

Łukasz Kowalczyk

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej w Warszawie

POSTAWY I EMOCJE WOBEC JĄKANIA – PRACA Z DZIEĆMI ORAZ RODZICAMI. MODYFIKACJA MODELU GÓRY LODOWEJ SHEEHANA

Wieloczynnikowa koncepcja jąkania zakłada indywidualną kombinację uzupełniających się czynników, które mogą stanowić przyczynę wystąpienia tego zaburzenia mowy u jednostki. Są to czynniki fizjologiczne, lingwistyczne, psychologiczne oraz środowiskowe. W niniejszym artykule autor dokonuje modyfikacji modelu góry lodowej Sheehana, by opisać istotę jąkania w procesie diagnostyczno-terapeutycznym.

Słowa kluczowe: jąkanie, postawa, emocje, model góry lodowej

Jąkanie – aspekt wieloczynnikowości

Jąkanie jest zaburzeniem mowy, które nie ma uwarunkowań kulturowych, religijnych, etnicznych czy społecznych. Wspólny mianownik stanowią jego objawy, ale również one pod względem częstotliwości występowania, typu oraz natężenia bez wątpienia są mocno zindywidualizowane. Do podstawowych objawów jąkania można zaliczyć: powtórzenia całych słów, powtórzenia pojedynczych sylab, przedłużanie dźwięków, blokowanie dźwięków, wzmożone napięcie twarzy, współruchy, zakłócenie oddychania, zburzenie tempa mówienia. Powyższe zakłócenia w zachowaniu płynności mówienia są dość szybko dostrzegane przez otoczenie, co może nie pozostawać obojętne wobec kształtowania się m.in. postaw komunikacyjnych u jąkającego się dziecka. Dlatego na proces definiowania, diagnozowania i terapii jąkania należy spojrzeć wieloaspektowo.

Jąkanie jest zjawiskiem niezwykle złożonym zarówno w fazie początkowej jego powstawania, jak i w dalszym przebiegu. Nie sposób opisać tego zaburzenia mowy, posługując się jedynie widocznymi objawami, ponieważ jego istota sięga znacznie głębiej. Specjaliści zgodnie podkreślają, że jąkanie jest wieloczynnikowe (zob. m.in.: Conture 2001; Guitar 2006; Riley i Riley 1979; Rustin i in. 1996; Smith i Kelly 1997; Wall i Myers 1995, za: Kelman, Nicholas 2013).

Doświadczenie praktyków w tej dziedzinie pozwoliło stworzyć koncepcję wzajemnie uzupełniających się czynników: fizjologicznych, lingwistycznych, psychologicznych oraz środowiskowych (zob. rys. 1.)



Rys. 1. Wieloczynnikowa koncepcja jąkania

Źródło: rycina własna na podstawie Kelman, Nicholas 2013.

Bardziej szczegółowo opisane czynniki mogące w indywidualnej kombinacji warunkować wystąpienie jąkania u dziecka przedstawia tab. 1.

Tab. 1. Czynniki związane z rozwojem jąkania u dziecka

| Czynniki fizjologiczne i lingwistyczne | Czynniki psychologiczne i środowiskowe |
|--|--|
| <i>1</i> | <i>2</i> |
| <ul style="list-style-type: none"> – dziedziczność (występowanie jąkania w rodzinie), – różnice funkcjonalne i strukturalne mózgu osób jąkających się, – zredukowane sprawności w zakresie motoryki aparatu artykulatoryjnego, – dłuższy czas reakcji w zadaniach werbalnych i manualnych, – trudności w stabilizowaniu i kontrolowaniu ruchów krtani, – płeć (bardziej prawdopodobne jest to, że problemy w mowie i języku pojawiają się u chłopców niż dziewczynek), | <ul style="list-style-type: none"> – środowisko komunikacyjne: <ul style="list-style-type: none"> ○ jąkanie u dziecka może spowodować zmianę stylu interakcji u rodziców (w wyniku niepokoju rodziców jąkaniem się dziecka), – niepokój rodziców: <ul style="list-style-type: none"> ○ obawy w interakcji z dzieckiem z niepełnością mówienia, ○ obwinianie się za jąkanie dziecka, ○ mniej spójne funkcjonowanie w rolach rodzicielskich, ○ wpływ reakcji otoczenia na świadomość problemu i stosunek do własnej mowy, – temperament dziecka: <ul style="list-style-type: none"> ○ bardziej aktywne i mniej zdolne do utrzymania oraz przenoszenia uwagi, |

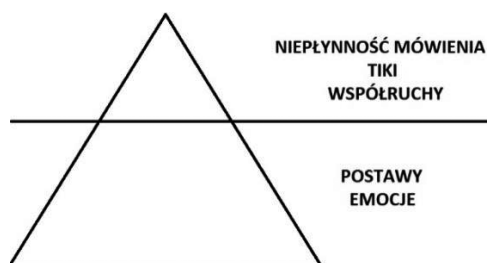
| 1 | 2 |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> – opóźnienie rozwoju mowy, – ponadprzeciętne zdolności językowe, dysproporcje w rozwoju funkcji językowych. | <ul style="list-style-type: none"> ○ bardziej czujne, trudniej jest rozproszyć ich uwagę, ○ bardziej impulsywne, ○ mniej elastyczne, trudniej przystosowują się do zmian, różnic i nowych sytuacji, ○ mniej zdolne do panowania nad emocjami, ○ bardziej niespokojne, introwertyczne, wrażliwe, wycofane, nieśmiałe, niepewne, lękliwe, mniej chętne do podejmowania ryzyka, – świadomość nie płynności mówienia u dziecka (małe dziecko jękające się może uświadamiać sobie swoje trudności). |

Źródło: Kelman, Nicholas 2013.

Według E. Kelman i A. Nicholas (2013) istnieje prawdopodobieństwo, że czynniki predysponujące do jąkania (fizjologiczne i lingwistyczne) są istotne w początkowej i zaawansowanej fazie jąkania. W połączeniu z dwoma pozostałymi (psychologicznymi oraz środowiskowymi) mogą wpływać nie tylko na natężenie i częstotliwość jego objawów, ale również bezpośrednio na osobę jękającą się i jej rodzinę. Należy jednak pamiętać, że także w tej sytuacji wystąpiąca będzie indywidualna forma kombinacji wcześniej opisanych czynników.

Model góry lodowej Sheehana – istota jąkania

By zrozumieć istotę jąkania, warto posłużyć się modelem góry lodowej Sheehana (zob. rys. 2.). Widoczna ponad powierzchnią część stanowi metaforę tego, co w jękaniu jest dostrzegalne przez otoczenie (niepłynność mówienia, tiki i współruchy). Jest to jednak jedynie wierzchołek całej bryły. Pod powierzchnią wody znajduje się bowiem olbrzymia struktura tego, co pozornie (w kontekście diagnostyczno-terapeutycznym) jest niewidoczne (m.in. postawy i emocje).



Rys. 2. Góra lodowa jąkania

Źródło: rycina własna na podstawie Sheehan 2008.

Rodzice dzieci, u których pojawiły się pierwsze objawy jąkania, dość często słyszą od wielu specjalistów zalecenie, by ignorować u dziecka te trudności. Zapewne chodzi o to, aby pod żadnym pozorem nie uświadamiać dziecku tego, że coś niedobrego dzieje się z jego mową. Należy jednak wziąć pod uwagę fakt, że nawet małe dzieci mogą być świadome swoich trudności z utrzymaniem płynności mówienia. Nie muszą one tego nazwać i wypowiedzieć. Nie wolno jednak przejść obojętnie obok emocji, które mogą się w tej sytuacji u dziecka pojawić. Terapeuta nie powinien także pominąć związanych z jąkaniem emocji rodziców. Badania naukowe wyraźnie pokazują, że brakuje dowodów na to, by w jakimś stopniu rodzice przyczyniali się do powstania jąkania u dzieci. Niemniej jednak coraz częściej zwraca się uwagę na to, że rodzaj podatności decydujący o predyspozycjach dzieci do jąkania powoduje, że zachowanie płynności mówienia w typowych interakcjach dorosły – dziecko stanowi dla nich trudność. Jąkanie u dziecka może spowodować zmianę stylu interakcji rodziców, co może wynikać ze zwiększonego niepokoju wywołanego dysfluencją mowy dziecka (Kelman, Nicholas 2013; tam też poglądy innych autorów na omawiane zagadnienie).

Choć zmiany w sposobie komunikowania się rodziców nie przyczyniają się do wystąpienia jąkania, to mogą mieć wpływ na jego częstotliwość u niektórych dzieci. Potwierdzono, że rodzice mają większe obawy w interakcji z jąkającym się dzieckiem niż z dzieckiem mówiącym płynnie. Dzieci mogą odczuć zaniepokojenie rodzica i w jakiś sposób na nie zareagować. Rodzice mogą więc nieświadomie wywrzeć wpływ na świadomość problemu u dziecka i na jego stosunek do własnej mowy. Niepokój rodziców może determinować rodzaj reagowania na własne dziecko, a ich funkcjonowanie w rolach rodzicielskich, wskutek silnych emocji, może stać się mniej spójne (Kelman, Nicholas 2013; tam też poglądy innych autorów na omawiane zagadnienie).

Postawy i emocje wobec jąkania

Koncentrując się na ważnej roli postaw i emocji w całym procesie diagnostyczno-terapeutycznym, należy wyjaśnić kilka podstawowych kwestii. Pierwszą z nich jest samo pojęcie postawy. Postawa to świadomość, która warunkuje aktualnie przeżywane bądź potencjalne reakcje jednostki wobec świata społecznego (Marody 1976; Puzynina 2000). W Polsce dominuje stanowisko strukturalne w formułowaniu tej definicji. Według Stefana Nowaka postawa to „ogół względnie trwałych dyspozycji do oceniania (jakiegoś) przedmiotu i emocjonalnego nań reagowania oraz ewentualnie towarzyszących tym emocjonalno-oceniającym dyspozycjom względnie trwałych przekonań o naturze i właściwo-

ściach tego przedmiotu i względnie trwałych dyspozycji do zachowania się wobec tego przedmiotu” (Nowak 1973: 23). W kontekście funkcjonowania rodziny trudno jest jednak nie dostrzec kwestii relacyjnych i pojmowania postaw prezentowanych przez jej członków w ujęciu systemowym. Przyjmując więc taką optykę, postawa rodzicielska zawierać będzie trzy komponenty: poznawczy, uczuciowo-motywacyjny, behawioralny. Pierwszy z nich to pogląd na dziecko, który może zawierać pewnego rodzaju ocenę jego zachowania. Kolejny przejawia się zarówno w wypowiedzi, jak i w jej tonie oraz sposobie ekspresji. Trzeci odzwierciedla się w zachowaniu rodzica wobec dziecka – sposób jego traktowania, rozwiązywania problemów, stosowanie kar, nagród itp. (Rembowski 1972; Ziemska 1973, za: Płopa 2011). Cechą charakterystyczną postaw rodzicielskich jest ich plastyczność, co może oznaczać, że ich komponenty mogą kształtować się w różnym tempie niezależnie od siebie (Mądrzycki 1997, za: Płopa 2011).

Nie ulega wątpliwości, że w sytuacji pojawienia się objawów niepełności mówienia u dziecka w centrum zainteresowania i obaw znajdzie się prawdopodobnie jąkanie – stanie się ono elementem głównej fiksacji rodziców. W związku z tym analizie poddawane są nie tylko postawy wobec dziecka, ale również wobec jąkania, a dalej – wobec jąkającego się dziecka. Można przyjrzeć się im, uwzględniając trzy aspekty postaw wobec danej grupy i/lub osoby. Są nimi reakcje: afektywne (odczucia i emocje), behawioralne (zachowania), poznawcze (wiedza) (Böhner, Wänke 2004). W mojej ocenie świadomość jest zasadniczym punktem wyjścia do poczynienia jakichkolwiek zmian. Proces uświadamiania sobie poszczególnych reakcji jest trudny, tym bardziej że pozostajemy pod wpływem funkcjonujących w społeczeństwie stereotypów. Wiedzę na temat tego, jak oceniać drugą osobę, czerpiemy z doświadczenia kontaktu z tą osobą lub osobami podobnymi (Moskowitz 2009). Według Aronsona (2008) w sytuacjach niejednoznacznych ludzie mają tendencję do dokonywania ocen zgodnych ze swoimi przekonaniem lub uprzedzeniami. Zatem negatywne stereotypy (oceny i postawy) wpływają negatywnie na stereotypizowanych. W kontekście jąkania i przy uwzględnieniu faktu, że osoby jąkające się są częścią społeczeństwa, można wysunąć wniosek, że to, jak są odbierani przez otoczenie, może wpływać na ich radzenie sobie ze swoimi trudnościami w mówieniu. W odniesieniu do jąkających się dzieci można zatem powiedzieć, że to, jak one będą radziły sobie ze swoim mówieniem, zależeć będzie również od postaw najbliższego środowiska, czyli w głównej mierze od rodziców.

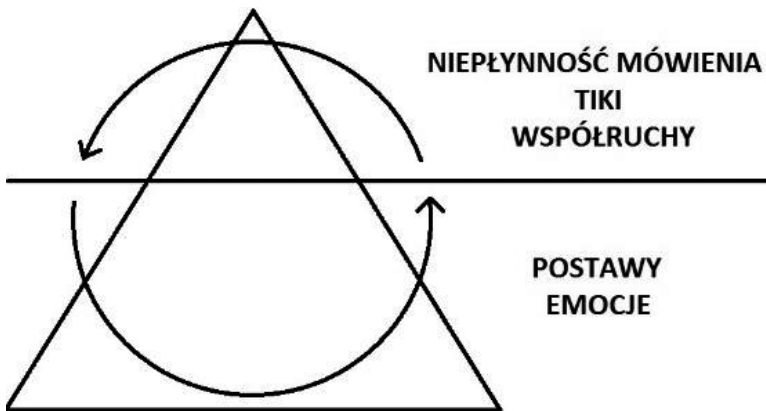
Oto kilka doniesień z badań, będących przykładem stereotypów dotyczących osób jąkających się:

- osobom jąkającym się przypisuje się większe nasilenie emocji negatywnych niż one w rzeczywistości odczuwają (Błachnio 2013),

- osoby jękające się są nieufne oraz lękliwe (Grzybowska, Łapińska, Michalska 1991),
- nauczyciele i logopedzi nie czują się komfortowo w zetknięciu z jękaniem (Cooper, Cooper 1996; Crichton-Smith, Wright, Stackhouse 2003; Moćko, Węsierska 2015; Lass at al. 1992; Tarkowski 2005; Węsierska 2012, za: Węsierska 2014).

Modyfikacja modelu góry lodowej

Biorąc pod uwagę podkreślaną przeze mnie rolę postaw i wiążących się z nimi emocji, można powiedzieć, że model góry lodowej ulega w pewnym sensie odwróceniu, ponieważ to, co wcześniej pozornie niewidoczne, staje się widzialne, a w kontekście diagnozy i terapii wręcz kluczowe (zob. rys. 3).



Rys. 3. Model odwróconej góry lodowej

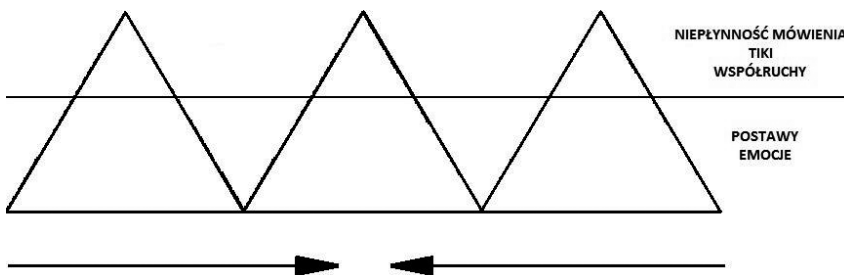
Źródło: opracowanie własne.

Należy wziąć pod uwagę fakt, że owo odwrócenie również jest procesem. Obiektywne objawy jękania, jak i te, które związane są ze sferą emocjonalną, nieustannie się przenikają. Pozostają pod wzajemnym wpływem, zatem to, co znajduje się pod i ponad powierzchnią wody zależeć może m.in. od interakcji między tymi czynnikami.

Potencjalna zmiana postaw wobec jękania wymaga podejścia uwzględniającego wspomniane wcześniej trzy aspekty:

- zrozumienie istoty trudności (**wiedza!**),
- zmiana reakcji wobec osoby jękającej się (**empatia!**),
- zmiana sposobu myślenia (**zachowanie!**).

Zmiana postaw otoczenia wobec osób jękających się związana jest ze zrezygnowaniem z agresji, nadopiekuńczości, irytacji, litości i zastąpieniem tych zachowań tolerancją, stawianiem wymagań, zrozumieniem i wsparciem (Tarkowski 2002). Procesu tego nie da się zawrzeć w konkretnych ramach czasu. Budowanie świadomości (**wiedza**) po to, by zrozumieć (**empatia**), a w rezultacie zmienić **zachowanie**, jest kwestią indywidualną. Tak jak wieloczynnikowe jest samo jękanie, tak i jego proces diagnostyczno-terapeutyczny zależy od wielu aspektów. Góra lodowa z przywoływanego modelu w mojej ocenie nie tylko zostaje odwrócona (i to również może być wieloczynnikowy proces), ale zostaje zderzona z górami innych uczestników procesu diagnozy i terapii (zob. rys. 4).



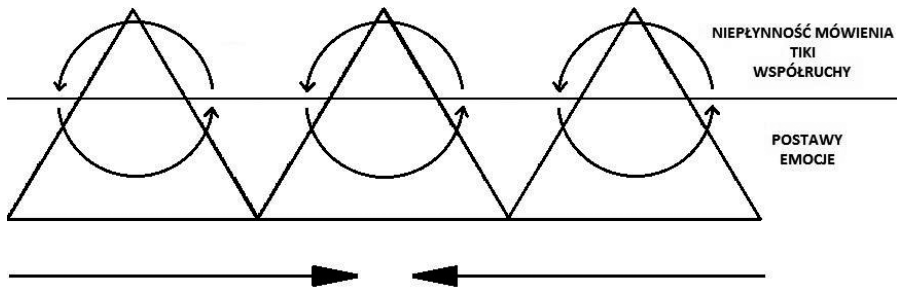
Rys. 4. Zderzenie gór lodowych uczestników procesu diagnostyczno-terapeutycznego w jękaniu
Źródło: opracowanie własne.

Jękanie nie jest zaburzeniem mowy, w którego tok terapii zaangażowana może być tylko i wyłącznie osoba jękająca się. Myśląc o dzieciach, rodzice powinni stać się partnerami w całym procesie. Aby jednak tak się stało, należy zdać sobie sprawę z tego, że zarówno specjaliści, jak i rodzice jękających się dzieci mają swoją górę lodową. W tej interakcji nie da się pominąć perspektywy rodzica, jeżeli chodzi o:

- percepcję poziomu jękania się dziecka,
- lęk związany z jękaniem się dziecka,
- reakcję na jękanie się dziecka.

By móc z kolei traktować rodziców po partnersku, logopeda powinien zdać sobie sprawę z tego, że również jego dotyczą wcześniej wspomniane aspekty. Przyjmowane (w pewnym sensie na siebie) emocje jękającego się dziecka oraz jego rodziców nie pozostają obojętne wobec naszych emocji i przybieranych postaw (zwłaszcza w procesie diagnostyczno-terapeutycznym).

Kolejnym argumentem przemawiającym za tym, że wieloczynnikowa koncepcja istoty jękania wymaga również złożonego ujęcia diagnozy oraz terapii, będzie kolejny zmodyfikowany model, w którym funkcjonujące góry lodowe uczestników procesu ulegają odwróceniu (zob. rys. 5).



Rys. 5. Zderzenie odwróconych gór lodowych uczestników procesu diagnostyczno-terapeutycznego w jąkananiu

Źródło: opracowanie własne.

Z powyższego modelu wynika, że proces ten winien być zindywidualizowany. W przypadku dzieci – ukierunkowany nie tylko na techniczny aspekt mówienia, ale również na emocje, których dziecko doświadcza ze względu na jąkanie. Te natomiast bardzo często warunkowane są przez czynniki znajdujące się pod powierzchnią wody góry lodowej rodzica. Zatem logopeda, świadomie definiując swój model, ma szansę proces diagnostyczno-terapeutyczny poprowadzić nie w kierunku zderzenia gór lodowych, a spotkania, w którym budowana będzie świadomość, jako punktu wyjścia do poczynienia jakichkolwiek pozytywnych zmian.

Strategie rodzinne w terapii jąkania

Rodzice są specjalistami w wychowaniu swoich dzieci. Terapeuci ze swoją wiedzą oraz umiejętnościami mogą (w połączeniu z rodzicielskimi siłami) osiągać cele terapeutyczne znacznie łatwiej. Jedną ze strategii ukierunkowanych na tego rodzaju współdziałanie jest strategia DOM (Węsierska, Jeziorczak 2011). Złożona jest ona z trzech aspektów:

- D jak dobry kontakt,
- O jak organizacja,
- M jak modelowanie.

Dobry kontakt ukierunkowany jest na wyposażanie rodzica w wiedzę na temat tworzenia warunków sprzyjających płynnemu mówieniu, m.in. poprzez: pozwalanie dziecku na swobodę w mówieniu, bycie wzorem mówcy dla dziecka, budowanie pozytywnej samooceny dziecka i wiary w siebie, unikanie „zmony milczenia” na temat jąkania.

Organizacja skoncentrowana jest wokół: tworzenia rytmu w życiu dziecka, konsekwencji działań rodzicielskich, form aktywności i zabaw wspierających płynność, tzw. magicznego czasu z mamą i tatą, podczas którego każdy z rodziców indywidualnie z dzieckiem spędza chwilę, która m.in. ukierunkowana jest na modelowanie mówienia.

Modelowanie to nic innego jak wdrażanie przez rodziców sposobu mówienia wspierającego płynność mówienia. Zawiera się ona w poniższych postulatach:

- Mamo! Tato! Mów do mnie wyraźnie, prosto i odpowiednie wolno!
- Mamo! Tato! Zostaw mi przestrzeń na wypowiedź, nie zasypuj mnie gradem pytań!
- Mamo! Tato! Pozwól mi popełniać błędy!
- Mamo! Tato! Pozwól mi mówić tak, jak potrafię, nie wyręczaj mnie!
- Mamo! Tato! Słuchaj uważnie tego, co mówię, potwierdzaj, że rozumiesz!
- Mamo! Tato! Czekaj na mnie cierpliwie, bez ponaglania!
- Mamo! Tato! Naucz mnie stosować pauzy w mówieniu!
- Mamo! Tato! Baw się ze mną! Nie musimy rozmawiać, chętnie spędzę z Tobą czas także bez mówienia!
- Mamo! Tato! Cieszymy się sobą nawzajem – kontakt z Tobą jest dla mnie ważniejszy niż stuprocentowa płynność!
- Mamo! Tato! Ucz się razem ze mną!

Podsumowanie

Każda terapia logopedyczna powinna odbywać się w ścisłej współpracy z rodziną, a w przypadku jąkania jest to szczególnie ważne. Wieloczynnikowa istota tego zaburzenia mowy nakłada na specjalistów równie wieloaspektowe działania w procesach: diagnostycznym oraz terapeutycznym. Współpraca z rodziną dziecka powinna odbywać się na zasadach partnerskich, przy zintegrowanym budowaniu świadomości tego, czym jąkanie jest nie tylko dla dziecka, ale również, a może nawet przede wszystkim, dla jego rodziców.

Bibliografia

- Adamczyk B., 1961, *Próba wyjaśnienia mechanizmu jąkania*, „Logopedia”, nr 2, s. 12–18.
Adamczyk B., 1996, *Zakład Fizyki Stosowanej Instytutu Fizyki Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. 40 lat badań nad jąkaniem*, „Logopedia”, nr 23, s. 9–25.
Aronson E., 2008, *Człowiek – istota społeczna*, Warszawa: Wydaw. Naukowe PWN.

- Błachnio A., 2013, *Emocje odczuwane podczas mówienia przez osoby jękające się*, „Kwartalnik Pedagogiczny”, nr 3 (229), s. 31–50.
- Błachnio A., Przepiórka A., St. Louis K.O., Węsierska K., Węsierska M., 2015, *Postawy i emocje wobec jękania w Polsce – przegląd badań z użyciem POSHA-S* [w:] *Zaburzenia płynności mowy. Teoria i praktyka*, red. K. Węsierska, t. 1, Katowice: KOMLOGO, s. 89–99.
- Böhner G., Wänke M., 2004, *Postawy i zmiana postaw*, Gdańsk: GWP.
- Chęć M., 2007, *Jękanie. Diagnoza, terapia, program*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Chmela K.A., Reardon N., Scott L.A. (red.), 2014, *Jak skutecznie pracować nad postawami i emocjami w terapii jękania*, Katowice: Centrum Logopedyczne.
- Cooper E.B., Cooper C.S., 1996, *Clinician attitudes toward stuttering: Two decades of change*, “Journal of Fluency Disorders”, vol. 21, s. 119–135.
- Dell C.W., 2008, *Terapia jękania u dzieci w młodszym wieku szkolnym*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Grzybowska A., Łapińska I., Michalska R., 1991, *Postawy nauczycieli wobec jękania*, „Psychologia Wychowawcza”, nr 2, s. 97–149.
- Guitar B., 1992, *Parent verbal interactions and speech rate: a case study In stuttering*, „Journal of Speech and Hearing Research”, nr 35, s. 742–754.
- Kelman E., Nicholas A., 2013, *Praktyczna interwencja w jękanii wczesnodziecięcym*, Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Marody M., 1976, *Sens teoretyczny a sens empiryczny pojęcia postawy. Analiza metodologiczna zasad doboru wskaźników badaniach nad postawami*, Warszawa: PWN.
- Moskowitz B.G., 2009, *Zrozumieć siebie i innych. Psychologia poznania społecznego*, Gdańsk: GWP.
- Nowak S., 1973, *Pojęcie postawy w teoriach i stosowanych badaniach społecznych* [w:] Nowak S., *Teorie postaw*, Warszawa: PWN, s. 23–33.
- Płopa M., 2006, *Więzi w małżeństwie i rodzinie. Metody badań*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Płopa M., 2011, *Psychologia rodziny: teoria i badania*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Puzynina J., 2000, *Uczucia a postawy we współczesnym języku polskim* [w:] *Uczucia w języku i w tekście*, red. I. Nowakowska-Kempa, A. Dąbrowska, J. Anusiewicz, „Język a Kultura”, t. 14, Wrocław: Wydaw. Uniwersytetu Wrocławskiego, s. 9–24.
- Sheehan J., 2008, *Wiadomość do jękających się* [w:] *Wskazówki dla jękających*, wyd. 2, Memphis, Tennessee: Stuttering Foundation of America, s. 43–48.
- Szamburski K., 1996, *Nerwica jękania – inny sposób spojrzenia na problem niepłynności mówienia*, „Logopedia”, nr 23, s. 191–213.
- Tarkowski Z., 2002, *Jękanie*, Warszawa: PWN.
- Tarkowski Z., 2003, *Jękanie. Gielkot* [w:] *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, t. 2, Opole: Wydaw. UO.
- Tarkowski Z., 2005, *Wizerunek zawodowy i społeczny logopedy* [w:] *Logopedia. Teoria i praktyka*, red. M. Młynarska, T. Smereka, Wrocław: Agencja Wydawnicza a linea, s. 395–405.
- Ward D., 2006, *Stuttering and Cluttering. Frameworks for understanding and treatment*, Psychology Press.
- Węsierska K., 2010, *Interakcyjna Terapia Rodzic – Dziecko – Parent – Child Interaction Approach (Palin PCI) – przykładem skutecznego postępowania logopedycznego w jękanii wczesnodziecięcym*, „Forum Logopedyczne” nr 18, s. 23–30.

Węsierska K., Jeziorczak B., 2011, *Czy moje dziecko się jąka? Przewodnik dla rodziców małych dzieci, które mają problem z płynnym mówieniem*, Katowice: Centrum Logopedyczne Katarzyna Węsierska.

**Attitudes and emotions towards stuttering – working with children and parents.
Modification of the Sheehan’s iceberg model**

Summary

The multifactorial dynamic pathways theory of stuttering implies an individual combination of complementary factors that may be the cause of this speech disorder. These are: physiological, linguistic, psychological and environmental factors. In this article, the author modifies the Sheehan iceberg model to describe the essence of stuttering in diagnostic and therapeutic process.

Key words: stutter, attitude, emotions, iceberg model