Jąkanie. Diagnoza – terapia – program*, Kraków 2012.
- Czaplewska E., *Diagnoza zaburzeń rozwoju artykulacji*, [w:] *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*, red. E. Czaplewska, S. Milewski, Gdańsk 2012.
- Grabias S., *Mowa i jej zaburzenia*, „Audiofonologia” 1997, t. 10.
- Jeziorańska-Bednarz E., *Nielingwistyczne formy przekazu i pracy w procesie terapii zaburzeń komunikacji*, „Forum Logopedyczne” 2011, nr 19.
- Kaczmarek L., *Rewalidacja dzieci i młodzieży z zaburzeniami mowy*, [w:] *Pedagogika rewalidacyjna*, red. A. Hulek, Warszawa 1981.
- Kelman E., Nicholas A., *Praktyczna interwencja w jąkaniu wczesnodziecięcym*, tłum. K. Węsierska, Gdańsk 2013.
- Konieczna E.J., *Arteterapia w teorii i praktyce*, Kraków 2011.
- Riper Ch., *The nature of stuttering*, New Jersey 1982.
- Sommer M., Koch M.A., Paulus W., Weiller C., Büchel C., *Disconnection of speech-relevant brain areas in persistent developmental stuttering*, „Lancet” 2002, Vol. 360 (9330).
- Stachyra K., *Definiowanie i klasyfikowanie muzykoterapii*, [w:] *Podstawy muzykoterapii*, red. K. Stachyra, Lublin 2012.
- Szeląg E., *Neurobiologiczne korzenie jąkania*, „Biuletyn. Czasopismo Polskich Terapeutów Mowy” 1996, nr 4.
- Tarkowski Z., *Jąkanie*, Warszawa 1999.
- Tarkowski Z., *Jąkanie wczesnodziecięce*, Warszawa 1992.
- Tarkowski, Z., Humeniuk E., Dunaj J., *Jąkanie w wieku przedszkolnym*, Olsztyn 2011.
- Węsierska K., *Kompleksowa diagnoza jąkania wczesnodziecięcego podstawą skutecznej terapii*, [w:] *Diagnoza różnicowa zaburzeń komunikacji językowej* (Nowa Logopedia, t. 3), red. M. Michalik, A. Siudak, Z. Orłowska-Popek, Kraków 2012.
- Woźniak T., *Standard postępowania logopedycznego w przypadku jąkania*, „Logopedia” 2008, nr 37.

MUZYKOTERAPIA W TERAPII NIEPŁYNNOCI MOWY. OPIS PRZYPADKU

Streszczenie: Artykuł przedstawia opis przypadku pięcioletniego chłopca dotkniętego niepłynnością mowy, u którego diagnoza logopedyczna wykazała umiarkowany stopień jąkania. Z przyczyn niezależnych od logopedy terapia odbywała się w warunkach szkolnych, w trakcie zajęć grupowych, z wykorzystaniem metody rytmiki E. Jaques'a-Dalcroze'a, poszerzonych o pracę nad spowolnieniem mowy chłopca. Czynne uczestnictwo w zajęciach muzykoterapii przyniosło mierzalną poprawę zarówno mowy dziecka, jak i jego relacji z rówieśnikami.

Słowa kluczowe: jąkanie, diagnoza, terapia, muzykoterapia, rytmika

MUSIC THERAPY IN THE TREATMENT OF SPEECH DISFLUENCY. A CASE STUDY

Summary: The following article presents a case of a five year old boy afflicted with a speech disfluency, in whom the logopedic diagnosis of speech showed a moderate degree of stuttering. For reasons beyond the control of a speech therapist the boy's therapy took place in the school environment during group activities using the rhythm method of E. Jaques-Dalcroze, additionally extended to work on slowing down the boy's speech. Active participation in the activities of music therapy resulted in a measurable improvement in both the child's speech and his relationships with peers.

Keywords: stuttering, diagnosis, therapy, music therapy, rhythmic classes