

Tomasz Woźniak  <https://orcid.org/0000-0002-6745-9639>

Uniwersytet Łódzki, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź,
e-mail: tomasz.wozniak@uni.lodz.pl

Terapia osób jękających się według Stanisława Wilczewskiego. Analiza w perspektywie historycznej

Therapy of People who Stutter According to Stanisław Wilczewski. An Analysis in Historical Perspective

Słowa kluczowe: logopedia, jękanie, terapia osób jękających się, kształtowanie płynności mowy

Keywords: speech-language therapy, stuttering, stuttering therapy, fluency shaping

Streszczenie

Artykuł stanowi opis założeń teoretycznych i rozwiązań metodycznych zastosowanych w metodzie kształtowania płynności mówienia opracowanej przez Stanisława Wilczewskiego. Przywołana została sylwetka autora metody, omówiono również historię jej stosowania – w przeszłości i obecnie. W dyskusji podjęto próbę interpretacji skuteczności oddziaływań zastosowanych w metodzie.

Abstract

The article is a description of the theoretical assumptions and methodological solutions used in the method of shaping fluency of speech developed by Stanisław Wilczewski. The profile of the author of the method is also recalled, and the history of its application, past and present, is discussed in an attempt to interpret the effectiveness of the interventions used in the method.

Funding Information: Uniwersytet Łódzki, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii.

Declaration regarding the use of GAI tools: Not used.

Conflicts of interests: None.

Ethical considerations: The Author assures of no violations of publication ethics and takes full responsibility for the content of the publication.

Received: 2025.03.30. Accepted: 2025.04.27.

Wprowadzenie

W dyskusji nad metodami stosowanymi w terapii osób jękających się można z jednej strony zgodzić się z konkluzją, że różne techniki i metody kształtowania płynności mowy czy też modyfikacji nie płynności są przydatne, choć prowadzą do zbliżonych rezultatów w zakresie redukcji objawów nie płynności mówienia, ale z drugiej strony można też całkowicie odrzucić model terapii opartej na potrzebie kształtowania płynności. Ma to miejsce w popularnym obecnie podejściu neuroafirmatywnym (model społeczny, terapia komunikacyjna), które zakłada odejście od modelu „medycznego”, próbującego usunąć stan powodujący niepełnosprawność, na rzecz terapii w teorii mającej na uwadze całościowy dobrostan osoby i jakość życia [Constantino, Campbell, Simpson, 2022]. Oba stanowiska nie muszą się wzajemnie wykluczać, co zostanie omówione w dyskusji końcowej.

Faktem jest, że większość osób jękających się chce mówić płynnie, więc ocena skuteczności interwencji terapeutycznej w tym zakresie jest zagadnieniem istotnym. W przypadku dzieci w wieku szkolnym i młodzieży porównanie efektów uzyskanych za pomocą samych metod kształtowania płynności i wyników terapii kompleksowej, łączącej kształtowanie płynności z terapią behawioralno-poznawczą, prowadzi do podobnych wyników w zakresie płynności. W ocenie porównawczej brano pod uwagę:

- 1) ilościowy pomiar nie płynnych sylab na sekundę,
- 2) jakościową ocenę naturalności mówienia,
- 3) wyniki skal lękowych,
- 4) ocenę utrzymywania się efektów po długim terminie od zakończenia terapii (od 2 do 6 lat).

Otrzymane wyniki wskazują, że na koniec każdej rzetelnie prowadzonej terapii u 90% pacjentów wynik oceny płynności wynosił poniżej 2% nie płynnych sylab (NS) (w porównaniu ze średnim początkowym poziomem 10–13% NS). Po roku wynik ten zwiększał się średnio do 2–3% NS, przy czym utrzymywały się poprawa jakościowa mowy (w tym normalne tempo mówienia) i zmniejszony poziom lęku. Po 5 latach u 28% pacjentów wyniki nadal pozostawały w granicach normy, u 50% występowała nieznacznie podniesiona nie płynność, natomiast u 12% nastąpił nawrót jękania. Efekt poprawy płynności utrzymywał się zatem u 78% pacjentów w obu grupach, ale grupa poddana terapii kompleksowej wykazywała po 5 latach niższy poziom lęku, co oznacza także wyższą jakość życia [Craig i in., 1996; Craig, 2010].

Najnowsze opracowania zagadnienia skuteczności interwencji terapeutycznej w jękanii zwracają uwagę na niewielką liczbę randomizowanych badań w tym zakresie i ryzyko stronniczości w prezentacji wyników – referowane mogą być tylko pozytywne wyniki. Jednak nieliczne rzetelne badania wykonywane za pomocą metod neuroobrazowania, które dotyczą stosowania różnych terapii: modyfikacji mówienia, technik wykorzystujących metronom, mowę chóralną, stymulację przezczaszkową prądem stałym lewej okolicy czołowej czy stosowania leków oddziałujących na układ

dopaminergiczny, wykazują, że pod wpływem terapii dokonują się zmiany w zakresie funkcji mowy w mózgu, wskazujące na działanie mechanizmów neuroplastyczności [Chang i in., 2025]. Natomiast inne badania randomizowane, obejmujące różnorodne metody leczenia i mierniki wyników dla dorosłych osób jękających się, wykazują brak istotnych różnic między grupą objętą interwencją a grupą kontrolną w zakresie poprawy komunikacji i funkcjonowania psychospołecznego, co dowodziłoby małej skuteczności oddziaływań terapeutycznych [Connery, Galvin, McCurtin, 2020].

Biorąc pod uwagę powyższe dane, można przyjąć, że mimo upływu lat nie powstała metoda gwarantująca pewny sukces, dlatego warto przypomnieć oryginalną polską metodę kształtowania płynności mówienia, stworzoną przez Stanisława Wilczewskiego blisko sto lat temu, nazywaną często mało precyzyjnie „usuwaniem jękania w śpiewie”. Ważne jest to tym bardziej, że literatura na ten temat jest bardzo skromna. Autorzy skupiają się w większym stopniu na osobie samego twórcy, a nie na podstawach teoretycznych i przyjętych rozwiązaniach metodologiczno-praktycznych. Można założyć, że etapy terapii i wskazówki metodyczne ich realizacji nie były dokładniej opisywane, poza opracowaniem Władysława Basisty [por. Basista, 2016; także Wilczewski, 1967; Chmielowicz, 1983; Karkosz, 1993; Szewczyk, 2013; Buchta, 2015]. Techniki użyte w tej metodzie, ze względu na swoją skuteczność, wynoszącą 80% [Buchta, 2015, s. 19], porównywalne są z cytowanymi wcześniej danymi i nadal stosowane we współczesnej terapii logopedycznej w Polsce. Często nie przywołuje się jednak autorskich, źródłowych założeń i rozwiązań leżących u ich podstaw. Metoda Wilczewskiego warta jest interpretacji w perspektywie historycznej i w świetle współczesnej refleksji teoretycznej na temat przyczyn i mechanizmów jękania, tym bardziej że analogiczne rozwiązania są popularne i stosowane współcześnie także poza granicami Polski (np. technika *smooth slow speech* stosowana w Centrum Michaela Palina w Wielkiej Brytanii).

Historia metody

Twórca i jego dokonania

Stanisław Wilczewski urodził się w 26 kwietnia 1886 roku we Wrocławiu (wówczas Breslau). Był synem Leona von Wilczewskiego, naukowca, i Olgi z d. Weiner, pianistki [Karkosz, 1993, s. 54]. W roku 1904 wstąpił do seminarium duchownego, a w roku 1909 przyjął święcenia kapłańskie [Szewczyk, 2013, s. 102].

Zainteresowanie logopedią (która przed pierwszą wojną światową jeszcze nie istniała samodzielnie; poprawniej należałoby użyć terminu „fonetyką stosowaną”) wynikało z doświadczeń osobistych księdza, nadużywanie głosu podczas wygłaszania licznych kazań spowodowało bowiem u niego fonastenię. W 1915 roku rozpisał ankietę dla księży całej ówczesnej archidiecezji wrocławskiej, która wykazała, iż w czasie nauki religii, na ambonie i przy innych zajęciach duszpasterskich księża męczą się głosowo na skutek nieprawidłowego używania narządów głosu, przez co

skuteczność ich pracy jest ograniczona. Lekarze laryngolodzy potwierdzili hipotezę ks. Wilczewskiego, iż wiele schorzeń głosowych powstaje na skutek nieprawidłowego używania narządów głosu i mowy, a leczenie farmakologiczne nie daje rezultatu [Szewczyk, 2013, s. 102].

Chęć profesjonalnego zaangażowania się w tym zakresie spowodowała, że Wilczewski w 1916 roku podjął studia z fonetyki eksperymentalnej i filologii na Uniwersytecie w Hamburgu oraz w Państwowym Laboratorium Fonetycznym i rozpoczął pracę nad doktoratem pod kierunkiem Giulio Panconcelliego-Calzii, pioniera fonetyki i foniatrii. W hamburskiej pracowni studiowali wówczas także inni polscy językoznawcy: Witold Doroszewski, Halina Koneczna-Świdorska, Maria Dłuska. Wilczewski studia fonetyczne ukończył w 1921 roku obroną doktoratu i opracowaniem projektu labiografu, który był następnie wykorzystywany w badaniach prowadzonych w wielu laboratoriach fonetycznych w Europie. Równolegle z pracą naukową Wilczewski prowadził w roku akademickim 1916/1917 pierwszy kurs higieny mowy w seminarium duchownym we Wrocławiu [Karkosz, 1993, s. 55].

W roku 1922 ks. Wilczewski przyjechał do Polski, do Katowic, by zorganizować pionierskie na tym terenie laboratorium fonetyczne, późniejszy Instytut Fonetyczny, który stał się jedną z pierwszych w Polsce placówek propagujących wiedzę logopedyczną i prowadzących terapię zaburzeń mowy. W latach 1924–1927 Wilczewski studiował jeszcze na Uniwersytecie Warszawskim psychologię mowy oraz fonetykę polską. Studia te były uzupełnieniem poprzednio odbytych w Hamburgu, a także umożliwiły mu zapoznanie się z naukową terminologią z tego zakresu w języku polskim [Karkosz, 1993, s. 55].

Następnie Wilczewski kontynuował pracę w zakresie fonetyki stosowanej i wypracował metodę służącą zapobieganiu schorzeniom głosu. Polegała ona na zharmonizowaniu funkcji narządów oddychania i głosu, aby używane były zgodnie z naturalną fizjologiczną prawidłowością. Poprawne ustawienie głosu przez specjalistę, na podstawie podparcia oddechowego (*appoggio*), przy rozluźnionych mięśniach narządów głosu, wraz ze współpracą z lekarzem laryngologiem, dawało w tej dziedzinie dobre wyniki [Szewczyk, 2013, s. 103]. Ponadto zaznaczyć należy, że ks. Wilczewski interesował się estetyką słowa, retoryką i poezją [Basista, 2016, s. 4].

Osobny obszar jego zainteresowań stanowiło jąkanie. Uważał, że przyczyny jąkania tkwią w mózgu, jednak efekt jakichś nieopisanych wówczas zmian dokonuje się na obwodzie, co związane jest z zaburzeniem koordynacji oddychania, zaburzeniami fonacji i wzrostem napięcia mięśniowego [Basista, 2016, s. 5]. Po latach badań i eksperymentów ks. Wilczewski opracował skuteczną metodę usuwania jąkania. Punktem wyjścia było stwierdzenie, że w czasie śpiewu jąkanie nie występuje, gdyż następuje wtedy wydłużanie samogłosek. Zjawisko wydłużania samogłosek w czasie mowy, przy oczywistym zwolnieniu jej tempa, również wpływało na podniesienie płynności wymowy. Obserwacja ta stała się podstawą opracowania metody Wilczewskiego. Połączenie rehabilitacji psychicznej

z odpowiednimi indywidualnymi ćwiczeniami wymowy, przy współpracy osoby towarzyszącej oraz potraktowanie całości leczenia jako sprawy rodziny i społeczności przynosiło bardzo dobre rezultaty. Do ks. Wilczewskiego przyjeżdżały jękające się osoby z całej Polski. Po terapii uzyskiwały one pełną płynność mówienia. Wracały do normalnego życia społecznego i zawodowego [Wilczewski, 1967, s. 109–110; Szewczyk, 2013, s. 103].

Po drugiej wojnie światowej, która przerwała bogatą działalność autora metody, ks. Wilczewski reaktywował Instytut Fonetyczny, który następnie przekazał swojemu uczniowi ks. Władysławowi Basiście.

Do końca życia był bardzo aktywny zawodowo. Jeszcze w latach siedemdziesiątych prowadził w Katowicach kursy terapii jękania dla logopedów, a w latach 1978–1980 jednotygodniową 20-godzinną praktykę dla 56 słuchaczy Podyplomowych Studiów Logopedii Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie¹.

Ksiądz Wilczewski zmarł 12 czerwca 1980 roku w Katowicach, w 95. roku życia.

W 2016 roku została ustanowiona Nagroda im. ks. Stanisława Wilczewskiego. Ma ona na celu uhonorowanie działań osób lub instytucji, ruchów społecznych służących idei promowania wiedzy o zaburzeniach płynności mowy. Jej fundatorem jest Fundacja Centrum Logopedyczne we współpracy z Fundacją Wiedzy i Dialogu Społecznego Agere Aude, przy współudziale Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach [Regulamin, b.r.].

Założenia teoretyczne

Ksiądz Wilczewski twierdził, że w czasie jego czterdziestoletniej praktyki ani razu nie zauważył, aby osoba jękająca się, zaczynała się kiedykolwiek podczas śpiewania [Wilczewski, 1967, s. 106]. Obserwacja ta była potwierdzana czasami przez same osoby jękające się, ale nie prowadziła ona do zaniku ich jękania ani też do wyciągnięcia wniosków co do sposobu mówienia. Badania prowadzone przez autora metody przywiodły go do konkluzji, że w śpiewie czas realizacji samogłosek dominuje nad czasem realizacji spółgłosek, ponieważ wynika to z istoty śpiewu: tylko na czystych otwartych dźwiękach realizuje się linia melodyczna. Dłuższy czas realizacji samogłosek powoduje, wedle Wilczewskiego, płynność mowy w śpiewie. Fakt ten wiąże się ze zwolnieniem tempa wypowiedzi. Przeniesienie analogicznego sposobu realizacji samogłosek do mowy nieśpiewanej również pozwoli na uzyskanie płynności mowy. Tak więc podstawą metody stała się technika przedłużonego mówienia.

Przyznać należy, że Wilczewski nie rozważał własnych obserwacji i wniosków w odniesieniu do modeli mózgowego przetwarzania mowy i muzyki, choć interesował się neuropsychologią. Wyjaśnieniem tej kwestii jest fakt, że ówczesna

¹ Opis organizacji pracy i przykładów zajęć stosowanych w metodzie ks. Wilczewskiego oparty został głównie na niedatowanym i niepublikowanym maszynopisie Elżbiety Sachajskiej, która była uczestnikiem zajęć ze Stanisławem Wilczewskim i spisała przekazywane przez autora metody treści (w archiwum autora).

refleksja naukowa nie była jeszcze gotowa na podjęcie takich wyzwań, a twórcy metody przyświecał cel praktyczny. W dyskusji podsumowującej warto jednak rozważyć założenia Wilczewskiego w tym kontekście.

Samo śpiewne przedłużanie samogłosek było uzupełniane ćwiczeniami kontrolowanego obniżenia napięcia mięśniowego przy głóskach w pozycji nagłosowej, która to technika nazywana jest obecnie techniką delikatnego startu mowy [Chęć, Bijak, Kamińska, 2014].

W ćwiczeniach wykorzystujących obie techniki stosowano nowoczesne na owe czasy nagrania magnetofonowe, pozwalające analizować własne wypowiedzi w dokładniejszym stopniu. Zalecano, aby pacjent konsekwentnie opanowywał sposoby mówienia: wolniejszego, cichszego, niższym głosem i z mniejszym napięciem mięśniowym, co w przeciwieństwie do mówienia szybkiego, głośniego, podniesionym głosem i z dużym napięciem mięśniowym zapewni płynność mowy. Aby terapia przynosiła efekty, Wilczewski stawiał kategoryczne warunki organizacji pracy, obejmujące: stałą obecność osoby towarzyszącej, bliskiej pacjentowi podczas terapii, systematyczny trening, wykorzystywanie w czasie ćwiczeń nagrań i lustra. Lustro musiało być trójdzielne, posiadać otwierane boczne skrzydła, co umożliwiało obserwację twarzy pod różnymi kątami.

Terapia była bardzo wymagająca. Ćwiczenia w gabinecie odbywały się dwa razy w tygodniu przez trzy miesiące. Do domu zalecano codzienne wykonywanie ćwiczeń, co godzinę przez 15 minut z trzygodzinną przerwą na obiad. Uniemożliwiało to naukę czy pracę i wymagało zwolnienia na czas terapii. Zalecano ponadto rezygnację z uprawiania sportu i ograniczenie się do zwykłej gimnastyki, którą autor uważał za godną uwagi [Wilczewski, 1967, s. 109]. W późniejszym okresie podobno Wilczewski złagodził swoje wymagania, ale utrzymywał zalecenie zwolnienia z zajęć wychowania fizycznego w czasie terapii. Po zakończeniu terapii wymagane były wizyty kontrolne: w trzecim i szóstym miesiącu [Basista, 2016, s. 11].

Oprócz techniki mówienia w założeniach teoretycznych ks. Wilczewski zwracał uwagę na aspekty psychiczne i środowiskowe. Dążył do uspokojenia pacjenta i zapewnienia mu odpowiednich warunków [por. Basista, 2016, s. 9–10]. Pierwszym i podstawowym warunkiem była stała obecność osoby towarzyszącej. Osoba ta (np. matka, ojciec, mąż, żona, dziadek, babcia itp.) nie była jedynie obserwatorem czy kontrolerem, ale czynnym uczestnikiem zajęć. Spędzała z pacjentem dużo czasu, a przez pierwsze dni była jedyną osobą, z którą pacjent rozmawiał, tylko za pomocą formowanego sposobu – wolnego i spokojnego. Osoba towarzysząca także miała mówić w taki sposób. Często wykorzystywano ćwiczenia mowy chóralnej, co ułatwiała zwolnienie tempa mowy.

W środowisku, w którym pacjent przebywał, musiała panować spokojna atmosfera. Wilczewski zabraniał także oglądania emocjonujących filmów, co więcej – sugerował w czasie terapii całkowitą rezygnację z oglądania telewizji.

Jako środki pomocnicze zalecano odpoczynek i dłuższy sen. Ponadto w pierwszym miesiącu terapii wymagał wyłączenia pacjenta z załatwiania wszystkich codziennych

spraw (np. robienia zakupów) i skupienia się tylko na ćwiczeniach. Dopiero od drugiego miesiąca można było powoli i stopniowo włączać go w te czynności, ale tylko z osobą towarzyszącą.

Etapy ćwiczeń

Wilczewski wypracował w praktyce terapeutycznej wyraźną etapowość wprowadzania ćwiczeń, której ściśle przestrzegał. Wyróżniał następujące etapy ćwiczeń:

- 1) powtarzanie,
- 2) czytanie,
- 3) opis obrazka,
- 4) opowiadanie przeczytanego tekstu,
- 5) opowiadanie na dowolny temat,
- 6) rozmowa.

Powtarzanie obejmowało kilka elementów ćwiczeń. Pierwszym z nich było przedłużanie samogłosek, drugim rozluźnianie narządów artykulacyjnych, trzecim ćwiczenia delikatnego startu mowy, połączone z przedłużaniem samogłosek. Ćwiczenia zajmowały pierwsze tygodnie terapii.

Każde z ćwiczeń powtarzania z osobą jękającą rozpoczynało się od kilkukrotnego śpiewania znanej piosenki, po czym powtarzało się jej słowa. W czasie pierwszych dni i tygodni tempo powtarzanych słów piosenek musiało być bardzo wolne, a ćwiczenia powinny być wykonywane przed lustrem.

Do rozluźnienia narządów artykulacyjnych przechodzono poprzez powtarzanie ćwiczeń warg przed lustrem – ich otwierania i zamykania, podnoszenia i opuszczania (oddzielnie górnej i dolnej wargi), rozciągania (uśmiech) i wysuwania („ryjek”). Ćwiczenia powtarzano 10–20 razy. Ogromną wagę ks. Wilczewski przykładł do tego, aby w stanie spoczynku wargi osoby jękającej i towarzyszącej były rozluźnione i lekko rozchylone. Zalecał uśmiechanie się do ćwiczących, gdyż człowiek, odwzajemniając uśmiech, nieświadomie rozluźnia wargi. W czasie ćwiczeń otwierania warg trenowano wymowę przedłużonych samogłosek: *a, e, i, o, u*, przy czym poprzedzano je lekkim przydechem, przypominającym głoskę *x*: *xa, xe, x'i, xo, xu*.

Kolejnym elementem ćwiczeń powtarzania było powtarzanie przed lustrem, bez napięcia mięśniowego, poszczególnych spółgłosek, ułożonych wedle kolejnych stref artykulacyjnych: począwszy od wargowych, poprzez przedniojęzykowe, środkowojęzykowe, aż do tylnojęzykowych. Ćwiczone głoski twarde, ich zmiękczone warianty oraz głoski miękkie. Głoski były wymawiane w izolacji, następnie w nagłosie w połączeniu z przedłużonymi samogłoskami *pa, pe, py...*, następnie analogicznie w wyrazach: *palto, pelikan, pole, pusty, pęcherz, pąsowy*, potem w połączeniu ze spółgłoskami: *plecy, płot, ptaki, pszenica*, aż wreszcie w zdaniach: *Państwo polskie posiada piękne pamiątki po poległych powstańcach*. W ten sposób ćwiczono powtarzanie wszystkich spółgłosek. Po opanowaniu ich wymowy przechodzono do ćwiczeń powtarzania wyrazów rozpoczynających się od samogłosek, które były realizowane z przydechem.

Wprowadzanie materiału słownego w wypowiedziach pacjenta odbywało się wedle analogicznego wzorca. Opisany schemat metodyczny ćwiczeń pozostaje niezmienny także we współczesnych propozycjach stosowania techniki delikatnego startu mowy i techniki przedłużonego mówienia [por. Chęciek, Bijak, Kamińska, 2014].

Czytanie stanowiło drugi etap ćwiczeń. Rozpoczynał się on w chwili, kiedy pacjent opanował przedłużanie głosek i delikatny start mowy. Podczas czytania należało szeroko otwierać usta i uważać na likwidację napięcia mięśniowego w nagłosie. Teksty do czytania były odpowiednio przygotowane, miały bowiem podkreślone samogłoski wymagające wydłużenia. Tempo czytania powinno wynosić jedną sylabę na sekundę, co oznacza, że zdanie *Morze zdaje się być spokojne* należy czytać 9 sekund. Wilczewski zwracał uwagę, aby czytanie nie było monotonne, a wyrazy łączyły się ze sobą.

Opis obrazka stanowił etap przełomowy, gdyż pacjent musiał połączyć zdobyte umiejętności techniczne w zakresie wymowy z planowaniem wypowiedzi, sam znaleźć potrzebne mu słowa i wypowiedzieć je z przedłużaniem samogłosek i wykorzystaniem delikatnego startu. Etap rozpoczynał się od odpowiedzi na pytanie: „Co widzisz na obrazku?”. Schemat odpowiedzi na początku zawsze był ten sam: *Na obrazku widzę...*, np. *misia*. Po opanowaniu tego ćwiczenia można było zadawać pytania pomocnicze, ułatwiające pełniejszy opis np.: „Jak jest ubrany?”, „Co on robi?”, „Gdzie on jest?”. Udzielane odpowiedzi powinny mieć charakter pełnych zdań. Po kilku próbach opis powinien być dokładny i pełny, ale zawsze inicjuje go logopeda lub osoba towarzysząca, a początek odpowiedzi powinien mieć niezmienną konstrukcję. Dopiero po pewnym czasie można było zamienić się rolami.

Kolejny etap – **opowiadanie przeczytanego tekstu** – może przysparzać osobie jąkającej się wiele trudności, szczególnie w stanach napięcia emocjonalnego (słabsza pamięć tekstu) i posiadania uboższego słownictwa. Początkowo pacjent mógł powtarzać zapamiętane części przeczytanego tekstu, ale z czasem opanowywał sztukę opowiadania. Pomagano mu pytaniami, np.: „Kto jest bohaterem?”, „Gdzie to się dzieje?” itp. Możliwe było także przeczytanie tekstu do połowy, a potem dopowiadanie dalszego ciągu: „Jak myślisz, co stało się dalej?”, „Jak postąpił bohater?” itp.

Z kolei **opowiadanie na dowolny temat** zależne było od wielu czynników: wieku, zainteresowań, wiedzy pacjenta. Chodziło o to, by opowiadanie sprawiało emocjonalną przyjemność jąkającej się osobie. Przygotowane opowiadanie zostawało zaprezentowane przez pacjenta przy użyciu opisywanych technik mówienia, a podczas kolejnych zajęć logopeda lub osoba towarzysząca przerywali opowiadanie pytaniami, co sprawiało, że wkraczano powoli i łagodnie w etap rozmowy.

Rozmowa to ostatni etap ćwiczeń. Najprostszą jej formą było zadawanie pytań i uzyskiwanie odpowiedzi, co sprawdzano już przy opisie obrazka. Początkowo logopeda lub osoba towarzysząca inicjowali wymianę, stroną reagującą był pacjent. Z czasem role się zmieniały. Zachęcano osobę jąkającą się do zadawania pytań.

Wilczewski sugerował, aby z czasem rozmowy przekształcały się w dyskusje, a nawet polemiki o charakterze emocjonalnym. Jeśli pacjent w emocjach potrafił mówić płynnie, oznaczało to, że jękanie zostało usunięte.

Wieloletnia praktyka wykazała, że nie każdy pacjent musiał przejść przez wszystkie etapy. Również nie każdy musiał być zwalniany z zajęć szkolnych czy zawodowych. Autor metody utrzymywał tylko zalecenia odnoszące się do ograniczenia ćwiczeń fizycznych na czas trwania terapii. Zróżnicowany był prawdopodobnie czas terapii, ponieważ mimo zalecanych trzech miesięcy Wilczewski wspominał dziewczynkę, która już po sześciu tygodniach mówiła „bez zarzutu” i „widywano ją [...] wodzącą rej w rozmowie” [Wilczewski, 1967, s. 109].

Wpływ metody Wilczewskiego na współczesne formy interwencji terapeutycznej w Polsce

Zwolnienie mowy używane jest przez wielu logopedów, ale wśród przykładów współczesnych zastosowań metody Wilczewskiego najlepiej opisany jest „Program Psychofizjologicznej Terapii Jękającej się Młodzieży i Dorosłych” Mieczysława Chęćka [Chęćek, 2007; Chęćek, Bijak, Kamińska, 2014]. Mimo braku jednoznacznego wskazania przez autora źródła inspiracji, techniki kształtowania płynnego mówienia zastosowane w programie – przedłużania samogłosek i delikatnego startu mowy – stanowią prawie dokładne powtórzenie opisanych wcześniej rozwiązań. Jest to tym bardziej prawdopodobne, że Chęćek był uczestnikiem kursów dla logopedów prowadzonych przez Wilczewskiego na Śląsku w latach siedemdziesiątych XX wieku. Dodać należy, że obliczony na 5–6 miesięcy program Chęćka w swojej strukturze uwzględnia także ćwiczenia z użyciem echokorektora, kształtowanie prawidłowego toru oddechowego, gesty rytymizująco-upłynniające, relaksację, dramę, socjoterapię [Chęćek, 2007]. Nie zmienia to jednak faktu, że osią realizacji zajęć pozostają ćwiczenia przedłużania samogłosek i zmniejszania napięcia przy głoskach inicjalnych.

Wpływ Wilczewskiego widać ponadto w wielu polskich metodach kształtowania płynności mówienia – dostrzec można go w podejściach terapeutycznych Zbigniewa Tarkowskiego, Krzysztofa Szamburskiego czy Wandy Kosteckiej. Podkreślić należy, że metody te nie opierają się w swych podstawowych założeniach na analizowanej metodzie². Można zatem stwierdzić, że techniki opracowane przez Wilczewskiego są wciąż obecne w polskiej praktyce logopedycznej na początku XXI wieku.

2 Obszerny i syntetyczny przegląd metod w Bijak, Kamińska, 2021.

Dyskusja

Na wstępie dyskusji nad metodą Wilczewskiego należy postawić pytanie o to, dlaczego nie płynność nie występuje w śpiewie i efekt ten utrzymuje się przy zwolnionym tempie mówienia. Naprawdę są to dwa pytania, a odpowiedzi na nie mogą się wzajemnie uzupełniać.

Dlaczego jąkanie znika w śpiewie?

Po pierwsze, dzieje się tak, jak interpretował to zjawisko Wilczewski: wydłuża się czas realizacji samogłosek, które zostają rozciągnięte i na których opiera się linia melodyczna.

Po drugie, nie można wykluczyć udziału mechanizmów prawopółkulowych, które są aktywizowane w śpiewie, oraz czynników prozodycznych, które w tym wypadku mogą wspomagać powstawanie wypowiedzi w lewej półkuli mózgu. Proces powstawania wypowiedzi ma złożoną, nieliniową strukturę i należy wystrzegać się uproszczonej jego interpretacji [Grabowska, 2011; Woźniak, 2022]. Wedle aktualnych teorii na temat biologicznych podstaw jąkania zarysowuje się zbiór powiązanych ze sobą czynników mających wpływ na powstawanie jąkania, pojmowanego jako zaburzenie neurorozwojowe, którego podstawowy defekt ujawnia się w komunikacji werbalnej, a zaostrzany jest przez czynniki społeczne, poznawcze i językowe. Są to następujące czynniki [Chang i in., 2025]:

- 1) **geny** – mają one duży wpływ na ryzyko wystąpienia jąkania, ale działają także czynniki niegenetyczne; ewentualny model dziedziczenia ma w tym przypadku charakter poligeniczny;
- 2) **ekspresja genów** – wpływa na odmienności w formowaniu się i rozwoju struktur mózgowych zaangażowanych w programowanie i kontrolę wypowiedzi (głównie istoty białej i szarej w obwodzie wzgórzowo-korowym jąder podstawnych lewej półkuli i w ciele modelowatym);
- 3) **wywołuje to odmienne wzorce aktywności mózgu** w lewym dolnym zakręcie czołowym i zaburzenia połączeń międzypółkulowych, co prowadzi do objawów jąkania.

W świetle powyższych ustaleń podkreślić należy wzmocnienie tezy o neurologicznym podłożu jąkania. Dodatkowa aktywacja prawej półkuli podczas śpiewu niewątpliwie stanowi kompensacyjne wsparcie dysfunkcji w okolicach mowy lewej półkuli mózgu.

Po trzecie, należy uwzględnić uwagi Charlesa W. Starkweathera, który – eksponując rolę napięcia mięśniowego w powstawaniu nie płynności – potwierdzał, że stosowanie technik przedłużonego mówienia zmniejsza napięcie krtani, języka, warg i podniebienia miękkiego, co daje w efekcie poprawę płynności, poprawna realizacja samogłosek likwiduje zaś szczękocisk [Starkweather, 1995, s. 96–98]. Na fakt naturalnego rozluźnienia w czasie śpiewu od początku wskazywał także Wilczewski.

Dlaczego efekt ten utrzymuje się także przy samym zwolnieniu tempa mowy?

Jest to jedna z najstarszych obserwacji w terapii jękających się osób. Widoczne jest to również w mowie chóralnej czy w wielu innych metodach, w tym wykorzystujących echokorekcję [por. Bijak, Kamińska, 2021]. W świetle współczesnej wiedzy na temat przyczyn jękania, która dostarcza dowodów na strukturalne i funkcjonalne osłabienie połączeń w obszarach mowy lewej półkuli mózgu i połączeniach międzypółkulowych, szczególnie w istocie białej, najważniejsze wydaje się zmniejszenie wymagań czasowych w przepływie informacji potrzebnych do regulacji procesów motorycznych [Woźniak, 2015, s. 801–805; Chang i in., 2025]. Można porównać to do ograniczenia prędkości poruszania się pojazdów na zwężonym odcinku drogi – ruch odbywa się wolniej, ale płynnie.

Wymagania Wilczewskiego co do zmniejszenia wysiłku fizycznego w czasie terapii należy uznać za niedostatecznie uzasadnione. Zagadnienie wysiłku fizycznego i jego wpływu na organizm jest zbyt złożone, aby rozstrzygać jednoznacznie o jego negatywnym wpływie na płynność mowy. Z jednej strony regularne ćwiczenia fizyczne podnoszą ogólne napięcie mięśniowe (co jest obserwowane nawet w przypadku zwiększonego napięcia mięśnia strzemiaczkowego), ale z drugiej strony ułatwiają osiąganie relaksu, odprężenia psychofizycznego, pomagają wyregulować oddech i mają ogólny dobroczynny wpływ na zdrowie. Należy wziąć pod uwagę także olbrzymią różnorodność ćwiczeń: aerobowych, wytrzymałościowych, oporowych itd. [Stelmach, b.r.].

W końcu warto rozważyć propozycję Wilczewskiego w świetle podobnych metod stosowanych w innych krajach, jak na przykład *smooth speech* (SS, pol. „gładka mowa”). Jest to technika często stosowana w krajach anglojęzycznych i opisana w literaturze w standardach praktyki opartej na dowodach (*Evidence-Based Practice*), co oznacza prezentację zasad stosowania SS, ale też wskazanie teoretycznych i empirycznych podstaw jej efektywności oraz przedstawienie rezultatów terapii w porównaniu z grupą kontrolną [Craig, 2010]. Podstawą SS jest, po pierwsze, utrzymywanie stałego przepływu powietrza w czasie artykulacji, co wymaga także wprowadzenia przydechu przy realizacji samogłosek i zmniejszenia siły zwarcia przy głóskach zwartych. Po drugie, w tej technice świadomie stosuje się 1–2-sekundowe pauzy między poszczególnymi frazami. Wykorzystuje się też wizualne sprzężenie zwrotne. Zwraca uwagę tendencja do stosunkowo szybkiego przechodzenia od mowy spowolnionej do naturalnej: możliwe jest to już po pięciu tygodniach treningu. Ćwiczenia pierwszego dnia rozpoczyna się od tempa 0,8 sylaby wypowiedzianej na sekundę, aby osiągnąć 1,2 sylaby na sekundę pod koniec dnia. W czasie kolejnych tygodni tempo zwiększa się od 2,6 sylaby na sekundę do 3,3 sylaby na sekundę. Naturalność wypowiedzi, to jest tempo 4–5 sylab na sekundę (tj. średnio 2–2,5 wyrazu na sekundę, 120–150 wyrazów na minutę), osiąga się po minimum pięciu tygodniach. Mimo podobieństw do zwolnienia mowy w przypadku metody Wilczewskiego i SS zwraca się uwagę na różnicę techniczną w artykulacji: w przypadku przedłużania samogłosek chodzi bardziej o utrzymanie ciągłości wokalizacji, a w SS ciągłości przepływu powietrza [Craig, 2010]. Jednak łączne stosowanie przeciągania samogłosek

i delikatnego startu mowy znacznie upodabnia sposób mówienia formowany przez obie metody [Woźniak, 2019].

Z pewnością metoda Wilczewskiego nie mieści się w popularnym obecnie nurcie terapii osób jękających się, opartym na modelu społecznym, co sygnalizowano już na wstępie. Mimo podnoszonego przez autora aspektu psychicznego i środowiskowego jękania nacisk położony u Wilczewskiego na kształtowanie płynności stoi w całkowitej sprzeczności z zaleceniem modelu społecznego, aby badacze i klinicyści przestali odnosić się do jękania jako zaburzenia płynności mowy i nazywali je „tylko” jękaniem, nie wprowadzając technik poprawiających realizację foniczną wypowiedzi. Dalsze zalecenia nurtu społecznego sugerują, aby badacze i klinicyści rozróżniali momenty jękania (tj. to, czego jękający się doświadczają, gdy tracą kontrolę nad swoją mową lub czują się zablokowani) od ogólnego doświadczenia jakości życia związanego z jękaniem [Tichenor, Constantino, Yaruss, 2022]. Proponowane w ramach tego podejścia formy terapii komunikacyjnej uwzględniają wieloaspektowe oddziaływania na czynniki predysponujące i podtrzymujące jęknięcie, głównie w ich wymiarach psychologicznym i społecznym [Byrd, Coalson, Conture, 2024].

Bazujące na pozytywnych zasobach osoby jękającej się podejścia terapeutyczne są wartościowe w wymiarze humanistycznym i przyczyniają się do lepszego zrozumienia tych osób oraz wykształcania postaw akceptacji społecznej. Jednak wcale nie muszą wykluczać podejścia opartego na formowaniu płynności mówienia.

Pewne analogie dotyczące występowania „terapeutycznej kontrnarracji” w perspektywie historycznej można dostrzec w sporze między psychiatrią i antypsychiatrią. Nurt antypsychiatrii (reprezentowany nawet czasem przez samych psychiatrów) negował istnienie chorób psychicznych i zakładał, że umysł nie może chorować, zaburzenia umysłowe mogą być tłumaczone czynnikami społecznymi, etycznymi lub politycznymi, a etykietowanie osób określeniem „chory psychicznie” jest sztucznym narzędziem nadużywającym przez społeczeństwo. Jednak postępy farmakologii, nowe leki, wiedza płynąca z neuroobrazowania, wskazująca, że umysł jest funkcją mózgu, jak również zmiany zachodzące w świadomości społecznej, akceptujące choroby psychiczne, doprowadziły do powstania nurtu psychiatrii humanistycznej, która, respektując godność i wielowymiarowość osoby ludzkiej, nie odżegnuje się od stosowania leków w celu łagodzenia objawów chorób psychicznych. Leki wspierane są przy tym innymi formami terapii.

Podobnie w terapii osób jękających się oddziaływania mogą być wielostronne i komplementarne, przynajmniej w odniesieniu do tych osób, które chcą mówić płynnie. Interwencja oparta na połączonych oddziaływaniach psychospołecznych, metodach kształtowania płynności mówienia czy też modyfikacji niepłynności, farmakoterapii i testowanych obecnie oddziaływaniach przezczaszkowej stymulacji prądem stałym i przezczaszkowej stymulacji magnetycznej (w celu neuromodulacji funkcji mózgu i złagodzenia objawów niepłynności [por. Chang i in., 2025]), jest wyobrażalna i pożądana. W tym kontekście warta rozważenia jest też stara metoda Wilczewskiego.

Literatura

- Basista W., 2016, *Estetyka i zaburzenia płynności mowy powołaniem Stanisława Wilczewskiego*, https://www.nagrodawilczewskiego.pl/docs/ks_Basista_do_Wydawnictwa.pdf (dostęp: 16.05.2025).
- Bijak E., Kamińska D., 2021, *Kształtowanie płynności mówienia w terapii osób jękających się – perspektywa polska*, [w:] K. Węsierska, H. Sønsterud (red.), *Dialog bez barier. Kompleksowa interwencja logopedyczna w jękanii*, Chorzów: Fundacja Agere Aude, s. 207–266.
- Buchta R., 2015, *Książka Stanisław Wilczewski – prekursor śląskiej logopedii*, [w:] K. Węsierska (red.), *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka*, Katowice: Komlogo – Uniwersytet Śląski, s. 15–21.
- Byrd C.T., Coalson G.A., Conture E.G., 2024, *CARE Model of Treatment for stuttering: Theory, assumptions, and preliminary findings*, „Frontiers in Psychology”, vol. 15, 1488328.
- Chang S.E., Below J.E., Chow H.M., Guenther F.H., Hampton Wray A.M., Jackson E.S., Max L., Neef N.E., Bahaei S.S., Shekim L., Tichenor S.E., Walsh B., Watkins K.E., Yaruss J.S., Bernstein Ratner N., 2025, *Stuttering: Our current knowledge, research opportunities, and ways to address critical gaps*, „Neurobiology of Language”, vol. 6, nol_a_00162.
- Chęciek M., 2007, *Jękanie. Diagnostyka – terapia – program*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Chęciek M., Bijak E., Kamińska D., 2014, *Jękanie. Skuteczne techniki płynnego mówienia. TPM i TDSM w Zmodyfikowanym Programie Psychofizjologicznej Terapii Jękających się*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Chmielowicz A., 1983, *Stanisław Wilczewski*, „Logopedia”, nr 14/15, s. 246–248.
- Connery A., Galvin R., McCurtin A., 2020, *Effectiveness of nonpharmacological stuttering interventions on communication and psychosocial functioning in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*, „Journal of Evidence-Based Medicine”, vol. 14(1), s. 1–81, <https://doi.org/10.1111/jebm.12408>
- Constantino C., Campbell P., Simpson S., 2022, *Stuttering and the social model*, „Journal of Communication Disorders”, vol. 96, 106200.
- Craig A., 2010, *Smooth Speech and Cognitive Behavior Therapy for the Treatment of Older Children and Adolescents Who Stutter*, [w:] B. Guitar, R. McCauley (red.), *Treatment of Stuttering. Established and Emerging Interventions*, Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, Wolter Kluwer business, s. 188–214.
- Craig A., Hancock K., Chang E., McCredy C., Shepley A., McCaul A., Costello D., Harding S., Kehren R., Masel C., Reilly K., 1996, *Controlled clinical trial for stuttering in person aged 9 to 14 years*, „Journal of Speech and Hearing Research”, vol. 39, s. 808–826.
- Grabowska A., 2011, *Nowe koncepcje lateralizacji funkcji mózgu*, [w:] Ł. Domańska, A.R. Borkowska (red.), *Podstawy neuropsychologii klinicznej*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 347–365.
- Karkosz I., 1993, *Stanisław Wilczewski – pionier logopedii w Polsce*, „Chowanna”, t. 1, s. 52–58. Regulamin, b.r., <https://www.nagrodawilczewskiego.pl/regulamin.html> (dostęp: 16.05.2025).
- Starkweather C.W., 1995, *A simple theory of stuttering*, „Journal of Fluency Disorders”, vol. 2, s. 91–116.
- Stelmach M.J., b.r., *Wprowadzenie do fizjologii ćwiczeń. Czym jest fizjologia wysiłku i dlaczego ją studiujemy?*, https://ec.europa.eu/programmes/erasmus-plus/project-result-content/b3a1d846-8097-40e2-aa85-726d87b670b3/IO2_Merged_pol_FINAL.pdf (dostęp: 26.03.2025).
- Śzewczyk L., 2013, *Książka Stanisława Wilczewskiego troska o jakość słowa (kaznodziejskiego)*, „Logopedia Silesiana”, t. 2, s. 101–109.

- Tichenor S.E., Constantino C., Yaruss J.S., 2022, *A point of view about fluency*, „Journal of Speech, Language, and Hearing Research”, vol. 65(2), s. 645–652.
- Wilczewski S., 1967, *Teoretyczne założenia i metoda usuwania jąkania*, „Logopedia”, nr 7, s. 106–111.
- Woźniak T., 2015, *Diagnoza i terapia osób z zaawansowanym jąkaniem*, [w:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 797–835.
- Woźniak T., 2019, *Techniki kształtowania płynności mówienia jako podstawa kompleksowej terapii jękających się starszych dzieci i młodzieży*, „Logopedia”, nr 48(1), s. 203–214.
- Woźniak T., 2022, *Lateralizacja słuchowa a niepłynność mówienia u osób jękających się*, „Logopedia”, nr 51(2), s. 155–168.

Źródła niepublikowane

- Sachajska E., maszynopis zawierający opis metody, sporządzony na podstawie zajęć prowadzonych przez Stanisława Wilczewskiego (w archiwum autora).