
Wydział Pedagogiki i Psychologii
Zakład Psychopedagogiki Specjalnej

Z b i g n i e w T A R K O W S K I

Elementy psychologii humanistycznej w psychoterapii osób jąkających się

Элементы гуманитарной психологии в психотерапии заикающихся

Elements of Humanistic Psychology in the Psychotherapy of People
with a Stammer

Kompleksowa terapia osób jąkających się obejmuje logoterapię, psychoterapię i farmakoterapię. W zakresie psychoterapii warto wykorzystać niektóre koncepcje psychologii humanistycznej.

Jej czołowy przedstawiciel, Rogers¹, uważa, iż terapia nastawiona na klienta, w tym także na osobę jąkającą się, jest "takim sposobem bycia z drugą osobą, który sprzyja zdrowym zmianom i ułatwia rozwój [...]. Jej specyfika polega na tym, że terapeuta (lub inna osoba udzielająca pomocy) doświadcza siebie takim, jakim rzeczywiście jest, że wykazuje głęboką wrażliwość i nieocenione zrozumienie dla drugiej osoby, że troszczy się o nią i komunikuje jej wszystkie te uczucia. Jakość tej relacji jest decydującym elementem całego procesu terapeutycznego". Aby zrozumieć ten proces należy określić: 1) osobę klienta, 2) postawę terapeuty, 3) przebieg terapii.

PACJENT

Kim jest w sensie psychologicznym osoba jąkająca się, starają się ustalić zwolennicy psychologicznych teorii jąkania, którzy upatrują różnice

¹C. R o g e r s, Terapia nastawiona na klienta, Lublin 1980.

między jednostkami jąkającymi się i osobami mówiącymi płynnie raczej w osobowości niż w fizycznym aparacie mowy.

Przez wieki ludzie jąkający się opatrzeni byli etykietą chorych psychicznie i za takich się często uważali. Pogląd ten dotrwał aż do XX w. W pierwszej jego połowie Coriat² uparcie głosił, że jąkanie należy zaszeregować do zaburzeń psychicznych. Z kolei psychoanalitycy rozwinęli pogląd, że jąkanie jest nerwicą lub jej objawem.³ Powtarzanie głosek i sylab traktowali oni jako regresję do okresu gaworzenia, a wydłużanie dźwięków interpretowali jako wyraz tłumionej agresji. Sądziło się, że jąkanie powstaje na tle nie uświadomionych i nie rozwiązanych konfliktów (często o zabarwieniu seksualnym) lub jest następstwem walki ego z superego. Podkreślali podstawową rolę logofobii w patomechanizmie zaburzeń płynności mówienia.

Jąkanie może być swego rodzaju nerwicą brzegową lub warstwową - twierdzi Fernau-Horn⁴, nawiązując do Schulza klasyfikacji neuroz. Nerwica brzegowa dotyczy najbardziej powierzchniowych struktur osobowości, która pozostaje w zasadzie niezmienną. Natomiast nerwica warstwowa sięga jej głębszych elementów i wyzwala lęk, nadpobudliwość, zaniżoną samoocenę. W jąkaniu obserwuje się często przejście od nerwicy brzegowej do warstwowej, co stanowi wyraz patologizacji osobowości. W obu rodzajach nerwic u podstaw zaburzenia płynności mówienia leży patomechanizm zwany "kołem zahamowań", które składa się z następujących ogniw: 1) pobudzenie nerwowe prowadzi do zaburzenia oddechu, 2) zaburzenie oddechu prowadzi do zaburzenia głosu, 3) zaburzenie głosu prowadzi do przerywania ciągów artykulacyjnych, czyli do jąkania.

Opinia, że jąkanie jest nerwicą, znalazła odbicie w niektórych jego klasyfikacjach. Van Riper⁵, Fernau-Horn⁶, Kałużyński⁷ i inni autorzy dzielą jąkanie na pierwotne i wtórne. W jąkaniu pierwotnym (preneurotycznym) dziecko nie zauważa odmienności własnego sposobu mówienia i nie odczuwa

²Cyt. za: P. Dalton, W. Hardcastle, Disorders of Fluency and Their Effects on Communication, London 1977.

³Por. W. Otthmann, H. Scholz, Stottern, Berlin 1983.

⁴Por. H. Fernau-Horn, Die Sprechneurosen, Stuttgart 1969.

⁵Ch. Van Riper, Speech Correction. Principles and Methods, New Jersey 1963.

⁶Fernau-Horn, op. cit.

⁷J. Kałużyński, Jąkanie a trema, Warszawa 1971.

lęku przed mówieniem. Dopiero uświadomienie sobie tej odmienności i przeżywanie logofobii wyzwala u niego jąkanie wtórne (neurotyczne).

Z kolei Własowa i Becker⁸ wraz ze współpracownikami rozróżniają jąkanie nerwicowe i rzekomo nerwicowe (nerwicopodobne). Jąkanie nerwicowe ma rodowód psychogeny i powstaje w wyniku działania określonych czynników traumatycznych. Natomiast jąkanie rzekomo nerwicowe ma podłoże organiczne, na które składają się wtórne reakcje nerwicowe. Nawiązując do podziału Mitrinowicz⁹ można przyjąć, że jąkanie nerwicowe to jąkanie czynnościowe, a jąkanie rzekomo nerwicowe to jąkanie organiczne.

Próby określenia rozmiaru neurotyzmu wśród jednostek jękających się przeprowadził Schilling¹⁰, który ustalił, że w badanej populacji było 20% osób zdrowych psychicznie i 12% osób, w stosunku do których nie można było wykluczyć czynnika psychotraumatycznego, a pozostała większość okazała się neurotykami. Mimo tej niekorzystnej statystyki Dalton i Hardcastle¹¹ uważają, że skłonność do nerwic nie jest istotnie większa w przypadku jękania, niż w przypadku płynnego mówienia.

Próbowano także wyjaśnić patomechanizm jękania w świetle teorii frustracji i stresu. Czyniono to w różny sposób.¹² Niektórzy autorzy uznali to zaburzenie mowy za stałą przeszkodę w komunikacji werbalnej i dlatego utożsamili pojęcia: jąkanie i frustracja. Inni uważają, że jąkanie jest dystresem, czyli reakcją stresową wyzwalającą nieprzyjemne stany emocjonalne i szkodliwe następstwa dla ustroju. Jeszcze inni, polemizując z tymi opiniami, podkreślają zróżnicowane reakcje osób jękających się na niepowodzenia komunikacyjne i kwestionują obraz tych jednostek jako osobowości sfrustrowanych.

Spekulacje dotyczące osobowości jednostek jękających się bardzo rzadko były, niestety, empirycznie weryfikowane. Na podstawie badań klinicznych, testów osobowości (CAT i Rorschach) oraz przebiegu psychoterapii

⁸N. A. Własowa, K. P. Becker, *Zajkanie*, Moskwa 1983.

⁹A. Mitrinowicz, *Jąkanie, przyczyny i leczenie*, Warszawa 1953.

¹⁰A. Schilling, *Die Behandlung des Stotterns*, "Folia Phoniatria" 1965, 17, 365-458.

¹¹Dalton, Hardcastle, *Disorders ...*

¹²Por.: Van Riper, *Speech ...*, op. cit., G. Bohme, *Das Stotter - Syndrom*, Stuttgart 1977; J. B. Niekrasowa, *Dynamika psychicznych sostojanij zajkajuszczichsia prilogopsichotierapii*, "Woprosy psichologii" 1985, nr 2, s. 127-133.

przedstawiono następujący charakterystyczny obraz jękającego się dziecka: dziecko nieśmiałe, zamknięte w sobie, posłuszne, uczuciowe, ale wewnętrznie wrogo nastawione i niezadowolone.¹³ Obraz ten należy przyjmować z rezerwą, gdyż na podstawie przeglądu wielu studiów Beech i Fransella¹⁴ doszli do wniosku, że jękający się nie ma wyjątkowego rodzaju osobowości, która odróżnia go od nie jękającego się. Przyznają jednak, że osoba jękająca się może mieć pewien kompleks urazów, który utrudnia jej zaakceptowanie siebie taką, jaką jest. Wykazuje ona ponadto wyższy poziom pobudliwości niż jednostka dobrze mówiąca.

Najbardziej obszerne studium nad osobowością jękającego się przedstawił, jak dotąd, Sheehan¹⁵, który doszedł do wniosku, że nie ma wzorca osobowości wspólnego dla wszystkich jednostek jękających się i że w przeciętnej populacji nie wyróżniają się one niczym charakterystycznym.

TERAPEUTA

Terapeucie, który zajmuje się usuwaniem jękania, poświęcono bardzo mało uwagi, zarówno jeśli chodzi o kwalifikacje, jak i predyspozycje. Wiadomo tylko, że tego trudnego i odpowiedzialnego zadania podejmują się logopedzi, psychologowie, lekarze, współpracując ze sobą lub działając indywidualnie. Podczas terapii mogą oni pełnić jedną z wymienionych za Kratochwil¹⁶ - ról.

Rola analityka

Spełniają ją głównie zajmujący się osobami jękającymi się psychoanalitycy.¹⁷ Analizują oni dokładnie życie pacjenta, nie ujawniając jednocześnie siebie. Pozostają nieprzeniknieni i w tym sensie bierni i zamknięci w sobie. Prowadząc terapię jękania w grupie, pozostawiają jej swobodę w

¹³C. S. T e r o d i a k o n o u, Psychological problems and precipitating factors in the stuttering of children, "Acta Paedopsychiatrica" 1970, nr 6, s. 344-351.

¹⁴Cyt. za: Dalton, Hardcastle, Disorders ...

¹⁵J. G. S h e e h a n, Stuttering: Research and Therapy, London 1970.

¹⁶S. K r a t o c h v i l, Zagadnienia grupowej psychoterapii nerwic, Warszawa 1981.

zakresie sposobu ujawniania problemów. Nie ingerują, lecz odkrywają i interpretują związek między nie uświadomionymi motywami zachowania a jękaniem.

Rola komentatora

Analitik podsumowujący co pewien czas przebieg terapii staje się komentatorem. Jego komentarz może polegać na: a) podsumowaniu obserwacji zachowania osoby jękającej się, bez wyrażenia własnych uczuć i wrażeń, b) nazywaniu i klasyfikowaniu tego zachowania przy użyciu odpowiedniego aparatu pojęciowego, c) stawianiu hipotez dotyczących terafniejszego i przyszłego zachowania się jednostki jękającej się.

Rola trenera

Terapeuta w roli trenera stara się osiągnąć maksymalną poprawę płynności mówienia bez głębszego wnikania w psychikę osoby jękającej się. Zakłada on, że zmniejszenie jękania niejako automatycznie polepszy funkcjonowanie pacjenta. Demonstruje więc prawidłowy sposób mówienia, wyjaśnia jego mechanizm i nakłania jękającego się do jego naśladowania. Przeprowadza z nim w gabinecie szereg ćwiczeń oddechowych, fonacyjnych, artykulacyjnych, językowych, relaksacyjnych oraz zaleca ich kontynuowanie w domu. Trener stara się być wzorem i autorytetem dla osoby jękającej się, którą chce sobie podporządkować na okres terapii. Taką postawę demonstrują zarówno tradycyjni terapeuci, jak i terapeuci o orientacji behawioralnej.

Rola terapeuty jako autentycznej osoby

Jest to rola zgodna z założeniami psychologii humanistycznej i odpowiednia - jak się wydaje - dla terapeuty zajmującego się osobami jękającymi się. Zdaniem Rogersa cechować go powinny: wnikliwe empatyczne zrozumienie, troska, czyli postawa bezwarunkowej akceptacji, autentyczność albo zgodność z samym sobą (kongruencja).

¹⁷Ch. F r i e d, Behavior therapy and psychoanalysis in the treatment of a severe chronic stutterer, "Journal of Speech and Hearing Disorders" 1972, nr 3, s. 347-372.

Empatia ułatwia terapeutę zrozumienie przeżyć i odczuć osoby jąkającej się. Wymaga jednak od niego rezygnacji na pewien czas ze swoich przekonań i wartości po to, aby bez uprzedzeń wejść do świata przeżyć swojego klienta. Troszcząc się o osobę jąkającą się terapeuta akceptuje bez zastrzeżeń jego zarówno pozytywne, jak i negatywne uczucia i sposób ich okazywania oraz wierzy w jej twórcze możliwości. Wstrzymuje się także od oceniania na rzecz zrozumienia, dzięki czemu osoba jąkająca się jest akceptowana taką, za jaką się podaje, bez cienia podejrzliwości ze strony terapeuty. Pozorna łatwo-wierność terapeuty stanowi fundament zaufania i rozwoju klienta.

Autentyczność sprzyja - zdaniem Rogersa - rozwojowi jednostki w procesie terapii bardziej niż inne czynniki (empatia i troska). W kontaktach z osobą jąkającą się terapeuta ma być naprawdę sobą, bez fałszu i fasady. Być sobą oznacza także być takim jak inni, robić to, co robią inni, włączyć się aktywnie w życie grupy terapeutycznej. Oznacza to również, że terapeuta dzieli się z jąkającymi się osobami swoimi przeżyciami, doznaniem, obawami - np. dotyczącymi prognozy terapii. Jeżeli osoba jąkająca się nie pracuje nad sobą, lecz jedynie się użala, jeżeli mówi o nietolerancji innych, a nie dostrzega własnej, jeżeli irytuje, męczy lub nudzi, to terapeuta szczerze wyraża swój sprzeciw. Jego dezaprobatą nie dotyczy jednak osoba (tę akceptuje), lecz utrudniających jej rozwój zachowań. Szczerłość terapeuty staje się modelem do naśladowania przez członków grupy terapeutycznej. Upewniają się oni, że wzajemne porozumienie jest możliwe dzięki autentyczności. Obdarzony tą bardzo istotną cechą terapeuta powstrzymuje się od jakże często okazywanej osobie jąkającej się litości, współczucia, czułości, nadopiekuńczości, pustych obietnic, gdyż wie, że te uczucia i postawy utrudniają przezwyciężenie zaburzenia mowy. Usiłuje więc skłonić ją do akceptowania jąkania, do rozwoju mimo jąkania - co stanowi podstawowy warunek skuteczności terapii. Czyni to nie tylko w gabinecie, ale także poza nim, udając się na wspólny spacer, do sklepu, na pocztę itp., słowem tam, gdzie osoba jąkająca się doznała upokorzenia i przykrości i gdzie najbardziej pragnie odnieść sukces w komunikacji słownej.

Rola terapeuty jego autentycznej osoby jest trudna i nie wszyscy mogą jej sprostać. Kratochwil wymienia w tym względzie następujące ograniczenia:

1. Ograniczenia uwarunkowane właściwościami terapeuty. Mimo posiadanych kwalifikacji nie wszyscy terapeuci mają takie cechy, jak: rzeczywiste zainteresowanie problemami osób jąkających się, empatia, ciepły kontakt. Niektórzy boją się tych osób, nie wierzą w skuteczność terapii lub są nią znużeni. Jeszcze inni mają tak poważne kłopoty z sobą, że są niezdolni do pomagania innym. Tacy terapeuci nie będą nigdy autentyczni i nie powinni zajmować się terapią osób jąkających się, lecz znaleźć sobie inne zajęcia.

2. Ograniczenia uwarunkowane celami terapii i jej doraźnymi potrzebami. Terapeuta koncentruje się z jednej strony na redukcji nie płynności mówienia, a z drugiej strony na penetracji jej psychicznego i fizjologicznego podłoża. Ta komasacja zadań, których realizacja wymaga sporo czasu i nakładu sił, zmusza go do świadomego ograniczania własnej autentyczności; na przykład: wyraża on swoje uczucia, ale nie ujawnia własnych problemów, mówi tylko o tych problemach, które mają związek z przeżyciami osób jękających się. Terapeuta może także powstrzymać się od spontanicznej reakcji, gdy wie, że osoba jękająca się nie jest jeszcze zdolna i przygotowana do jej odbioru oraz gdy sądzi, że byłoby to ze znaczną szkodą dla grupy terapeutycznej.

Zgodnie z podstawowym założeniem psychologii humanistycznej koniecznym i wystarczającym warunkiem skuteczności terapii jest postawa terapeuty wynikająca z jego autentyczności, troski i empatii. Psychologia ta przywiązuje dużą uwagę do rozwijania tych cech. Kładzie więc nacisk na te aspekty, które tylko w znikomym stopniu są uwzględniane w naszym programie szkolenia terapeutów jękania.

PRZEBIEG TERAPII

Psychoterapia humanistyczna nastawiona jest na klienta. Odrzuca ona zarówno model pedagogiczny (jękający się w roli ucznia), jak i model medyczny (jękający się jako pacjent) i stosuje podejście nastawione na rozwój jednostki, której problemy mają przede wszystkim charakter psychologiczny (jękający się jako klient). Głosi, że te same zasady psychoterapii stosują się do wszystkich ludzi, niezależnie od tego, czy są to neurotycy, jękający się czy normalni. Założenie to jest zgodne z referowanymi wcześniej wynikami badań, z których wynika, że osobowości jednostek jękających się i jednostek mówiących płynnie różnią się między sobą mało lub nie różnią się wcale.

Cel terapii

W przypadku jękania rzeczą szkodliwą i niemożliwą jest ścisłe rozgraniczenie psychoterapii i logoterapii, ponieważ obie te formy terapii muszą być stosowane łącznie, aby dały pożądany efekt. Celem psychologoterapii jest więc, po pierwsze - wnikięcie w psychologiczne podłoże i następstwa jękania, po drugie - dążenie do uzyskania możliwej do osiągnięcia i możliwie trwałej poprawy płynności mówienia, po trzecie - ułatwienie osobie jękającej się pełnego rozwoju. Tak sformułowany cel uwzględnia potrzebę jednoczesnego oddziaływania na przyczyny i objawy jękania oraz zakłada konieczność stymulowania pozytywnych zmian zachodzących w strukturze

osobowości jednostki jąkającej się. Psychologoterapia o orientacji humanistycznej stanowi świadomą próbę odstąpienia zarówno od podejścia wąskolopedycznego, które zakłada, iż należy skoncentrować się na maksymalnym redukowaniu objawów nie płynnego mówienia, jak i od modelu medycznego, który polega na stwierdzeniu patologii, postawieniu diagnozy i doborze określonego sposobu postępowania (czyli przede wszystkim przepisaniu leków o bardzo dyskusyjnej skuteczności).

Etapy terapii

Rogers podkreśla, że terapia nastawiona na klienta, stanowi ciągły proces, który na skali zmian rozciąga się od stanu zamknięcia do otwartości się osobowości, od jej struktury statycznej i skostniałej do płynnej i swobodnej. Wymienia on kilka etapów postępowania terapeutycznego, które mogą - ale nie muszą - wystąpić w przypadku każdego klienta. Oto one:

E t a p p i e r w s z y. Osoba jąkająca się ujmuje siebie bardzo sztywno. Poza zaburzeniem mowy nie dostrzega właściwie żadnych problemów i wykazuje znaczny dystans wobec własnych przeżyć. Nie akceptuje jąkania i wstydi się go. Podczas terapii interesuje się głównie zewnętrznym aspektem tego zaburzenia, czyli nie płynnością mówienia, nie zauważając jego wewnętrznego aspektu, to jest psychicznego podłoża tej nie płynności.

E t a p d r u g i. Jednostka jąkając się nadal bardzo sztywno myśli o sobie i zachowuje się, ale zaczyna mówić o sprawach nieosobistych, postrzegając je jako zewnętrzne problemy.

E t a p t r z e c i. Okazana osobie jąkającej się akceptacja ułatwia jej stopniowe rozluźnianie i otwieranie się. Analizuje jednak swoje życie poprzez pryzmat jąkania, które kojarzy z bolesnymi przeżyciami z przeszłości. To, co komunikuje, dotyczy przede wszystkim sytuacji, w których doznała upokorzeń z powodu zaburzonej mowy.

E t a p c z w a r t y. Schematy, w które przywdziała swoje życie osoba jąkająca się, stają się mniej sztywne. Zmniejsza się także dystans do swoich przeżyć, a w relacjach dominuje już terażniejszość. Zaczyna się proces doświadczania siebie jako przeżywającej i czującej istoty, której brak pełnej harmonii.

E t a p p i ą t y. Pojawia się nie znana wcześniej chęć ujawniania przeżyć w momencie ich wystąpienia. Osoba jąkająca się nie ujawnia ich jednak. Wie, że coś przeżywa, ale nie wie co. Dostrzega rozbieżność między osobą, za którą pragnie uchodzić, a osobą, którą rzeczywiście jest. Jednocześnie ma świadomość, że dzieje się z nią coś autentycznego.

E t a p s z ó s t y. Pojawiające się uczucia są nie tylko sygnalizowane, ale i bez ograniczeń przeżywane w momencie pojawienia się. Jąkanie,

które jednostka zaczyna akceptować, przestaje być centralnym problemem. Zaczyna dominować troska o autentyczne doznawanie siebie i innych oraz chęć rozwoju.

E t a p s i ó d m y. Nie jest to stan, lecz cel do którego zmierza jednostka pragnąca stać się osobą, która w pełni realizuje swoje możliwości.

Rogers podkreśla, że większość klientów zgłaszających się na terapię znajduje się na trzecim lub czwartym etapie.

Nowy wskaźnik efektywności terapii

Psychologia humanistyczna wskazuje terapeutom nowy wskaźnik skuteczności terapii, a mianowicie osiągnięty przez jednostkę etap rozwoju zgodnie z przedstawioną wyżej periodyzacją. Chodzi o to, że osoby jękające się mogą nie różnić się nie płynnością mówienia lecz różnią się znacznie pod względem akceptacji jej objawów. Jednostka, która akceptuje swoje niedomagania werbalne ma większe szanse osiągnięcia terapeutycznego sukcesu. Osobę, która jąka się w stopniu umiarkowanym, ale zdołała osiągnąć wysoki poziom rozwoju należy uznać za zdrowszą od osoby, która jąka się w stopniu lekkim, lecz jest niezdolna do rozwoju. Tak więc wskaźnikami skuteczności terapii są: 1) stopień płynności mówienia i 2) poziom realizacji osobistych możliwości. Oba te wskaźniki wzajemnie warunkują się i uzupełniają.

Terapia osób jękających się w świetle badań

Mimo że terapia skierowana na klienta była obiektem licznych badań, to jednak autorowi niniejszego artykułu nie udało się dotrzeć do reprezentujących ten kierunek studiów nad jękającymi się. W tej sytuacji zdecydowano się przedstawić wyniki badań, których założenia teoretyczne mają określony związek z psychologią humanistyczną.

Fried¹⁸ przedstawił obszerne studium nad wykorzystaniem elementów terapii behawioralnej, psychoanalizy i psychologii humanistycznej w terapii przewlekłego jękania. Badanie nie płynnie mówiącego Jerry'ego doprowadziło do wielu paradoksalnych odkryć. Okazało się, że ten sam przypadek prowadzony przez tego samego terapeutę może być wyjaśniany na gruncie przeciwstawnych teorii. Z punktu widzenia behawioryzmu Jerry był osobą dobrze

¹⁸Ibid.

przystosowaną, którego jąkanie stanowiło wyuczony sposób reagowania w sytuacjach wyzwających niepokój. W ujęciu psychoanalizy był on natomiast neurotykiem, którego zaburzenie mowy stanowiło integralną część szeroko rozgałęzionych zaburzeń osobowości. Zgodnie z założeniami psychologii humanistycznej, Jerry stanowił zaś pozytywny przykład jąkającej się jednostki, dążącej do możliwie pełnego rozwoju. Fried nie rozstrzygnął, która koncepcja teoretyczna była w tym przypadku słuszniejsza. Twierdzi jedynie, że każda z nich wnosi pewne wartości do terapii osób jąkających się.

Rau¹⁹ badał frustrację u dojrzałych osób jąkających się, wykorzystując w tym celu między innymi Test Frustracji Rosenzweiga i Test Klasyfikacji Kelly'ego. Kiedy porównał wyniki uzyskane na początku i po zakończeniu terapii grupowej, okazało się, iż nastąpiło:

- 1) zmniejszenie o 16% reakcji świadczących o występowaniu frustracji,
- 2) zwiększenie o 24% reakcji ignorujących sytuacje frustracyjne,
- 3) obniżenie o 14% reakcji świadczących o poczuciu winy i niewiary w siebie,
- 4) zwiększenie do 31% reakcji nastawionych na rozwiązanie powstałych problemów,
- 5) zmniejszenie lęku w sytuacjach komunikacyjnych (np. rozmowa przez telefon),
- 6) obniżenie wskaźników występowania zachowań agresywnych i podniesienie odporności na frustracje.

Zauważono także, iż w wyniku przeprowadzenia psychoterapii grupowej wytworzył się u osób jąkających się adekwatny stosunek do możliwości przewyciężenia życiowych przeciwności. Obserwowane zmiany polegały na ustępowaniu zachowań pasywno-obronnych, a wzroście aktywnej działalności zmierzającej do radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

Uczestniczące w psychoterapii grupowej jąkające się jednostki zostały przebadane przez Niekrasową²⁰ Testem Wessmana-Riekxa, który wykazał u badanych wyraźne zmniejszenie niepokoju, zwiększenie wytrzymałości i cierpliwości oraz uruchomienie mechanizmów obronnych przeciwko frustracji. Dodatkowym efektem terapii była pewność siebie jej uczestników.

¹⁹E. J. R a u, Dynamika niektórych charakteristik liczności w procesie psychoterapii zaikajuszczichsia, "Woprosy psichologii" 1984, nr 3, 67-72.

²⁰N i e k r a s o w a, Dynamika

Havin²¹ porównał osoby jąkające się, których terapia zakończyła się sukcesem (grupa A) i osoby jąkające się, które nie odniosły takiego sukcesu (grupa B), wykorzystując w tym celu wyniki w Teście MMPI. Okazało się, że w grupie B znalazły się jednostki, które cechował wysoki poziom introwersji, depresji, psychastenii, niepokoju i zniewieścienia. Cechy te sprzyjały stałej koncentracji na jąkaniu i utrudniały jego przezwyciężenie.

Przedstawione argumenty i wyniki badań sugerują wyraźnie potrzebę wykorzystania niektórych założeń psychologii humanistycznej w terapii osób jąkających się, gdyż psychologia ta ułatwia dotarcie do rzeczywistych problemów jednostki, podkreśla znaczenie posiadania przez terapeutę określonych predyspozycji oraz kładzie nacisk na rozwijanie autentycznych relacji między terapeutą a osobą jąkającą się, które są korzystne dla procesu terapeutycznego.

РЕЗЮМЕ

В данной работе представлена возможность использования некоторых принципов гуманитарной психологии в терапии заикающихся. Их личность, как доказали исследования, не проявляет специального расстройств. Эти принципы относятся к: 1) способу трактовки заикающихся как людей стремящихся к собственному развитию; 2) подходу терапевта речи, отличающегося внимательным отношением, заботой, пониманием и аутентичностью; 3) созданию подлинного отношения между терапевтом а заикающимся, способствующего не только преодолению заикания, но и личному развитию.

S U M M A R Y

The paper discusses the problems of stammerers. Their personalities - as shown by research - do not reveal any significant deviations from normal. The author points to the possibility of utilizing some postulates of humanistic psychology in the therapy of stammerers. These postulates refer to:

1) the approach to treating a stammerer as an individual who seeks to develop his personality,

²¹A. B. H a v i n, Individualno-psichologiczeskije faktory w prognozowaniu i priedolenii zaikanija, "Woprosy psychologii" 1985, nr 2, s. 133-135.

.....

2) the attitude of the speech therapist who should be characterized by deeply emphatic understanding, care and authenticity,

3) the development of authentic relationships between the therapist and the stammerer which will assist both overcoming the stammer and enhance personal development.