

ZBIGNIEW TARKOWSKI

Wyższa Szkoła Biznesu – National Louis University w Nowym Sączu
Wydział Nauk Społecznych i Informatyki

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4970-8512>

Charakterystyka psychologiczna gielkotu oraz jego terapia

Psychological Characteristics of Cluttering of Cluttering and its Therapy

STRESZCZENIE

W wielowymiarowym gielkocie bardzo ważną rolę ogrywają czynniki psychologiczne. Należą do nich przede wszystkim zaburzenia myślenia, zaburzenia uwagi słuchowej, obniżona świadomość językowa oraz impulsywność. Czynniki te powinny zostać uwzględnione w postępowaniu terapeutycznym. W artykule przedstawiono diagnozę i terapię osób z gielkotem, wykorzystując założenia terapii poznawczo-behawioralnej oraz własne propozycje.

Słowa kluczowe: gielkot, czynniki psychologiczne, diagnoza, terapia

SUMMARY

Psychological factors play a very important role in multidimensional cluttering. These include primarily thinking disorders, auditory attention disorders, reduced language awareness and impulsivity. These factors should be taken into account in the therapeutic procedure. The article presents the diagnosis and therapy of people with cluttering, using the assumptions of cognitive-behavioral therapy and our own suggestions

Key words: cluttering, psychological factors, diagnosis, therapy.

ISTOTA GIEŁKOTU

Termin gielkot (niem. *poltern*, ang. *cluttering*,) został wprowadzony do typologii zaburzeń mowy przez niemieckich foniatrów pod koniec XIX wieku. Był

przyjęty z dużą rezerwą przez amerykańskich patologów mowy i przez wiele lat był jednostką zapomnianą. Dopiero powołanie Międzynarodowego Stowarzyszenia na rzecz Gielkotu (International Cluttering Association) w 2007 roku oraz zorganizowanie dwóch międzynarodowych konferencji ożywiło zainteresowanie tym wielowymiarowym zaburzeniem, stanowiącym „mikrokosmos różnych zaburzeń mowy i języka” (Myers 2018, 45). W literaturze na temat gielkotu zdecydowanie dominują prace pogładowe. Przeprowadzonych zostało mało badań empirycznych realizujących założenia logopedii opartej na dowodach (EBST). Trwa nadal dyskusja na temat istoty gielkotu / mowy bezładnej, prowadzona w wąskim gronie specjalistów. Najczęściej jest on opisywany objawowo jako zaburzenie płynności mówienia połączone ze zbyt szybkim lub nieregularnym jego tempem (Węsierska et al. 2014). Dominują w nim symptomy nie płynności normalnej (nienapiętej), takie jak: 1. powtarzanie, przeciąganie dźwięków mowy oraz ich poprawianie; 2. pauzowanie; 3. teleskopowość (stłaczanie lub połykanie głosek lub sylab); 4. wtrącanie zbędnych elementów (yyy, eee, uhm, no tak, wiesz, prawda). Symptomom nie płynności towarzyszy zbyt szybkie lub nieregularne tempo mówienia powodujące utratę kontroli nad wypowiedzią ustną (Spruit 2017). Przeciętą szybkość wynosi 120–150 słów na minutę. Dla porównania sprawozdawcy, spikerzy, raperzy są w stanie wypowiadać ponad 220 słów na minutę, a ich mowa jest zrozumiała. Za bardziej atrakcyjne jest uznawane mówienie szybkie niż wolne (Zyss, Zięba 2015). Tempo wypowiedzi może być zbyt spowolnione (bradylalia) lub nadmiernie przyspieszone (tachylalia). Gielkot jest trudno odróżnić od jąkania oraz normalnej nie płynności mówienia (Tarkowski, Okraśńska 2022], gdyż kluczowe dla tych zaburzeń pojęcie płynności jest nieprecyzyjne (Tichonor, Constancino, Yaruss, 2022). Omawiane zaburzenie jest kojarzone zarówno z mową niewyraźną (Spruit 2017), jak i mową bezładną (Myers 2018; Tarkowski, Góral-Półroła, Reichel 2016).

Już D. Weiss (1964) rozumiał gielkot wielowymiarowo i holistycznie, zaliczając go do centralnych zaburzeń języka. Podobnie Z. Tarkowski (2002) określił mowę bezładną jako zaburzenie globalne, obejmujące wszystkie składniki wypowiedzi, a więc jej treść, formę językową i substancję foniczną, przy czym pierwszoplanowe znaczenie mają zniekształcenia semantyki, a drugoplanowe – zaburzenia gramatyki, a trzecioplanowe – zaburzenia fonetyki i prozodii. To nowe podejście do gielkotu zostało omówione w innych pracach (Góral-Półroła, Tarkowski 2014; Góral-Półroła, Tarkowski, Zielińska, Jastrzębowska 2016). D. Ward (2006) wyróżnia dwa rodzaje gielkotu: motoryczny i lingwistyczny. Podstawowym objawem gielkotu motorycznego są błędy artykulacyjne oraz zaburzenia tempa i płynności mówienia. Natomiast w gielkocie lingwistycznym występują trudności w planowaniu wypowiedzi na etapie semantycznym i syntaktycznym, które obrazuje następująca wypowiedź:

„A więc ja jeszcze nigdy nie ale właściwie można by ale chodzi właściwie o to sędzę chodzi o w moim przypadku o to przeformułowanie żeby skomplikować te zdania i albo właściwie strasznie uprościć nie powiedzieć to co naprawdę chce się powiedzieć” (Spruit 2017, 62).

Z. Tarkowski, J. Góral-Półroła, I. Reichel (2016) ujmują gielkot systemowo jako strukturę składającą się z czynników: lingwistycznych, biologicznych, psychologicznych i społecznych oraz relacji między nimi. Z wiekiem rośnie znaczenie czynników psychospołecznych. Dostrzegła to M. Kaźmierczak (2023), która przedstawiła gielkot jako skomplikowany bezład językowo- komunikacyjny. Kluczowymi pojęciami tego ujęcia są chaos oraz ład, stanowiące siły wzajemnie się warunkujące się, opisane w ramach koncepcji mityczno-religijnej. W biograficznej książce R. Wilhelm (2020) dzieli się doświadczeniem w zmaganiach się ze swoim gielkotem. Przytacza także historie innych osób borykających się z mową bezładną oraz przedstawia opinie terapeutów. Lektura tej książki potwierdza znaczenie czynników psychologicznych w gielkocie. Z kolei K.S. Scott (2023) omawia związane z nim bariery i mity. Do barier zalicza słabe przygotowanie logopedów do diagnozy i terapii gielkotu oraz nierozumienie jego istoty. Natomiast do mitów włącza opinie mówiące o nieświadomości zaburzenia, jego stałości i ciągłości oraz niechęci do leczenia osób mówiących bezładnie.

CZYNNIKI PSYCHOLOGICZNE

Do najważniejszych czynników psychologicznych gielkotu należą: 1. zaburzenia myślenia, 2. zaburzenia uwagi, 3. obniżona świadomość językowa, 4. impulsywność, 5. negatywne emocje. Zaburzenia te tworzą różne kompozycje nadające zaburzeniu indywidualny charakter.

Zaburzenia myślenia

Zaburzenia myślenia dzielą się na zaburzenia jego treści oraz formy, toku, struktury i funkcji (Rybakowski, Pużyński, Wciórka 2010). W gielkocie nie występują zaburzenia treści myślenia (urojenia, obsesje, automatyzmy, myślenia magiczne), a pojawiają się zaburzenia jego toku (gonitwa myśli, persewacje, rozwlekłość) oraz struktury i funkcji (rozkojarzenie, ześlizgiwanie się, niespójność myślenia). Zaburzenia te zostały opisane szczegółowo na podstawie wyników badań przez B. Zeigernik (1969). Włączono je do klasycznej logopedycznej klasyfikacji jako zaburzenia treści wypowiedzi (Kaczmarek 1988). Oto ich charakterystyka (za: Zeigernik 1969):

Gonitwa myśli to znaczne przyspieszenie toku lub tempa myślenia. Polega ona na przeskakiwaniu z jednego wątku na inny, niekończeniu jednej myśli i natychmiastowym przechodzeniu do następnej. Wypowiedzi towarzyszyć może

ożywiona ekspresja (gestykulacja, mimika), a uwaga jest bardzo odwracalna. Nowe wrażenia i słowa zmieniają ogólny sens, który nie jest kontrolowany. Silne przeżycie emocjonalne znajduje natychmiast odzwierciedlenie w mowie.

Ześlizgiwanie się / zbaczenie myślenia polegają na nieoczekiwanej zmianie toku myślenia. To zbaczenie następuje w momencie przechodzenia od wyjściowych wątków do kolejnych, luźno powiązanych z poprzednimi, przez co myśli oddalają się od głównego tematu wypowiedzi. Objawem ześlizgu jest dygresja (wtrącenie), czyli odejście od głównego tematu wypowiedzi. Polega ono na okresowym wprowadzeniu wątku niezwiązanego lub luźno powiązanego z podstawową treścią budowanej wypowiedzi.

Zaburzenie krytycyzmu myślenia to nieumiejętność surowej, pozbawionej emocji oceny toku swoich myśli i wypowiedzi. Brak krytycyzmu myślenia ujawnia się w obojętnym stosunku do własnych błędów językowych, ich niezauważaniu, samozadowoleniu, niemartwieniu się krytyką. *Wieloplanowość myślenia* polega na braku jego ukierunkowania, rozchodzeniu się jego wątków oraz ich niespójności. Myślenie przebiega różnymi nurtami równocześnie. Natomiast *rozkojarzenie myślenia* powoduje utratę spójności pomiędzy wątkami, które nie są powiązane znaczeniowo. Myśli są nieuporządkowane i nie zmierzają do żadnego określonego celu. W porozrywany toku wypowiedzi występują skróty, opuszczenia, dziwaczności. Rozkojarzeniu towarzyszy natłok myśli, czyli poczucie obecności w umyśle zbyt wielu różnych myśli w tym samym czasie. W wyniku tych zaburzeń wypowiedź nie stanowi spójnej całości i jest niezrozumiała.

Opisane zaburzenia procesu myślenia występują u osób z gielkotem, o czym świadczą wyniki badań przeprowadzonych przez M. Kaźmierczak (2022). Uczestniczyło w nich 13 osób dorosłych z rozpoznany gielkotem. Jeden z ankietowanych określił swoje zaburzenie jako „gielkot psychiczny”. Pozostali twierdzili, że nie mogą zebrać myśli; powiedzieć tego, co chcą; są „zakręceni” i chaotyczni w mówieniu; „gonią się” z myślami; skaczą po tematach; mają ciągły bałagan w głowie itp. Znamienne są wypowiedzi osób z gielkotem pochodzące z badań M. Kaźmierczak (2022, 123–124):

- „1. Jaki jest teraz mój gielkot? Hmm... Było bolognese, jest tagliatelle. W sensie takie gniazda tagliatelle... Surowego makaronu. Niby nadal spaghetti w mojej głowie, ale... Myśli już zakładają gniazda, łączą się... Jak to powiedzieć?... Zaczynają się łączyć... Zaczynają szukać wspólnych części z innymi... Kluski patrzą, co mają wspólnego z innymi kluskami. Jeśli ktoś widział surowe tagliatelle w pudełku, to wie, że gniazda są osobno, ściśle związane tylko w sobie, przed ugotowaniem nie dopuszczają do siebie klusek z innych gniazd – każde myślowe gniazdo osobno. W bolognese był chaos przykryty jeszcze nieprzezroczystym so-

sem, wszystkie kluski poplątane, a teraz już widać jakiś porządek. A bez sosu i na surowo jest lepiej. W sensie – więcej widać... Trzeba tylko pilnować, żeby nie rozwodnić i nie rozgotować, bo będzie jak w *Podróżach Pana Kleksa* – znowu kompletna ciapa myślowa.

2. Mam mnóstwo myśli, które pędzą niczym pociąg. Czasem jestem maszynistą, ale często on jeździ, gdzie chce. Bardzo mnie to wnerwia.
3. A ja myślę niewyraźnie, bo myślę o dwóch myślach równocześnie.
4. Ryby w szale karmienia – wszystkie myśli atakują równocześnie, żadna nie jest pierwsza, nie ma porządku i w końcu żadna w całości nie przechodzi”.

Należy podkreślić, że badani rzadko wspominali o zaburzeniach płynności mówienia lub jego tempa, a koncentrowali się na zaburzeniach myślenia, traktując je jako dysfunkcję podstawową.

Zaburzenia uwagi

Uwaga to zdolność do selekcjonowania bodźców płynących ze świata zewnętrznego, dzięki skierowaniu świadomości na określony bodziec. Ten proces poznawczy pozwala wybrać istotne, a pominąć nieistotne informacje, dzięki czemu zapobiega się przeciążeniu psychiki. Gielkotowi towarzyszy często wąski zakres uwagi słuchowej i jej słaba koncentracja (Wieiss, 1964; Góral-Półrola, Tarkowski 2014). Autokontrola słuchowa (uwaga wewnętrzna) jest wyraźnie obniżona. Powoduje to nieuważne słuchanie samego siebie oraz niezauważanie błędów językowych (Kurkowski 2019).

Impulsywność

Osoba impulsywna jest porywcza, skłonna do gwałtownych reakcji, a równocześnie wrażliwa i mało odporna. Wykazuje dużą reaktywność na bodźce słabe i trudno jej przetrzymać bodźce silne. Osoby z gielkotem są opisywane jako jednostki impulsywne, czyli popędliwe, nieopanowane, nadpobudliwe, gwałtowne, wybuchowe, nadwrażliwe (Tarkowski, Góral- Półrola, Reichel 2016). Są słabo zorganizowane i bywają nieświadome konsekwencji swojego zachowania. Ponadto mają tendencję zachowań kompulsywnych i napędowych, wymykających się spod kontroli (Myers 2018).

Świadomość językowa

Świadomość językowa polega na umiejętności dostrzegania i korygowania błędów semantycznych, gramatycznych i fonetycznych występujących w mowie własnej i cudzej. Rozwija się ona stopniowo w ontogenezie, stanowiąc bardzo ważny wskaźnik kompetencji lingwistycznej. Na ogół u użytkowników

języka najwyższy jest poziom świadomości fonetycznej, niższy – poziom świadomości semantycznej, a najniższy – świadomości gramatycznej. U podstawy świadomości językowej leży wiedza językowa, kontrola słuchowa oraz zdolność autokorekcji. Poziom świadomości językowej osób z gielkotem jest zróżnicowany: od jednostek świadomych, poprzez częściowo świadomych do zupełnie nieświadomych. Jednostki nieświadome nie zauważają własnej mowy bezładnej oraz nie otrzymują informacji zwrotnej na jej temat. Nawet jeśli słuchacze sygnalizują trudności w jej odbiorze, to są mało krytyczne wobec tych uwag lub niezdolne do autokorekcji. Ponadto osoby z gielkotem twierdzą nieraz, że one same siebie rozumieją, a więc problem występuje po stronie odbiorcy.

Negatywne emocje

Gielkot jest kojarzony z niepohamowanym temperamentem, który może maskować niepokój, frustrację i gniew (Myers 2018). Jeśli jest on uświadomiony, to może pojawić się lęk komunikacyjny, stanowiący rodzaj fobii społecznej. U świadomych osób z gielkotem występuje także poczucie winy i wstydu z powodu braku kontroli nad wyrażaniem siebie, swoich myśli, uczuć i potrzeb.

Gielkot a ADHD

Gielkot oraz ADHD są często sprzężone ze sobą, gdyż są rozpoznawane na podstawie podobnych kryteriów (zaburzenia koncentracji uwagi oraz impulsywność). O. Przybyła (2012) stwierdziła występowanie mowy bezładnej u 72% dzieci z nadpobudliwością psychoruchową. Jedynie wypowiedzi 16% badanych były spójne i logicznie powiązane. Należy pamiętać, że ADHD towarzyszy często zachowanie opozycyjno-buntownicze, mając zasadniczy wpływ na przebieg postępowania terapeutycznego.

TERAPIA

Uwzględnianie opisanych czynników psychologicznych w terapii osób z gielkotem zwiększa jej efektywność. Ma tego świadomość M. Myers (2018), która opracowała autorską Poznawczo-Behawioralną Terapię Gielkotu. Jej koncepcja w małym stopniu nawiązuje do rzeczywistej terapii poznawczo-behawioralnej, będącej dynamicznie rozwijającym się kierunkiem psychoterapii (Popiel, Pragłowska 2022). Ponadto M. Myers omawia znane od dawna metody postępowania terapeutycznego (por. Tarkowski 1993) pod nowymi wymyślnymi nazwami. M. Kaźmierczak (2021) postuluje, aby w terapii osób z gielkotem uwzględnić ich opinie, które mogą różnić się znacznie od opinii logopedów. Dotyczących istoty zaburzenia, jego świadomości oraz roli emocji negatywnych. Na przykład pacjent określa typ swojego gielkotu jako psychiczny, a logopeda z reguły jako

motoryczny. Dopóki obie strony nie uzgodnią jego natury, trudno będzie im efektywnie współpracować. Osoby z gielkotem oczekują, że do terapii zostanie włączona praca z emocjami (lękiem, stresem, gniewem, poczuciem winy i wstydu), które stanowią katalizator mowy (Kaźmierczak 2021).

Podstawowe założenie terapii poznawczo-behawioralnej głosi, że „zmianę behawioralną i emocji można wywołać poprzez zmianę poznania (Popiel, Pragłowska 2022, 4). Ten dynamiczny proces jest realizowany w trzech etapach: 1. rozpoznanie, 2. realizacja celów, 3. sprawdzenie i utrwalenie osiągnięć.

Etap I: Rozpoznanie

Do diagnozy gielkotu wykorzystuje się przede wszystkim metodę *Analizy Próbek Mowy*, która realizowana jest w trzech etapach:

- etap 1: zarejestrowanie wielu próbek wypowiedzi ustnych w różnych naturalnych sytuacjach komunikacyjnych.
- etap 2: transkrypcja tych próbek pismem zwykłym lub fonetycznym.
- etap 3: analiza zapisanego tekstu z zastosowaniem wskaźników a) lingwistycznych (np. przeciętna długość wypowiedzi, jej spójność semantyczna lub gramatyczna), b) prozodycznych (np. objawy nie płynności mówienia, tempo wypowiedzi), komunikacyjnych, np.: wkład komunikacyjny, siła przebicia, akty mowy.

Analiza Próbek Mowy jest metodą czasochłonną i pracochłonną. Jest więc zastępowana *metodą odsluchiwania wypowiedzi* nagranych dyktafonem lub kamerą wideo. Ten drugi sposób daje możliwość analizowania zachowania niewerbalnego oraz temperamentu osoby z gielkotem. Znajomość kryteriów diagnozy deferencjalnej (Tarkowski 2010) stanowi podstawę odróżniania gielkotu od jąkania, tachylalii oraz normalnej nie płynności mówienia. Do oceny rozmiaru i nasilenia mowy bezładnej wykorzystuje się *Skalę Rozpoznania Gielkotu* (Tarkowski, Smul 1988), *Kwestionariusz Zaburzeń Płynności Mówienia* (Tarkowski 2010) *Kwestionariusz Wywiadu Logopedycznego – Zaburzenia Płynności Mówienia* (Spruit 2017), *Narzędzie do Badania Nasilenia Gielkotu* (Myers 2018). Narzędzia te pozwalają oszacować płynność mówienia, jego tempo, zrozumiałość wypowiedzi, jej kontrolę słuchową oraz objawy dezorganizacji myślenia.

Poza dokonaniem diagnozy klinicznej gielkotu należy rozpoznać problem osoby nim obciążonej. Sama mowa bezładna nie stanowi problemu. Staje się nim, jeśli jest przeszkodą w realizacji ważnych celów życiowych, społecznych, zawodowych lub edukacyjnych pacjenta. Dobrym sposobem określania jego problemu jest tzw. *pytanie o cud* (Popiel, Pragłowska 2022, 166–169):

Zalóżmy, że wydarzył się cud. Nic ci nie dolega i nie ma potrzeby korzystania z terapii. Po czym byś poznał/a, że ten cud się zdarzył?

Na podstawie odpowiedzi pacjenta terapeuta tworzy listę problemów do terapii, które nie dotyczą jedynie mowy, ale także funkcjonowania psychospołecznego. Można oszacować ich intensywność w skali od 0 do 10. Terapia poznawczo-behawioralna jest skoncentrowana na rozwiązaniu rozpoznanych problemów.

Zdaniem F. L. Myers (2018) w leczeniu gielkotu nie chodzi jedynie o poprawę jakości mowy, ale i jakości życia. M. Spruit (2017) ustala cele terapii w zależności od rodzaju gielkotu: motorycznego i lingwistycznego. Są one podobne (np. rozpoznanie objawów, samokontrola, obniżenie tempa wypowiedzi, stosowanie wypowiedzi) oraz różne (np. korygowanie wymowy w gielkocie motorycznym oraz formułowanie wypowiedzi w gielkocie lingwistycznym). Uwzględniając przedstawione czynniki psychologiczne gielkotu, cele jego terapii są następujące:

1. regulacja tempa mówienia oraz poprawa jego płynności;
2. ograniczenie chaosu myślenia i jego uporządkowanie;
3. zwiększenie świadomości językowej;
4. poprawa koncentracji uwagi słuchowej;
5. polepszenie funkcjonowania emocjonalnego;
6. poprawa komunikacji interpersonalnej.

Cele terapii powinny być jasne, możliwe do osiągnięcia, mierzalne, określone w czasie, ważne dla pacjenta i dostosowane do jego indywidualnych problemów. Nie ma potrzeby regulowania tempa mówienia, jeśli jest ono prawidłowe lub nie zakłóca odbioru wypowiedzi. Ponadto zmniejszenie szybkości wypowiedzi może okazać się nierealne, gdy jest ona uwarunkowana temperamentem. Nie zwiększamy także świadomości językowej osoby, która wie o swoim gielkocie. Ustalając realistyczne cele terapii pacjenta, należy sprecyzować wymierne wskaźniki ich realizacji, na podstawie których będzie oceniana efektywność postępowania terapeutycznego. Bardzo ważne znaczenie ma w tym postępowaniu pierwsza wizyta, bo może nie dojść do drugiej. Podczas pierwszej sesji mającej charakter konsultacji należy przede wszystkim podnieść motywację do terapii. Jest ona podstawowym czynnikiem niepowodzenia w leczeniu zaburzeń niesprawiających bólu fizycznego oraz niezagrażających zdrowiu, a do takich należy gielkot. Motywacja do jego terapii zależy od wielu czynników, a nade wszystko od:

- akceptacji – nieakceptacji zaburzenia mowy;
- gotowości do podniesienia kosztów materialnych, czasowych i psychologicznych;

- przebiegu dotychczasowego postępowania terapeutycznego;
- wsparcia społecznego oraz wiary w efektywność terapii (Tarkowski, Góral-Półrola 2012).

Nie chodzi wyłącznie o motywację osoby z gielkotem, ale i o zaangażowanie się terapeuty, które jest na różnym poziomie. Ten proces wzajemnego motywowania się występuje na wszystkich etapach terapii.

Pierwsza wizyta powinna się zakończyć zawarciem kontraktu terapeutycznego, czyli umowy (ustnej lub pisemnej) między terapeutą i pacjentem (lub jego opiekunem). W kontrakcie są podane cele, czas, zasady terapii oraz wskaźniki jej efektywności. Ta umowa uwzględnia stanowisko terapeuty i perspektywę pacjenta. Powinna ona stanowić podstawę sojuszu terapeutycznego między nimi opartego na wzajemnym zaangażowaniu i współpracy. Ważną rolę w terapii odgrywają osoby wspierające, które stale komunikują się z osobą z gielkotem.

Etap II: realizacja celów

Ogólny plan terapii określa czas realizacji poszczególnych celów oraz metody ich osiągnięcia. Natomiast scenariusz typowej sesji terapeutycznej składa się z trzech części:

- I – Powitanie, omówienie pracy domowej, sformułowanie celu i problemu konkretnej sesji.
- II – Praca nad problemem z zastosowaniem odpowiednich metod i technik.
- III – Podsumowanie (co pacjent wynosi z sesji i jak się czuje) (Popiel, Prałowska 2022, 238).

Plan oraz struktura sesji może podlegać modyfikacji w zależności od etapu terapii. Jej cele są realizowane planowo oraz stopniowo, uwzględniając indywidualne potrzeby osoby z gielkotem.

Cel 1. Zwiększenie świadomości językowej

Osoba zgłaszająca się lub zgłaszana na terapię ma zapewne pewną świadomość zaburzenia mowy, ale nie wiadomo czego ona dotyczy i na jakim jest poziomie. Należy to ustalić podczas drugiej sesji. Dobrym sposobem jest analiza próbek mowy pacjenta dokonana przez niego samego. Najlepiej jeśli upłynął pewien czas od ich nagrania.

Terapeuta: *Czy słyszałeś nagranie swojej mowy?*

Pacjent: *Nie.*

Terapeuta: *Włączę nagranie twojej mowy, a ty posłuchaj uważnie siebie.*

Pacjent: *Dobrze.*

Terapeuta (po odtworzeniu krótkiego monologu): *Jak wybierasz swoją mowę?*

Pacjent: *Jest chaotyczna i ma zmienne tempo?*

Terapeuta: *Co chciałeś powiedzieć, a co powiedziałeś?*

Pacjent: *Trudno mi to rozpoznać? Chyba za dużo chciałem powiedzieć naraz.*

Terapeuta: *Jakie objawy zaburzenia wystąpiły w twojej mowie?*

Pacjent: *Zapamiętałem niewiele?*

Terapeuta: *To teraz wysłuchasz jeszcze raz swoją wypowiedź i ją przepiszesz. A potem wspólnie ją przeanalizujemy.*

Osoba z gielkotem ma możliwość posłuchać siebie (prawdopodobnie po raz pierwszy) i dokonać autoanalizy. Należy pamiętać, że objawy mowy bezładnej występują zarówno w języku mówionym, jak i pisanym (Spruit 2017). Transkrypcja tekstu daje możliwość rozpoznania semantycznych, gramatycznych, fonetycznych objawów gielkotu przez pacjenta korzystającego z pomocy terapeuty. Podsumowaniem tej próby jest napisanie opowiadania *Moja mowa*, które będzie analizowane i modyfikowane w dalszej terapii.

Cel 2. Regulacja tempa mówienia oraz poprawa jego płynności

Potrzeba zwalniania tempa mówienia oraz jego upłynnienie występuje przede wszystkim w gielkocie motorycznym. Służące temu ćwiczenia zostały podane przez Z. Tarkowskiego (1993), M. Spruit (2017).

Cel 3. Zwiększenie koncentracji uwagi słuchowej

Służą temu treningi uważności (Tarkowski 2004; Myers 2018), będące jednocześnie sposobem regulacji temperamentu i polepszenia kontroli nad własną wypowiedzią. W tym celu można wykorzystać strategię *skup się na swojej mowie*. Polega ona na tym, że osoba z gielkotem tworzy wypowiedzi ustne na dowolne tematy, nadmiernie wsłuchując się w to, co mówi oraz stara się natychmiast poprawiać zauważone błędy. Udana autokorekcja jest wzmocniana pozytywnie przez terapeutę.

Osoba z gielkotem powinna przejść trening uważnego słuchania innych osób. Służą temu następujące techniki:

- Parafraza – potwierdzenie własnymi słowami tego, co się usłyszało (*Jeżeli dobrze rozumiem...*).
- Klaryfikacja – prośba o wyjaśnienie elementów niezrozumiałych (*Czy możesz mi jeszcze raz to wyjaśnić...*).
- Odzwierciedlenie – dostrojenie się do partnera, jego tempa wypowiedzi, głosu, emocji, poglądów, przekonań. (*Rozumiem, co czujesz...*).
- Dowartościowanie – przekazanie rozmówcy, że to, co zrobił, o czym mówi, jakie ma zamiary jest czymś godnym podziwu, czymś wartym docenienia,

- a przynajmniej dostrzeżenia (*Podziwiam, ja bym tak nie potrafił*)
- Podsumowanie – służy do podsumowania i zamknięcia jakiegoś tematu lub zagadnienia (*Czyli podsumowując to, co powiedziałeś...*).

Techniki te wymagają koncentracji na tym, co ktoś mówi. Nie wolno wybierać myślami, wybierać odpowiadające nam treści, kończyć za kogoś lub nagminnie przerywać. Aktywnie słuchać to znaczy odróżnić informacje bardziej istotne od mniej istotnych oraz dokonać interpretacji tekstu, dostrzegając jego wielopoziomowość. Umieć zadawać pytania, gdy się czegoś nie rozumie. Aktywne słuchanie stanowi podstawę rozwijania umiejętności konwersacyjnych osoby z giełkotem. Terapeuta powinien sygnalizować trudności w odbiorze jej wypowiedzi, czyniąc to werbalnie (np.: nie rozumiem) lub niewerbalnie (np.: marszcząc czoło).

Cel 4. Ograniczenie chaosu myślenia i jego uporządkowanie

M. Spruit (2017, 116) jest zdania, że „osoba z giełkotem musi się nauczyć jak najbardziej precyzyjnie formułować myśli i przekazywać je odbiorcy w sposób zrozumiały”, ale autorka nie podała, jak to zrobić. Podobnie Myers (2018) podkreśla wagę poprawy myślenia tych jednostek, ale bez rozwiązań praktycznych. Można je czerpać z psychologii poznawczej (Kozielecki 1968; De Bono 1995; Nęcka, 1994) oraz retoryki (Korolko 1990; Barłowska et al. 2010). Powszechnie stosowana *technika pauzowania* służy nie tylko zwolnieniu tempa wypowiedzi (Myers 2018), a także jej strukturalizacji. Pauzy (interpunkcja w mówieniu) są środkiem ekspresji (pauzy psychologiczne) oraz ułatwiają odbiór tekstu ustnego (pauzy logiczne) w komunikacji interpersonalnej (Barłowska et al. 2010). Mówcy dają one czas do namysłu, a słuchaczowi pomagają w rozumieniu oraz trzymają go w napięciu (Korolko 1990). Generalnie osoby z giełkotem mają stosować w wypowiedzi więcej pauz oraz je wydłużać. Uda się to im, jeśli będą mówiły *jasno i prosto*, o co apelował wybitny filozof języka K. Popper (Barłowska et al. 2010, 270). Trzymanie się tej podstawowej zasady retorycznej ułatwia klarowne formułowanie myśli. Służy temu technika *mów jaśniej* polegająca na tym, że osoba z giełkotem wielokrotnie przekształca swoją wypowiedź, zmieniając pauzowanie, aż jej poziom zadowoli słuchacza – terapeutę. Zdaniem A. Herzyk (1998) cechy dobrego dyskursu to: 1. zwięzłość (bo jak powiedział Szekspir: *zwięzłość jest duszą sensu*), 2. utrzymanie wątku wypowiedzi, 3. użycie słów adekwatnych do przekazanych treści, 4. spontaniczne korekty błędów, 5. selekcja wątku wypowiedzi zgodnie z zamierzoną intencją, 6. optymalna liczba informacji potrzebnych do wyrażania treści. Taki poprawny tekst powstaje dzięki integracji myślenia i języka na poziomie mowy wewnętrznej, stanowiącej semantyczny aspekt wypowiedzi (Wygotski 1989). Opanowanie cech dobrego dyskursu to podstawowe zadanie w terapii giełkotu. Jego realizacja wymaga włożenia wiele wysiłku w pracy nad tekstem.

E. De Bono (1995) opracował techniki skutecznego myślenia, które można wykorzystać w terapii gielkotu. Jedna z nich nosi nazwę *zalety, wady i coś interesującego*. Technika ta ma ukierunkować uwagę podczas myślenia. Osoba z gielkotem, przedstawiając swoją opinię lub pogląd, ma skupiać się kolejno wyłącznie na ich zaletach, później na wadach, a na końcu wyjaśnić, co wydaje się interesujące. Nie wolno przeskakiwać z tematu na temat. Inna technika, o nazwie *rozważ wszystkie czynniki*, ma na celu ich skomplikowanie w należyтым porządku, od najbardziej do najmniej istotnych. Z kolei technika *skutki i następstwa*, czy świadomego rozważenia konsekwencji określonej decyzji czy postępowania, których skutki dzieli na natychmiastowe i odległe. Natomiast techniki *cel i dążenia oraz podstawowe priorytety* skłaniają do ograniczenia się do przekazywania informacji najistotniejszych.

E. Nęcka (1994) opisał techniki służące dostrzeganiu i rozwiązywaniu problemów własnych i cudzych. Należą do nich: 1. burza pytań, 2. test zdań niedokończonych, 3. „kruszenie” obiektu lub idei, 4. morfologia pola semantycznego, 5. wyszukiwanie analogii, 6. wyszukiwanie paradoksu, 7. tworzenie antynomii. Na przykład *technika morfologii pola semantycznego* polega na ustaleniu najważniejszych aspektów gielkotu z perspektywy zarówno osoby nim obciążonej, jak i jej terapeuty. Po porównaniu odpowiedzi należy pozostawić rozwiązania odpowiadające obu stronom.

Przedstawione techniki rozwijające myślenie należy łączyć z ćwiczeniami z retoryki. Jedno z nich – argumentacja – służy uporządkowaniu mowy żywej (Barłowska et al. 2010), Zakłada rozplanowanie treści oraz użycie odpowiednich argumentów. Terapeuta proponuje temat (np. *pomoc dla osób z gielkotem*), a pacjent ma zebrać argumenty za i przeciw temu wsparciu. Razem oceniają poprawność i siłę argumentów. Po dokonaniu tego osoba z gielkotem przygotowuje tekst pisemny, który przekształci w tekst mówiony.

Cel 5. Regulacja emocji

R. Leahy (2018, 400) twierdzi, że regulację emocji „można postrzegać jako serię «kroków» lub «technik», takich jak aktywacja emocji, etykietowanie i różnicowanie emocji, określenie problematycznych przekonań na temat emocji, łączenie emocji i przekonań z bezproduktywnymi strategiami radzenia sobie oraz określenie i ćwiczenie bardziej sensownych strategii radzenia sobie”. Autor ten omawia szczegółowo kilka technik regulacji emocjonalnej, takich jak: 1. uzyskanie dostępu do emocji, 2. pisanie ekspresywne, 3. określanie gorących punktów, 4. opisywanie schematów emocjonalnych, 5. modyfikowanie schematów emocjonalnych, 6. akceptowanie emocji, 7. robienie tego, na co nie mam ochoty. Użycie techniki *dostępu do emocji* przebiega następująco:

Terapeuta: *Co myślisz o swojej mowie?*

Pacjent: *Jest chaotyczna, balaganiarska, nerwowa.*

Terapeuta: *Dlaczego taka jest?*

Pacjent: *Nie wiem.*

Terapeuta: *Czy chaotyczna mowa stanowi dla ciebie problem?*

Pacjent: *Problem mają ci, co mnie nie rozumieją.*

Terapeuta: *Gdy mówisz chaotycznie, co czujesz?*

Pacjent: *Jestem niespokojny, pobudzony najchętniej chodziłbym.*

Terapeuta: *Czy możesz przestać mówić?*

Pacjent: *Trudno mi wyhamować.*

Terapeuta: *Jak twoją mowę mogą odbierać słuchacze?*

Pacjent: *Staram się o tym nie myśleć.*

Terapeuta: *Czy utrzymujesz ze słuchaczem kontakt wzrokowy?*

Pacjent: *Tracę go.*

Terapeuta: *Dlaczego?*

Pacjent: *Może ze wstydu.*

Terapeuta: *Czy ludzie mówili ci, że trudno zrozumieć, o czym mówisz?*

Pacjent: *Rzadko.*

Terapeuta: *I jak na to reagowałeś?*

Pacjent: *Różnie. Nie podejmuję tematu, ale drażni mnie czeplanie się mojej mowy.*

U osób z gielkotem występuje impulsywność oraz pojawiają się emocje negatywne: wstyd, lęk, poczucie winy, stres. Pogłębiają one chaos myślenia, dekoncentrują i podważają pewność siebie. Zapanowanie nad impulsywnością stanowi podstawowy warunek przyswojenia techniki *pauzowania* oraz techniki *mów jaśniej*. Należy pamiętać, że mechanizmy impulsywności i myśli automatycznych są podobne. Pojawiają się one nagle, niezależnie od woli i trudno jest z nimi sobie poradzić. Aby ograniczyć impulsywność, można zastosować technikę *odraczanie reagowania* opierającą się na zasadzie mówienia nie natychmiast, lecz po chwili namysłu. Opóźnienie reakcji słownej nie może być zbyt długie, aby nie zniecierpliwic słuchacza i nie zniechęcić go do dalszej konwersacji. Monitorowaniu emocji osoby z gielkotem służy technika *codziennego zapisywania* mówienia oraz jego ekspresji (Leahny 2018, 421). Natomiast do regulacji emocji (w tym lęku komunikacyjnego) zalecana jest technika *progresywnej relaksacji mięśniowej Jakobsena* (Popiel, Pragłowska 2022, 300–302). Metoda ta polega na naprężeniu i odprężeniu wskazanych mięśni (10 sekund) oraz czynieniu przerw trwających 10–15 sekund. W sumie relaksacja trwa około 15 minut i powinna być wykonywana dwa razy dziennie. Jej opanowanie wymaga samodyscypliny, mającej szerszy kontekst, gdyż dotyczy ona nie tylko ćwiczeń ruchowych, ale i werbalnych. Umiejętność rozluźniania się oraz panowania nad emocjami należy sprawdzić w różnych sytuacjach życiowych.

Etap III. Sprawdzenie i realizacja osiągnięć

Na tym etapie należy skupić się na wystąpieniach publicznych, będących najlepszym sprawdzianem kompetencji komunikacyjnej oraz umiejętności radzenia sobie ze stresem, treścią i logofobią. Te wystąpienia mogą być różnego rodzaju, poczynając od zabrania głosu w towarzystwie, a na przemawianiu skończywszy. W gronie znajomych osób można zastosować *technikę sygnalizowania odbioru wypowiedzi*. Rzecz w tym, że osoba z gielkotem bardzo rzadko otrzymuje informacje zwrotne dotyczące swojej mowy i nie prosi o nie. Pozbawia się tym samym kontroli zewnętrznej i jest zdana na samokontrolę, która jest niedostateczna. Sygnalizacja odbioru wypowiedzi nie może być natrętna, aby nie zniechęcić do jej kontynuowania.

Wystąpienia osoby z gielkotem wymagają starannego przygotowania według zasad retoryki (Barłowska et al. 2010, 341–433). Opracowała ona następującą technikę: 1. przekształcenia tekstu mówionego w pisany (i na odwrót), 2. zapamiętywania, 3. komunikacji niewerbalnej oraz 4. wygłaszania (między innymi: poszukiwanie napięć, prawidłowy oddech, modulacja głosu, pauzowanie, artykulacja, dykcja). Po wygłoszeniu następuje staranna jego analiza dokonana przez osobę z gielkotem wraz z terapeutą.

Przed zakończeniem terapii mowy bezładnej należy ocenić jej przebieg i efekty. Można wykorzystać propozycję przedstawioną przez Popiel i Pragłowską (2022, 563–565). Oto ona w nieco zmodyfikowanej formie:

Osiągnięte cele:

- według pacjenta,
- według terapeuty,
- według narzędzia oceny.

Zmiany, które podczas terapii zaszły u pacjenta w zakresie funkcjonowania:

- poznawczego,
- językowego,
- emocjonalnego,
- komunikacyjnego.

Mechanizmy zmian (lub ich braku):

- według pacjenta,
- według terapeuty.

Zalecenia dla pacjenta

WNIOSKI KOŃCOWE

Jak widać, w podsumowaniu terapii biorą udział terapeuta i pacjent. Ich opinie nie muszą się pokrywać i warto odnotować pojawiające się rozbieżności. Ponadto może wystąpić pogorszenie stanu mowy osoby z gielkotem (Spruit 2017; Myers 2018). Nie świadczy automatycznie o nieefektywności odbytej terapii. Obniżenie poziomu funkcjonowania werbalnego może nastąpić z powodu wielu czynników z nią niezwiązanych. Należy więc traktować regresy i nawroty jako naturalne zjawisko w postępowaniu terapeutycznym. O jego prawidłowości świadczy to, że osoba z gielkotem zwraca się o pomoc powtórnie do terapeuty, którego obdarzyła zaufaniem, będąc przekonana o jego profesjonalizmie.

PODSUMOWANIE

Nasze podejście do diagnozy i terapii mowy bezładnej różni się zasadniczo od ujęcia reprezentowanego przez Woźniaka (2008) Węsierską i współautorów (2014), van Zaalen i Reichel (2015), Myers (2018), gdyż jest skoncentrowane na istocie gielkotu psychogenego. Niestety brak jest badań naukowych potwierdzających efektywność jakiegokolwiek modelu terapii gielkotu. Na razie pozostaje ona sztuką, która czeka na dowody naukowe potwierdzające jej skuteczność. Największe znaczenie mają badania porównujące efektywność różnych podejść do terapii gielkotu.

BIBLIOGRAFIA

- Arnold B.E., 1970, *An attempt to explain the cluttering with the LLMM theory*, „Folia Phoniatria”, 1–5, s. 261–271.
- Barłowska M., Budzyńska-Daca A., Załęska M., 2010, *Ćwiczenia z retoryki*, Warszawa.
- De Bono E., 1995, *Naucz się myśleć krytycznie*, Warszawa.
- Góral-Pótroła J., Tarkowski Z., 2014, *Lettering: A Multifaceted Communication Disorder, Perspectives on Global Issues In Communication Sciences and Related Disorders*, ASHA22, ASHA 2, s. 63–67.
- Góral-Pótroła J., Tarkowski Z., Zielińska J., Jastrzębowska G., 2016, *Cluttering: specific communication disorder*, „Acta Neuropsychologica”, 14, 1, s. 1–15.
- Herzyk A., 1998, *Zaburzenia w komunikacji emocji w uszkodzeniach prawej półkuli*, „Annales” UMCS XI, 1, s. 47–62.
- Kaczmarek L., 1988, *Rewalidacja dzieci i młodzieży zaburzeniami mowy*, [w:] *Pedagogika rewalidacyjna*, red. A. Hulek, Warszawa.
- Kaźmierczak M., 2022, *Perspektywa klienta w gielkocie*, „Logopaedica Lodziensia”, 6, s. 117–132.
- Kaźmierczak M., 2023, *A proposal for a non-antagonistic approach to disorder and order in cluttering*, „Logopaedica Lodziensia”, 7, s. 67–79.
- Korolko M., 1990, *Sztuka retoryki. Przewodnik encyklopedyczny*, Warszawa.
- Kozielecki J., 1968, *Psychologia myślenia*, Warszawa.
- Kurkowski M., 2019, *Percepcja słuchowa osób jękających się*, „Logopedia”, 48 /2, s. 281–290.

- Leahy R.L., 2018, *Techniki terapii poznawczej*, Kraków.
- Logan K., 2020, *Fluency disorders: stuttering, cluttering, and related fluency problems*, San Diego.
- Myers F.L., 2018, *Istota mowy bezładnej a interwencja logopedyczna w gielkocie*, [w:] K. Węsierska, K. Gawel, *Zaburzenia płynności mówienia*, Gdańsk.
- Nęcka E., 1994, *TROP. Twórcze rozwiązywanie problemów*, Kraków.
- Popiel A., Pragłowska E., 2023, *Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka*, Warszawa.
- Przybyła O., 2012, *Gielkot w zespole nadpobudliwości psychoruchowej z deficytami uwagi*, „Logopedia”, 41, s. 25–37.
- Rybakowski J., Pużyński S., Wciórka J., red., 2010, *Psychiatria*, t. 1: *Podstawy psychiatrii*, Wrocław.
- Scott S.K., 2023, *Debunking myths about the speech fluency disorder, cluttering*, ASHA LeaderLive, November 15, 2023.
- Spruit M., 2017, *Gielkot. Jak zrozumieć osoby mówiące niewyraźnie. Podręcznik diagnostyki i terapii*, Kraków.
- St. Louis K.O., Myers F.L., Bakker K., Raphael L., 2003, *Kliniczne podejście do gielkotu*, [w:] *Neurologopedia*, red. Z. Tarkowski, Lublin.
- Tarkowski Z., 2002, *Nowe ujęcie mowy bezładnej*, [w:] *Człowiek wobec ograniczeń*, red. Z. Tarkowski, G. Jastrzębowska, Lublin.
- Tarkowski Z., 2010, *Kwestionariusz Zaburzeń Płynności Mówienia*, Lublin.
- Tarkowski Z., Okraśińska A., 2020, *Jąkanie w wieku szkolnym*, Gdańsk.
- Tarkowski Z., Góral-Półrola J., Reichel I., 2016, *Gielkot*, [w:] *Patologia mowy*, red. Z. Tarkowski, Gdańsk.
- Tarkowski Z., 1993, *Gielkot*, [w:] *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*, red. T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zaleski, Lublin.
- Tarkowski Z., Góral-Półrola J., 2012, *Skala Motywacji do Terapii Jąkania*, Lublin.
- Tarkowski Z., Smul M., 1988, *Gielkot*, Warszawa.
- Tichenor S.E., Constantino C.D., Yaruss J.S., 2022, *A point of view about fluency*, „Journal of Speech, Language, and Hearing Research”, 65, s. 645–652.
- van Zaalen Y., Reichel I., 2015, *Cluttering. Current views on its nature, assessment and treatment*, Bloomington.
- Ward D., 2006, *Stuttering and cluttering. Frameworks for understanding and treatment*, East Sussex.
- Weiss D.A., 1964, *Cluttering*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, Publishers.
- Woźniak T., 2008, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku gielkotu*. „Logopedia”, 37, s. 227–234.
- Węsierska K., Myszka A., Płusajska-Otto A., St. Louis K.O., 2014, *Osoby z gielkotem w społeczeństwie – diagnostyka, świadomość społeczna, postulaty*, [w:] *Zaburzenia płynności mówienia. Teoria i praktyka*, t. 1, red. K. Węsierska, Katowice.
- Wilhelm R., 2020, *Too fast for words: How discovering that I don't stutter but clutter changed my life*, Big Time Publishers.
- Wygotski L.S., 1989, *Myślenie i mowa*, Warszawa.
- .Zeigernik B.W., 1969, *Patologia myślenia*, Warszawa.
- Zyss T., Zięba A., 2015, *Tempo mówienia – kilka uwag z psychiatrycznego punktu widzenia*, „Neurologistyka Praktyczna”, 1, s. 15–26.