

## Podejście psychologiczne w terapii jąkania

### A psychological approach in stuttering therapy

Katedra Psychologii Emocji i Motywacji, Instytut Psychologii, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Correspondence to: Katedra Psychologii Emocji i Motywacji, Instytut Psychologii, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Al. Raławickie 14, 20-950 Lublin, tel.: 81 445 35 10, e-mail: gatta@kul.pl, aneta.przepiorka@kul.pl

Source of financing: Department own sources

---

### Streszczenie

Praca omawia różne metody stosowane w terapii jąkania z uwzględnieniem podejścia psychologicznego. Jąkanie jest nie tylko zaburzeniem płynności mówienia, objawy występują bowiem na kilku płaszczyznach: neurofizjologicznej, społecznej i psychologicznej. Terapia jąkania ze względu na złożoność tego zaburzenia wymaga podejścia interdyscyplinarnego, w tym szczególnie koncentracji na radzeniu sobie z emocjami pacjenta i obniżeniu związanych z tym zaburzeniem patologicznych reakcji lękowych – logofobii. Celem artykułu jest omówienie metod stosowanych w terapii jąkania oraz ocena ich skuteczności. Główny podział metod zakłada istnienie dwóch podejść: pośrednie i bezpośrednie metody. Metody bezpośrednie oddziałują na akt mowy i mają na celu zmniejszenie nie płynności mowy. Wśród nich można wymienić: rytmizację mówienia, wspomaganie wypowiedzi ruchem ręki czy wydłużenie wypowiedzi. Natomiast metody pośrednie stanowią ich uzupełnienie i koncentrują się na obniżeniu lęku oraz redukcji napięcia pojawiającego się u osoby jękającej się. Należą do nich różnego rodzaju techniki relaksacyjne, metody oparte na wizualizacji czy treningi autogenne. Zwracają one uwagę na emocje przeżywane przez osoby jękające się. Ponadto techniki takie jak muzykoterapia, psychodrama, hipoterapia, desensytyzacja i desensytylizacja są skutecznymi sposobami polepszenia funkcjonowania psychospołecznego osób jękających się. Prezentowany artykuł ma charakter przeglądowy, może zatem służyć jako podstawa do opracowania i wdrożenia programów terapeutycznych z udziałem logopedy i psychologa.

**Słowa kluczowe:** terapia, jąkanie, psychologia, metody pośrednie, metody bezpośrednie

### Summary

The presented article concerns the issue of stuttering therapy and takes into account the psychological approach. Stuttering is not only a speech fluency disorder, but the symptoms occur on several levels: neurophysiological, social and psychological. Considering the complexity of this disorder, stuttering therapy requires an interdisciplinary approach that focuses particularly on dealing with the patient's emotions and reducing the related pathological anxiety – logophobia. This article aims to discuss the methods used in the treatment of stuttering, and assess their effectiveness. The main division of methods assumes the existence of two approaches: direct and indirect methods. Methods of direct impact on speech are aimed at reducing speech disfluencies. Among them are: rhythmisation of speech, supporting movements of hands while speaking, and extension of statements. On the other hand, indirect methods are complementary and are aimed at reducing anxiety and tension appearing in stuttering individuals. Various relaxation techniques, visualization and autogenic training may be enumerated here. These methods focus on stuttering patients' emotions. In addition, techniques such as music therapy, psychodrama, hippotherapy, desensitization and desensibilisation are effective ways to improve the psychosocial functioning of stuttering individuals. This is a review article, so it may be used as a basis for the development and implementation of therapeutic programs with participation of a speech therapist and psychologist.

**Key words:** therapy, stuttering, psychology, indirect methods, direct methods

## WPROWADZENIE

Jąkanie, zgodnie z międzynarodową klasyfikacją (ICD-10 F98.5, ICD-9 307.0), to zaburzenie płynności mówienia, w którym występują symptomy opisywane na trzech poziomach: komunikacyjnym, psychicznym i neurofizjologicznym. Na poziomie komunikacyjnym objawem dominującym jest patologiczna nie płynność mówienia. Na poziomie psychicznym występuje logofobia. Zwraca uwagę świadomość występowania zaburzenia, przewidywanie wystąpienia nie płynności i wiążące się z tym reakcje lękowe o charakterze patologicznym (jak wspomniana już logofobia). Na poziomie neurofizjologicznym główny objaw stanowi podniesione napięcie mięśniowe w obrębie narządów mowy (spastyczność)<sup>(1)</sup>.

Terapia osób jękających się jest trudna, długotrwała i może nie przynieść stuprocentowej poprawy, bowiem prognoza jest niepewna<sup>(2,3)</sup>. Zdarza się wręcz, że powoduje psychiczne cierpienie, ponieważ nierzadko sięga najgłębszych struktur osobowości człowieka<sup>(4)</sup>. Podejście w terapii powinno być wieloaspektowe i wielopłaszczyznowe<sup>(5)</sup>. Odwołując się do podejścia systemowego, które zakłada istnienie czterech czynników w strukturze jękania<sup>(3)</sup>, można przypuszczać, że w skuteczną diagnozę i terapię jękania powinni być zaangażowani logopeda, lekarz i psycholog. Reprezentant każdej profesji ma inne zadania. Lekarz albo psychofizjolog określa czynniki biologiczne, przy użyciu m.in. elektroencefalogramu (EEG), elektromiogramu (EMG), galwanometru (urządzenia do pomiaru reakcji skórno-galwanicznej), stroboskopii czy spirometrii. Psycholog może wspomagać terapię jękania pracą nad emocjami, komunikacją, podnoszeniem własnej wartości osób jękających się. Logopeda zaś zajmuje się czynnikami lingwistycznymi, pracując nad poprawieniem płynności mowy.

Współcześnie znajdujemy szereg metod stosowanych w terapii jękania. Najczęściej spotykany podział obejmuje metody bezpośrednie i pośrednie. Metody bezpośrednie można podzielić na takie, które kształtują płynność mowy, działają bezpośrednio na akt mowy, oraz takie, które odwracają uwagę od aktu mowy, oddziałują na procesy leżące u podstaw mowy, ale nie skupiają się na terapii nie płynności, a bardziej na logofobii<sup>(6,7)</sup>.

### METODY BEZPOŚREDNIE W TERAPII JĘKANIA

Jedną z metod działających na akt mowy jest **rytmizacja mówienia**, polegająca na rytmicznym wypowiadaniu wyrazów bądź całych zdań. Rytm może być wspomagany metronomem<sup>(8)</sup>. Do pomocy służą aparaty produkowane w Polsce, np. korektor mowy Bochniarza, zawierający metronom z sygnalizacją wizualną i akustyczną. W tym nurcie jest też stosowana logorytmika, gdzie rytm jest przenoszony z motoryki dużej do małej, dzięki czemu usprawnia dyskoordynację słuchowo-ruchową<sup>(9)</sup>.

Kolejna metoda to **wspomaganie wypowiedzi ruchem ręki**, który upłynnia mowę. Ruch ręki symbolicznie odtwarzający płynny przebieg mowy proponowała Engiel<sup>(10,11)</sup>. Synchronizację mowy z ruchami palców ręki wiodącej, która wymusza rytmiczno-intonacyjny schemat frazy, proponuje Arutiunian<sup>(12)</sup>.

Następna metoda to **wydłużanie wypowiedzi**. Przedłużanie czasu realizacji samogłosek opisał Wilczewski<sup>(13)</sup>. Wzoruując się na śpiewie, przeważnie płynnie wykonywanym przez jękających, zalecał, aby samogłoski trwały dłużej. Wilczewski łączył terapię fizjologiczną i psychologiczną. Na początku pacjent miał za zadanie zaśpiewać zwrotkę znanej piosenki, następnie powtarzał ją, wydłużając równomiernie samogłoski każdej sylaby. W terapii psychologicznej Wilczewski proponował integrację procesu myślenia i mówienia, polegającą na tym, że zadaniem pacjenta jest opisywanie obrazka, a logopeda może zadawać pytania uzupełniające. Początkowo obrazki są proste, później coraz trudniejsze.

**Metoda echa** zapoczątkowana przez Adamczyka<sup>(14)</sup> wykorzystuje opóźnienie w słyszeniu wypowiedzi własnej. Autor tej metody odkrył ją przypadkowo, wypowiadając słowa nad 50-metrową studnią (sam się wówczas jąkał). Opóźnione echo (optymalnie od 0,1 do 0,3 sekundy) spowalnia wypowiedź, która następnie staje się płynna. Adamczyk proponował wykonywanie ćwiczenia metodą echa w trzech etapach. Pierwszy etap odbywa się w „sztucznym” środowisku pod względem zaangażowania emocji, czyli w gabinecie. Pacjent, podłączony do korektora, mówi na dowolny temat. Podczas tego etapu pacjent ma uwierzyć, że może mówić płynnie. Drugi etap to ćwiczenia z echem zapamiętanym w domu, czyli w sytuacji emocjonalnie „łatwej”. W trzecim etapie pacjent poddany jest trudniejszemu emocjom, ma bowiem za zadanie mówić z echem zapamiętanym w okolicznościach stanowiących większe wyzwanie – w szkole, sklepie czy z przyjaciółmi.

Impulsem do badań nad mową zwolnioną stał się efekt Lee, czyli opóźnione słuchowe sprzężenie zwrotne: gdy osoba słyszy swój głos z opóźnieniem o około 0,25 sekundy, zwalnia tempo mówienia. Na podstawie tego efektu opracowano **metodę cienia**, której twórcą jest Kondaś. Terapeuta czyta tekst, a jękający powtarza go z opóźnieniem o 1–2 wyrazy. Tempo powinno być coraz szybsze. Metoda ma różne modyfikacje, obejmuje m.in. mowę chóralną, w której jękający się czytają wspólnie, oraz zastosowanie białego szumu, który ma odwrócić uwagę od własnej wypowiedzi<sup>(6)</sup>.

**Metoda Gutzmana** ma na celu poprawę koordynacji aparatu oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnego. Najpierw jękający się wydłuża oddech, trzymając rękę na pierśsi, wdycha cicho powietrze, następnie wykonuje ćwiczenia głosowe, rozpoczynając od chuchania, poprzez szept, kończąc na pełnym głosie. Kolejnym krokiem są ćwiczenia artykulacyjne, obejmujące najpierw głoski szczelinowe, następnie zwarto-szczelinowe, a na końcu głoski

zwarte. Pacjent wymawia głoski początkowo w izolacji, później w sylabach, a na końcu całe wyrazy. Podstawą metody Froeschelsa, nazywanej **metodą żucia**, jest z kolei zależność między żuciem i artykulacją. Osoba ćwiczy żucie z użyciem głosu, ma mówić wolno, cały czas myśląc o żuciu. Metoda ta ma przełamać barierę przed żuciem podczas mówienia<sup>(6)</sup>.

Warto zwrócić też uwagę na **metodę mowy spowolnianej** Tiapugina<sup>(15)</sup>. Osoby jękające się biorą udział w specjalnym programie i spotykają się tylko z osobami również do niego włączonymi. Metoda ma na celu spowolnienie mowy. W literaturze opisana jest też **technika swobodnego przepływu powietrza** opracowana przez Schwartza. Osoba jękająca się ćwiczy westchnienie bez wydobywania głosu. Z czasem pojawia się delikatna zgłoska, a następnie kolejne sylaby. W końcowej fazie ćwiczeń westchnienie zanika, a w jego miejsce pojawia się mowa. Metodę tę stosuje w swojej terapii Chęćek, prosząc pacjentów o wymawianie na początku frazy głoski „h”. Ćwiczenia rozpoczynane są od wyrazów z samogłoskami w nagłosie<sup>(16)</sup>. Inną techniką, również stosowaną przez Chęćka, jest **delikatny start mowy**. Jękający się uczy się nienapinania narządów artykulacyjnych przed wypowiedzianiem frazy, dotyczy to przede wszystkim głosek zwartowych, które najczęściej doprowadzają do powstania blokad.

Trzeba też wspomnieć o **treningu negatywnym**, który opiera się na zjawisku zwanym przetrenowaniem. Czynność powtarzana wielokrotnie z dużą koncentracją pogarsza wynik. Jękający się powtarza wyraz, który sprawia mu trudność, aż wypowie go płynnie. Technika ta budzi dużo zastrzeżeń, jest bardzo uciążliwa dla jękających się i dla terapeuty. Jej odmianą jest **metoda Bryngelona**, polegająca na świadomej kontroli nie płynności. Jękający się symuluje w niej jękanie wraz ze wszystkim objawami. Miało to za zadanie zmniejszyć objawy strachu przed jękaniami<sup>(6)</sup>.

Inną metodę stanowi warunkowanie instrumentalne, które polega na nagradzaniu zachowań płynnych i karaniu jękania. Według zwolenników tego podejścia dużym błędem jest zwracanie nadmiernej uwagi osobie, gdy się jąka, co może wzmacniać zachowania nie płynne<sup>(6)</sup>.

Druga grupa obejmuje metody odwracające uwagę od aktu mówienia. Jedną z nich jest **metoda maskowania**. Założeniem tej metody jest obserwacja, że obustronne zagłuszenie mówienia intensyfikuje głos osoby mówiącej. Zatem zagłusza się szumem lub hałasem mowę osoby jękającej się. Chociaż w warunkach laboratoryjnych uzyskuje się poprawę, efekt ten trudno przenieść z gabinetu do sytuacji rzeczywistych<sup>(6,15)</sup>.

**Metoda Liebmanna** odwraca uwagę od oddychania i artykulacji, które z założenia powinny być automatyczne. W swojej terapii autor zaproponował wyeliminowanie ćwiczeń oddechowych, ponieważ według niego podczas ćwiczeń jękający się powinien skupiać się na treści, a nie na formie wypowiedzi<sup>(6)</sup>.

## METODY POŚREDNIE W TERAPII JĘKANIA

Druga duża grupa metod to metody pośrednie, które są bardzo dobrym uzupełnieniem terapii bezpośredniej. W literaturze zaleca się stosowanie technik relaksacyjnych jako wspomagających terapię jękania<sup>(16)</sup>. Wskutek treningu pacjent ma nauczyć się, jak wpływać na rozluźnienie, koncentrację i uwagę, a także w jaki sposób zredukować stres, napięcie, lęki, zwiększyć sprawność i wydajność<sup>(17)</sup>. Można łączyć zasady relaksacji progresywnej Jacobsona i treningu autogennego Schultza lub stosować je oddzielnie w zależności od potrzeb pacjenta<sup>(16)</sup>. Podczas przeżywania emocji negatywnych jednym z objawów (często nieświadomych) jest napięcie mięśni. Redukcja napięcia może prowadzić do zmniejszenia subiektywnego poczucia lęku i stresu. Jacobson zaproponował technikę relaksacji, która polega na intensywnym świadomym napięciu poszczególnych partii mięśni, aby potem spowodować ich rozluźnienie, a w konsekwencji wywołać uczucie relaksu<sup>(18)</sup>. Druga z technik – trening autogenny – oparta jest na wynikach badań nad hipnozą. Osoby badane (przy udziale hipnotyzera) poprzez przełączenie świadomości mogą same wprowadzać się w stan hipnotyczny, czyli stosować autohipnozę. Trening autogenny Schultza polega na podawaniu sugestii przez terapeutę, powodujących, że badany uczy się wprowadzać w różne stany oraz odczuwać różne wrażenia, np. odprężenia, uspokojenia, uczucie ciężkości, ciepła, zimna<sup>(17)</sup>.

Zaleca się też stosowanie, obok relaksacji, **technik wizualizacyjnych**, wpływających na wyobraźnię<sup>(16)</sup>. Posiadają one cechy relaksacji, sugestii i antycypacji. Pomagają wpływać na własne emocje i sprzyjają większej kontroli nad nimi. Pacjent uczy się świadomego modyfikowania funkcji fizjologicznych (temperatura, ciśnienie tętnicze) za pomocą tworzenia ich mentalnego obrazu. Badania naukowe nad wizualizacją dały początek pracom nad biofeedbackiem<sup>(19)</sup>.

Obok technik relaksacyjnych w terapii stresu istotne są **ćwiczenia fizyczne**: jogging, pływanie czy aerobik, które można zastosować w terapii jękania pomocniczo. Taki trening nie tylko działa pozytywnie na stan zdrowia, ale także poprawia nastrój, działa relaksująco i odprężająco. Ponadto redukuje napięcia i stany lękowe. W tym kontekście stosuje się termin *ekstaza biegacza*, który oznacza stan po wysiłku fizycznym podobny do tego, jaki uzyskuje się po zażyciu niektórych narkotyków, a spowodowany jest wydzielaniem się endorfin<sup>(20)</sup>.

Od strony psychologicznej terapia jękania powinna dążyć do zmniejszenia logofobii, frustracji, poczucia winy, stresu komunikacyjnego, a także do wzmocnienia samooceny i pewności siebie<sup>(3)</sup>. Stan, jaki przeżywa osoba jękająca się, można uznać za rodzaj stresu. Jak podaje Łosiak<sup>(21)</sup>, stres to: „stan, charakteryzowany (...) przez silne emocje negatywne, takie jak strach, lęk, złość, wrogość, a także

inne stany emocjonalne wywołujące dystres oraz sprzężone z nim zmiany fizjologiczne i biochemiczne, ewidentnie przekraczający bazalny poziom aktywacji”. Stosowne zatem wydaje się zaproponowanie metod i technik stosowanych w terapii stresu.

W pracy nad emocjami i stresem można zastosować wykorzystywane w terapii innych zaburzeń następujące techniki: hipnozę, trening autogenny, medytację, relaksację neuro-mięśniową, metody regulujące oddychanie, desensybilizację traumy metodą szybkich ruchów gałek ocznych, komorę depriwacyjną, biofeedback, koherencję akcji serca, fototerapię i chromoterapię<sup>(18,20)</sup>. Ponadto warto wymienić muzykoterapię, psychodramę, hipoterapię, desensybilizację i desensybilizację. W **desensybilizacji** następuje sukcesywne uodpornienie na stres związany z jękaniami, poprzez stopniowe wchodzenie w sytuacje stresujące, co z czasem obniża doznania nieprzyjemne. Natomiast w **desensybilizacji** zestawia się bodźce nieprzyjemne z przyjemnymi, te drugie mają osłabić te pierwsze<sup>(15)</sup>. Wymienione techniki mogą być stosowane oddzielnie, jednak nie każda jest odpowiednia dla wszystkich pacjentów. Każda zastosowana technika powinna być starannie dobrana do potrzeb konkretnej osoby jękającej się.

Ciekawą metodą jest zaproponowana przez Weronikę Sherborne **metoda ruchu rozwijającego**. Polega ona na dążeniu do usprawnienia za pomocą ruchu tych sfer, z którymi jękający się mają problem, a mianowicie do poprawy stanu emocjonalnego i funkcjonowania społecznego oraz poprawy komunikacji z osobami z otoczenia. W pracy z osobami jękającymi się polecane jest łączenie tej metody z relaksacją i ćwiczeniami oddechowymi<sup>(22)</sup>.

W literaturze sugeruje się, aby przy terapii jękania nie skupiać się jedynie na wadzie wymowy. Należy pamiętać również o uwarunkowaniach psychologicznych. W jękanii zauważa się silne nierozładowane napięcie upośledzające afektywną regulację, które w obrębie fizjologii przejawia się poprzez: zaburzenia rytmu oddechowego, silne napięcia mięśniowe, wzrost aktywacji (intensyfikację przewodnictwa eklektycznego skóry). W konsekwencji prowadzi to do mowy niepełnej i urywanej. W kontroli układu autonomicznego i do modyfikacji zachowań osób jękających można stosować biofeedback i techniki regulacyjne<sup>(23)</sup>.

**Metoda biofeedbacku** wykorzystuje zjawisko eksteroreceptywnego sprzężenia zwrotnego. W celu wywołania terapeutycznego efektu stosuje się kontrolną aparaturę elektroniczną, służącą do wzmacniania, monitorowania i oceny reakcji fizjologicznych, zachodzących w organizmie ludzkim, zwykle pozostających poza kontrolą osoby. System biofeedback ma szerokie zastosowanie kliniczne i polega głównie na regularnym pomiarze funkcji fizjologicznych połączonym z treningiem autopsychoterapeutycznym. Działa on w ten sposób, że wprowadza w obszar świadomej kontroli poszczególne reakcje fizjologiczne, dzięki czemu pacjent może samodzielnie wpływać na obniżenie lub podwyższenie ciśnienia czy kontrolować oddychanie.

Zmiany następują zatem poprzez samokontrolę, osoba uczy się wywoływania ich samodzielnie bez środków farmakologicznych<sup>(24)</sup>.

Biofeedback jest szeroko stosowany jako technika główna lub wspomagająca w szeregu zaburzeń, np. w zaburzeniach lękowych, fobiach, zaburzeniach zachowania czy ADHD. Wolak<sup>(23)</sup> potwierdził, że metoda ta może być bardziej skuteczna niż techniki relaksacyjne i może szybciej przynieść efekty. Uproszczony schemat działania biofeedbacku można przedstawić w czterech punktach:

1. Pacjent jest podłączony do aparatury poprzez elektrody przytknięte do głowy. Mózg badanego wytwarza fale.
2. Fale mózgowo są rozpoznawane i odczytywane przez komputer ze specjalnym oprogramowaniem.
3. Poziom poszczególnych fal jest widoczny na ekranie w formie gry wideo, którą można sterować za pomocą fal mózgowych.
4. Gdy pacjent dobrze wykona zadanie, słyszy sygnał dźwiękowy, a liczba punktów wzrasta. Jest to dla mózgu informacja zwrotna, że pracuje na pożądanym poziomie. Mózg z czasem uczy się pracować poprawnie, utrzymując poziom fal na odpowiednim poziomie<sup>(25)</sup>.

## PODSUMOWANIE

W literaturze opisano wiele metod, technik i programów, trudno ocenić jednoznacznie, które są najbardziej skuteczne i przynoszą długotrwałe efekty. Najlepszym podejściem wydaje się to mówiące, że nie ma jednej dobrej terapii dla wszystkich jękających. Ze względu na różnice indywidualne podejście terapeutyczne powinno być każdorazowo dopasowywane, ponieważ ta sama technika, która niesie pozytywny skutek u jednego jękającego się, u innego może nie być efektywna.

## PIŚMIENNICTWO: BIBLIOGRAPHY:

1. Woźniak T.: Standard postępowania logopedycznego w przypadku jękania. *Logopedia* 2008; 37: 217–226.
2. Dell C.W.: Terapia jękania u dzieci w młodszym wieku szkolnym. Podręcznik dla logopedów. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2008.
3. Tarkowski Z.: Psychosomatyka jękania: dlaczego osoby jękające się mówią płynnie. Wydawnictwo Fundacji „Orator”, Lublin 2007.
4. Tarkowski Z.: Zmiana postaw wobec jękania. Wydawnictwo Fundacji „Orator”, Lublin 2008.
5. Suligowska B., Ządęcka E.: Czynniki warunkujące przebieg terapii. W: Minczakiewicz E.M. (red.): *Holistyczne aspekty logopedycznej terapii jękających się*. Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2005.
6. Tarkowski Z.: *Jękanie*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001.
7. Chęć M.: *Jękanie. Diagnoza, terapia, program*. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2007.
8. Chęć M.: Aktualny stan badań nad jękaniami – wybrane zagadnienia. *Logopedia* 1993; 20: 41–48.

9. Kilińska-Ewertowska E.: Logorytmika. Skrypt dla słuchaczy studiów logopedycznych i surdologopedycznych. UMCS, Lublin 1987.
10. Engiel Z.: Próba opracowania systemu ćwiczeń logopedycznych w rehabilitacji jąkania (cz. 1). Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne 1976; 12 (6): 60–63.
11. Engiel Z.: Próba opracowania systemu ćwiczeń logopedycznych w rehabilitacji jąkania (cz. 2). Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne 1977; 13 (1): 79–83.
12. Arutiunian L.: Problemy patologicznego podłoża jąkania. Logopedia 1997; 24: 31–37.
13. Wilczewski S.: Teoretyczne założenia i metoda usuwania jąkania. Logopedia 1967; 7: 105–111.
14. Adamczyk B.: Terapia jąkania metodą „Echo”. W: Gałkowski T., Tarkowski Z., Zaleski T. (red.): Diagnostyka i terapia zaburzeń mowy. Wyd. UMCS, Lublin 1993: 141–153.
15. Woźniak T.: Wykład z jąkania. UMCS, niepublikowane, Lublin 2007.
16. Chęć M.: Jąkanie. W: Gałkowski T., Tarkowski Z., Zaleski T. (red.): Diagnostyka i terapia zaburzeń mowy. Wyd. UMCS, Lublin 1993: 125–140.
17. Skoczek A.: Jąkanie – wybrane zagadnienia terapii. W: Minczakiewicz E.M. (red.): Komunikacja – mowa – język w diagnostyce i terapii zaburzeń rozwoju u dzieci i młodzieży niepełnosprawnej. Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2002.
18. Derra C.: Trening autogenny dla każdego. Amber, Warszawa 2005.
19. Sybilski Z.: Dezaktywizacja i aktywizacja emocji w psychoterapii. Wydawnictwo Druk-Intro, Inowrocław 2007.
20. Paul-Cavallier F.J.: Wizualizacja. Rebis, Poznań 1996.
21. Łosiak W.: Psychologia stresu. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008.
22. Strelau J.: Temperament a stres: temperament jako czynnik moderujący stresory, stan i skutki stresu oraz radzenie sobie ze stresem. W: Heszen-Niejodek I., Ratajczak Z. (red.): Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1996.
23. Bogdanowicz M., Kisiel B., Przasnyska M.: Metoda Weroniki Sherborne w terapii i wspomaganie rozwoju dziecka. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1992.
24. Wolak K.: Zastosowanie techniki Biofeedback w terapii osób jękających się. Psychologia Wychowawcza 1988; 1: 56–67.
25. Pęcyna M.: System Biofeedback w praktyce pedagogicznej. Żak, Warszawa 1998.

## Informacja dla Autorów!

Chcąc zapewnić naszemu czasopismu „**Psychiatria i Psychologia Kliniczna**” wyższą indeksację MNiSW i Index Copernicus, zwracamy się do Autorów o dopełnienie poniższych warunków podczas przygotowywania pracy do publikacji:

– Praca powinna być poprzedzona streszczeniem zawierającym **od 200 do 250 słów**.

Streszczeniu pracy oryginalnej należy nadać budowę strukturalną:  
wstęp, materiał i metoda, wyniki, wnioski.

– Liczba **słów kluczowych** nie może być mniejsza niż 5.

Słowa kluczowe nie powinny być powtórzeniem tytułu.

Najlepiej stosować słowa kluczowe z katalogu MeSH.

– **Praca oryginalna** winna zawierać elementy:

wstęp, materiał i metoda, wyniki, omówienie, wnioski, piśmiennictwo.

– **Piśmiennictwo** należy ułożyć w kolejności cytowania.

Pełny Regulamin ogłaszania prac znajduje się na stronie 74.