

Nastrój rodziców dzieci jękających się

The mood of parents of children who stutter

Katarzyna Urbaniak

Katolicki Uniwersytet Lubelski, Wydział Nauk Społecznych, Lublin

Adres autora: Katarzyna Urbaniak, Katolicki Uniwersytet Lubelski, Wydział Nauk Społecznych, Al. Raclawickie 14, 20-950 Lublin, e-mail: katarzynaurbaniakk@wp.pl

Streszczenie

Wstęp: Nastrój jest aspektem temperamentu związanym ze stopniem wrażliwości i kierunkiem odpowiedzi emocjonalnej danej osoby, a znacznie mniej z wpływem wydarzeń życiowych. Jednak niepełnosprawność dziecka i opieka nad nim niewątpliwie znajduje odbicie w nastroju jego rodziców.

Cel: Celem niniejszych badań był opis nastroju, jakiego doświadczają rodzice dzieci jękających się, przy uwzględnieniu czynników związanych z niepełnosprawnością dziecka, a tym samym poznanie wycinka specyfiki funkcjonowania rodziny z dzieckiem jękającym się.

Materiał i metoda: W badaniu zastosowano *Przymiotnikową Skalę Nastroju* G. Matthews, A. Chamberlaina, D. M. Jonesa, *Kwestionariusz Samopoczucia* D. Mc Naira, M. Lorra i L. Dropplemana, *Skalę Samooceny i Oceny Jękania* Z. Tarkowskiego i J. Góral-Półroli oraz ankietę osobową. Badaniami objętych zostało 61 rodziców, wychowujących dzieci w wieku od 7 do 15 lat z diagnozą niepełności mówienia.

Wyniki: Analiza wyników pokazała, że u badanych rodziców dzieci jękających się dominuje nastrój negatywny oraz rozemocjonowanie. Zmienne dotyczące głębokości jękania częściowo różnicują nastrój odczuwany przez badanych rodziców.

Wnioski: Przeprowadzone badania pokazują, iż jękanie u dziecka może być przyczyną wielu konfliktów i problemów emocjonalnych rodziców, jednocześnie wskazują obszary, w których rodzicom dzieci jękających się należałoby udzielić wsparcia.

Słowa kluczowe: rodzice • nastrój • dzieci jękające się

Abstract

Background: Mood is the aspect of temperament and it is connected more with the degree of sensibility and direction of the emotional response of a given person rather than with the influence of life events. However, the disability of the child and taking care over him/her undoubtedly has an impact on the mood of his or her parents.

Material and methods: Scales used in the research included: University of Wales Institute of Science and Technology Mood Adjective Check List (UMACL) of G. Matthews, A. Chamberlain, D. M. Jones, Profile of Mood States of D. Mc Nair, M. Lorr and L. Droppleman, Self-Assessment and Stutter Scale of Z. Tarkowski, J. Góral-Półrola and personality survey. The research included 61 parents raising children aged 7 to 15 with diagnosed speech impairment.

Aim of the study: The aim of the paper was to present the mood which is experienced by the parents of children who stutter taking into consideration aspects of child's disability. Consequently, it will help to understand the functioning of the family with a child who stutters.

Results: The analysis of the results showed that in parents of children who stutter the negative mood and overemotionalism prevails. Variables connected with the severity of stuttering partially differentiate the mood experienced by parents.

Conclusions: Conducted research shows that stuttering may be the reason for many conflicts and emotional problems. Moreover, the results indicate the areas in which parents of stuttering children require help and support.

Key words: parents • mood • stuttering in children

Wstęp

Jąkanie jest zaburzeniem złożonym i wielowymiarowym. Dotychczas nie rozstrzygnięto jednoznacznie, czy jest to choroba, nerwica mowy, objaw nerwicy, zaburzenie mowy czy zaburzenie komunikacji werbalnej [1]. Rozpatrywane jest na gruncie wielu dyscyplin naukowych, takich jak: lingwistyka, medycyna, psychologia, socjologia i fizyka. Każda z nich ogniskuje się na jednym z aspektów jąkania, co nie daje obrazu całości zaburzenia. Lingwistyczne ujęcie jąkania skupia się na opisie objawów nie płynności. Nauki medyczne koncentrują się przede wszystkim na przyczynach i patomechanizmie jąkania. Psychologiczne definicje jąkania opisują reakcje indywidualne na nie płynność mówienia (postawy, emocje), a także próbują określić sylwetkę osoby jąkającej się. Fizycy natomiast są zainteresowani analizą akustyczną nie płynnego mówienia. Dla socjologów ważne są społeczne skutki jąkania, takie jak zaburzenia komunikacji interpersonalnej i trudności w przystosowaniu się [2]. Pojawily się próby sformułowania definicji jąkania „językiem” omówionych powyżej nauk. Tak więc Tarkowski [1] podaje, że „jąkanie jest nie płynnością mówienia, spowodowaną nadmiernymi skurczami mięśni oddechowych, fonacyjnych lub artykulacyjnych, której to nie płynności towarzyszą różnorodne reakcje indywidualne lub społeczne, zakłócające komunikację międzyludzką”. W ujęciu tym jąkanie ma strukturę składającą się z czynników: biologicznego, lingwistycznego, psychologicznego i społecznego, pomiędzy którymi zachodzą wzajemne relacje.

Międzynarodowe klasyfikacje, takie jak Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (ang. *The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*), Klasyfikacja Zaburzeń Psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-V (ang. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V*) oraz Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia ICF (ang. *International Classification of Functioning, Disability and Health*), definiując jąkanie, koncentrują się na objawach nie płynnego mówienia [3]. W klasyfikacji ICD-10 jąkanie znajduje się w kategorii „zaburzeń rozwoju psychoruchowego dziecka”, w podkategorii F-98, która zawiera „inne zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym”. Jąkanie posiada sygnaturę F98.5 i określane jest jako zaburzenie charakteryzujące się częstym powtarzaniem lub przeciąganiem dźwięków, sylab i słów albo częstymi wahaniami lub pauzami, które zakłócają rytmiczność toku wypowiedzi. W klasyfikacji DSM-V jąkanie jest definiowane jako zaburzenie płynności mówienia manifestowane przez objawy takie jak: powtórzenia, przeciąganie i przerwy w mówieniu [4]. Natomiast w klasyfikacji ICF posiada sygnaturę b330, czyli dotyczy niepełnosprawności funkcji płynności i rytmu mowy [5].

Jąkanie jest zaburzeniem dynamicznym, zmieniającym się w ontogenezie. Przyjmuje się, że na świecie jąka się około 1% ludzi. Ten odsetek zmienia się nieznacznie wraz z wiekiem [6]. Zauważa się natomiast wyraźnie związek jąkania z płcią. Z przeglądu badań wynika, że na jedną dziewczynkę przypada czterech chłopców z nie płynnością mówienia. Zdaniem wielu terapeutów kluczowy moment w rozwoju jąkania stanowi pojawienie się u dzieci i młodzieży lęku przed mówieniem [7].

Dell [8] dokonał rozróżnienia jąkania (u dzieci) na: lekkie, umiarkowane, znaczne i ciężkie. Jąkanie lekkie to jąkanie o zwiększonej nie płynności mówienia bez spastyczności i negatywnych objawów psychologicznych. W umiarkowanym jąkananiu występują poza nie płynnością pierwotną także sygnały „walki i napięcia”, dźwięki wtrącone, reakcje unikania (nie płynność wtórna) oraz współruchy (poruszanie głową, przemykanie oczu, drganie policzków). Typ trzeci – jąkanie ciężkie to postać, która może pojawiać się niezależnie od wieku, choć najczęściej kojarzona jest z okresem dojrzewania. Najbardziej charakterystyczne są tu silne bloki, czyli „zacinanie się” bez wydawania żadnego dźwięku

Nastój można ogólnie zdefiniować jako stan emocjonalny, który trwa zwykle przez godziny, dni lub tygodnie. Jest on zawsze obecny i nadaje afektywny koloryt wszystkiemu, co robimy. Jest to stan subiektywny, pokrewny emocjom [9]. Russell [10] definiuje nastrój jako przedłużający się „afekt rdzenny bez obiektu”. Oznacza to, że trudno wskazać, co jest jego bezpośrednią przyczyną lub kto jest adresatem danego nastroju. Obiektem nastroju może być osoba, rzecz lub zdarzenie – umiejscowione w teraźniejszości, w przeszłości lub w przyszłości. Watson i Clark [11] zakładają, iż człowiek zawsze jest w jakimś nastroju. Określają to mianem strumienia doznań afektywnych i wyróżniają dwie klasy afektu – afekt pozytywny i afekt negatywny, które wpływają na procesy poznawcze. I tak na przykład nastrój pozytywny jest związany z większą elastycznością funkcjonowania poznawczego, czego efektem może być wzrost twórczości, spostrzeganie związków między różnymi informacjami. Związek nastroju ze zdrowiem można rozpatrywać, podobnie jak inne aspekty emocjonalności, z dwóch punktów widzenia: nastrój jako czynnik pośredniczący lub przyczyna choroby oraz nastrój jako skutek braku zdrowia.

Także w przypadku osób jąkających się zaburzenia w sferze emocjonalnej postrzegane są przez badaczy jako przyczyna, czynnik pośredniczący lub konsekwencja jąkania [12]. Badania obrazu sfery emocjonalnej zostały przeprowadzone między innymi przez Tarkowskiego i pokazały, że dzieci jąkające się w wieku od 3 do 7 lat oraz dzieci w wieku od 6 do 12 lat nie odbiegały od dzieci niejąkających się [1]. Natomiast Embrechts i wsp. [13] wykazali wręcz, że dzieci jąkające się w wieku przedszkolnym osiągają niższe wyniki w zakresie nieśmiałości i lęku w porównaniu z grupą kontrolną. Bardziej impulsywna, ujawniająca brak kontroli nad agresywnością jest młodzież jąkająca się. Tendencje agresywne u tej grupy ujawniają się w nastliwości fizycznej, pośredniej i silniejszej skłonności do negatywnych reakcji. Z nadmierną agresywnością łączy się często przewrażliwienie, dlatego młodzież jąkająca się ujawnia silniejsze stany lękowe niż ich koledzy mówiący płynnie. Jąkająca się osoba przeżywa i odczuwa negatywne uczucia, które niejednokrotnie zostają wyparte do podświadomości. W związku z tym powstaje w niej często poczucie winy, które wpływa na zachowanie w stosunku do ludzi mówiących płynnie. Emocje i stany psychiczne, takie jak lęk, poczucie winy i agresja, są więc raczej wtórnymi reakcjami na długoletnią nie płynność mówienia [12].

W dotychczasowej literaturze spotkać można także liczne opisy reakcji emocjonalnych rodziców na wiadomość, że

ich dziecko jest chore czy niepełnosprawne. Dziś wiemy, iż z upływem czasu przeżycia te zmieniają się i jak tym samym zmienia się ich wpływ na związki między członkami rodziny [14]. Pierwsza z faz przeżyć emocjonalnych doświadczanych przez rodziców to faza szoku, często nazywana okresem wstrząsu emocjonalnego. Następuje ona bezpośrednio po tym, jak rodzice dostrzegają niepokojące objawy u dziecka, a następnie usłyszą diagnozę medyczną (czy psychologiczną) potwierdzającą ich obserwacje. W przeżyciach rodziców dominuje: zaniepokojenie, lęk, przerażenie. Po okresie szoku ma miejsce okres kryzysu emocjonalnego. Przeżywane wówczas emocje są nadal negatywne, ale już nie tak burzliwe. Często u rodziców pojawia się poczucie winy wynikające z przekonania, że to oni ponoszą odpowiedzialność, bo na przykład niewystarczająco zadbał o dziecko. Czas pozornego przystosowania się to czas frustracji i emocji związanych ze zdrowiem dziecka – dążenie do obalenia postawionej diagnozy, poszukiwanie nowej lub poszukiwanie winnych dysfunkcji dziecka. Ostatnia faza to faza konstruktywnego przystosowania się. W przeżyciach emocjonalnych zaczynają dominować uczucia pozytywne [15].

Powiązania między postawami opiekunów, między innymi rodziców, a kształtowaniem się pojęcia Ja osób jękających się próbowali wyjaśnić Kathard i wsp. [17]. Uczestnicy badań jako obciążające uznali zachowania między innymi takie, jak: etykietowanie, porównywanie i piętnowanie. Podkreśla się ogromną rolę wczesnych okresów życia oraz postaw rodzicielskich na kształtowanie się na przykład samooceny jękających się [18]. Rodzice mogą wspierać emocjonalnie dziecko jękające się i w ten sposób chronić przed negatywnymi wpływami społecznymi, jak i nieadekwatną samooceną. Nie wszyscy rodzice przechodzą przez opisane wyżej fazy emocjonalnej reakcji na diagnozę niepełnosprawności lub choroby u dziecka. Często bywa tak, że trwają w poczuciu beznadziejności lub uruchamiają bardzo silne mechanizmy obronne. Zatem nie tylko samo dziecko z daną dysfunkcją powinno być przedmiotem wsparcia. Zasięg myślenia diagnostycznego i terapeutycznego obejmować powinien całą rodzinę [19].

Cel pracy

Celem pracy jest opis nastroju, jakiego doświadczają rodzice dzieci jękających się, z uwzględnieniem zróżnicowania głębokości bądź stopnia jękania, a także poznanie wycinka specyfiki funkcjonowania rodziny z dzieckiem mówiącym niepełnie.

Narzędzia badawcze

Do oceny ogólnego stanu emocjonalnego rodziców dzieci jękających się zastosowano *Przymiotnikową Skalę Nastroju* (ang. *University Mood Adjective Check List*, UMACL) autorstwa G. Matthews, D. Jones i A. Chamberlain [20]. Punktem wyjścia do konstrukcji narzędzia stała się koncepcja trzech dwubiegunowych wymiarów nastroju. Zdefiniowano je jako:

- ton hedonistyczny – opisany na biegunach przyjemność – nieprzyjemność,
- pobudzenie napięciowe – dla określenia zdenerwowany – zrelaksowany,
- pobudzenie energetyczne – czyli „energia do działania” lub jej brak.

Skala liczy 29 pozycji mających postać przymiotników. Zadaniem osoby badanej jest udzielenie odpowiedzi na 4-punktowej skali (*zdecydowanie tak, raczej tak, raczej nie, zdecydowanie nie*), w jakim stopniu każdy z przymiotników odpowiada jej obecnemu nastrojowi. Wyniki ujmowane są w postaci trzech skal: Ton hedonistyczny (TH), Pobudzenie napięciowe (PN) i Pobudzenie energetyczne (PE). Zgodny z kluczem sposób zliczenia zaznaczonych odpowiedzi pozwala na uzyskanie wyniku surowego, który następnie jest przeliczany na wystandaryzowaną skalę stenową (10-punktową). Wyniki z przedziału 1–4 sten można traktować jako niskie, z przedziału 5–6 sten uważa się za przeciętne, a wyniki pomiędzy 7 i 10 stenem za wysokie. W interpretacji zwraca się uwagę także na dopasowanie (układ) wymiarów nastroju. O dobrym samopoczuciu, czyli pozytywnym nastroju, świadczy wysoki ton hedonistyczny, niskie pobudzenie napięciowe i umiarkowanie wysoki poziom pobudzenia energetycznego. Rzetelność trzech wymiarów nastroju: TH, PN i PE – ich zgodność wewnętrzna waha się w granicach od 0,73 do 0,90. Wysoka trafność potwierdzona została na drodze analizy czynnikowej oraz poprzez wykazanie korelacji z miarami cech osobowości.

W związku z tym, że skala UMACL pozwala na uzyskanie jedynie uogólnionej oceny nastroju posłużono się w badaniach dodatkowo *Kwestionariuszem Samopoczucia* (ang. *Profile of Mood States*, POMS). Jest to kwestionariusz autorstwa D. McNaira, M. Lorra i L. Dropplemmana [21]. Skala składa się z 65 przymiotników określających nastroje i różne stany emocjonalne. Badani określają na skali 5-stopniowej (0 – *zdecydowanie nie*, 1 – *raczej nie*, 2 – *trudno mi powiedzieć*, 3 – *raczej tak*, 4 – *zdecydowanie tak*), w jakim stopniu w ciągu ostatniego tygodnia doznali wymienionych odczuć. Wyniki POMS ujmowane są w postaci sześciu skal:

1. Niepokój – napięcie – jest definiowana jako napięcie mięśniowe i uogólniony stan dyskomfortu.
2. Depresja – przygnębienie – jest definiowana jako nastrój smutku z poczuciem nieadekwatności, a także poczucie mniejszej wartości.
3. Gniew – wrogość – jest definiowana jako gniew i niechęć do innych, złośliwość i drażliwość.
4. Wigor – aktywność – jest definiowana jako stan ciągłej gotowości do działania i ożywienia.
5. Zmęczenie – znużenie – jest definiowana jako poczucie bezwładności, znużenia i niski poziom energii.
6. Zakłopotanie – zmieszanie – jest definiowana jako stan zdezorientowania oraz poczucie braku skuteczności.

Jak wynika z powyższych definicji, pięć skal opisuje emocje i stany psychiczne negatywne, a jedynie skala Wigor – aktywność odnosi się do pozytywnych emocji. Zaznaczone odpowiedzi są zliczane, a ponieważ dla wersji polskiej nie ustalono norm, analizy są prowadzone na wynikach surowych. Autorzy polskiej adaptacji oceniają poziom trafności testu i rzetelności testu jako satysfakcjonujący. Współczynniki zgodności wewnętrznej dla analizowanych skal wahają się od 0,84 do 0,96.

Trzecim zastosowanym w badaniach narzędziem była *Skala Oceny Jękania* (SOJ), która miała na celu zebranie informacji na temat cech jękania dziecka [22]. Autorami SOJ są J. Góral-Półrola i Z. Tarkowski. Skala jest jedną z dwóch

Tabela 1. Średnie empiryczne (M) i odchylenie standardowe (SD) uzyskane przez osoby badane w *Przymiotnikowej Skali Nastroju* (UMACL)

Table.1. The mean (M) and standard deviation (SD) obtained by parents of children who stutter in the *Mood Adjective Check List* (UMACL)

Przymiotnikowa Skala Nastroju UMACL	Wyniki rodziców dzieci jąkających się	
	M	SD
Pobudzenie napięciowe	20,92	5,59
Ton hedonistyczny	27,60	6,12
Pobudzenie energetyczne	30,48	5,70

Tabela 2. Nastrój „wzorcowy” dla badanych rodziców dzieci osób jąkających się

Table 2. The typical mood of parents whose children stutter

Przymiotnikowa Skala Nastroju UMACL (nastrój dla N=15)	
Pobudzenie napięciowe PN ↑	zdenerwowanie, przestraszenie
Pobudzenie napięciowe TH ↓	subiektywne odczucie przygnębienia
Pobudzenie energetyczne PE =	umiarkowane pobudzenie i aktywność do działania

Legenda: = umiarkowane; ↓ niskie; ↑ wysokie nasilenie cechy

skal składających się na *Kwestionariusz Samooceny i Oceny Jąkania*. Posiada oddzielnie opracowane normy, w związku z tym dopuszczalne jest osobne jej użytkowanie. Kwestionariusz SOJ poszerzony został o analizę dokumentacji lekarskiej lub logopedycznej dziecka (dokładna diagnoza, czas trwania objawów, choroby współwystępujące, stosowane formy pomocy/terapii) oraz ankietę osobową, dotyczącą sytuacji socjodemograficznej rodziców (wieku, płci, zawodu, wykształcenia i aktywności życiowej).

Charakterystyka grupy badawczej

Badania zostały przeprowadzone na grupie rodziców przeprowadzających swoje dzieci na terapię do poradni psychologiczno-pedagogicznych w Warszawie oraz na grupie rodziców dzieci uczestniczących w turnusie rehabilitacyjnym dla osób jąkających się w lipcu i w sierpniu 2013 r. Dobór osób do badania był celowy w zakresie kryterium posiadania dziecka z takim zaburzeniem, jakim jest jąkanie. Dzieci miały postawioną diagnozę przez lekarza, psychologa lub logopedę.

Przebadano 61 rodziców dzieci jąkających się: 54% badanych stanowiły matki, a 46% ojcowie. Badani byli w wieku od 29 do 64 lat. Najwięcej badanych, bo 47%, było w wieku od 35 do 45 lat. 42% respondentów zamieszkiwało duże miasto, 29% średnie, a 3% wieś. Najwięcej, bo 73%, osób miało wykształcenie wyższe, 27% osób – średnie.

Poniżej przedstawiono dodatkową charakterystykę grupy dzieci jąkających się na podstawie wywiadu zebranego od rodziców. Stan głębokości jąkania dzieci był następujący: 13% dzieci – lekkie jąkanie, 57% dzieci – umiarkowane jąkanie i 30% – głębokie jąkanie. Wszystkie dzieci zaczęły jąkać się we wczesnym dzieciństwie. Średni wiek początku jąkania to ok. 4,6 lat. Najczęstszym objawem niepełnego mówienia występującym u dzieci było blokowanie i pauzowanie. Nasilenie wśród dzieci zachowań towarzyszących jąkaniu było podobne. Badani ocenili jednak, że problemy

takie jak: nadmierny lęk, niskie poczucie własnej wartości i częste wybuchy złości, czyli objawy z zakresu czynnika psychologicznego, występują u ich dzieci częściej niż problemy w zakresie pozostałych uwzględnionych czynników. Badani rodzice oceniali nie tylko występowanie objawów niepełnego mówienia i zachowania towarzyszącego jąkaniu, lecz także wyniki dotychczasowych prób leczenia jąkania u dzieci. Większość badanych – 73% osób oceniła wyniki aktualnego leczenia jako dobre lub bardzo dobre, a 27% osób jako przeciętne.

Wyniki

Rodzice dzieci jąkających się są przestraszeni (PN), smutni (TH), ale aktywni i w umiarkowanym stopniu chętni do działania (PE) (tabela 1). Badani w podskali PN, opisanej na biegunach zdenerwowany – zrelaksowany, uzyskali wynik średni M=20,92 (SD=5,59). W podskali TH, mierzącej przyjemność – nieprzyjemność, uzyskali wynik M=27,60 (SD=6,12). Natomiast w podskali PE (energiczny – zmęczony) M=30,48 (SD=5,70). Wynik PN jest nieznacznie wyższy, a wynik TH nieznacznie niższy od średniej teoretycznej dla poszczególnych podskal. Z kolei wynik PE mieści się w granicach przeciętnych dla tejsze podskali.

Na podstawie konfiguracji wyników w podskalach PN, TH i PE można stwierdzić, że u badanych rodziców dzieci jąkających się dominuje nastrój negatywny oraz rozemocjonowanie. Jedynym zaobserwowanym przejawem nastroju pozytywnego jest umiarkowany poziom energii do działania.

Poszukiwanie reprezentatywnych cech nastroju dla badanej grupy (oparte na frekwencji występowania) dało obraz jednej „typowej” konfiguracji nastroju, w tym przypadku negatywnego nastroju (samopoczucia). „Wzorcowy” lub „typowy” dla grupy osób jąkających się profil nastroju został wyodrębniony w toku analiz jakościowych (tabela 2). 26% badanych, tj. 15 osób, charakteryzuje zdenerwowanie, odczucie przygnębienia i umiarkowana aktywność do działania.

Tabela 3. Występowanie nasilenia danej cechy nastroju (wymiarów nastroju) u rodziców dzieci z głębokim (A), umiarkowanym (B) i lekkim (C) jękananiem**Table 3.** The mood (dimensions of mood) of parents of children with profound (A), moderate (B) and slight (C) stuttering

Przymiotnikowa Skala Nastroju UMACL		
Rodzice dzieci z jękananiem głębokim (A)	Rodzice dzieci z jękananiem umiarkowanym (B)	Rodzice dzieci z jękananiem lekkim (C)
PN ↑ lub PN=	PN ↓ lub PN= lub PN ↑	PN=
TH ↓ lub TH ↑	TH ↓ lub TH=	TH ↑
PE ↑	PE=	PE ↓ lub PE=

Legenda: = umiarkowane; ↓ niskie; ↑ wysokie nasilenie cechy

Tabela 4. Istotność różnic w rodzajach nastroju (średnie) pomiędzy matkami i ojcami dzieci jękanających się**Table 4.** The significance of differences (mean) in the types of mood between mothers and fathers of children who stutter

Analizowane skale	Matki		Ojcowie		Test statystyczny
	M	SD	M	SD	
Kwestionariusz Samopoczucia POMS					
Napięcie – lęk	12,71	7,78	17,32	8,89	Z=3,12*
Depresja – przygnębienie	18,47	11,75	15,73	12,95	t=2,31
Gniew – wrogość	11,32	8,96	14,84	9,67	t=0,31
Wigor – aktywność	17,25	6,15	17,42	6,28	Z=-2,37
Zmęczenie – znużenie	10,40	6,09	11,18	6,90	t=1,53
Zakpototanie – zmieszanie	10,32	5,87	8,77	5,17	Z=2,58
Przymiotnikowa Skala Nastroju UMACL					
Ton hedonistyczny (TH)	29,57	5,91	30,96	5,36	t=-1,12
Pobudzenie napięciowe (PN)	18,01	5,68	18,18	5,62	t=1,84
Pobudzenie energetyczne (PE)	29,45	3,98	29,91	4,71	t=-1,43

* wyniki istotne statystycznie ($p < 0,05$)

Pozostałe układy (profile 15 osób) należą do zbioru indywidualnych cech i właściwości badanych osób. Jednak nie pominięto ich w analizie. Zostały zaprezentowane w charakterystyce osób badanych, uwzględniającej podział na grupy w zależności od poziomu nasilenia jękania u dziecka (tabela 3).

Rodziców dzieci jękanających się głęboko (grupa A) charakteryzuje albo przeciętny spokój, albo zdenerwowanie (PN↑ lub PN=). Podjęcie terapii dziecka i uczestniczenie w niej z dzieckiem podyktowane są u tych osób przestraszeniem i „lękotwórczą energią” do działania. Kolejny wymiar, subiektywne odczucie przyjemności, wskazuje zarówno na niskie jak i wysokie nasilenie cechy u badanych osób (TH↓ lub TH↑), tj. odczucie przygnębienia lub odczucie przyjemności. Najbardziej charakterystyczny dla osób z tej grupy okazał się wysoki poziom energii (PE↑), pobudzenie do działania, które przejawia się między innymi dużą aktywnością osoby w kierunku podejmowania konkretnych działań. Wskazywać to może na dość duży wysiłek i aktywność wkładaną w proces terapii i zdrowienia dziecka (tabela 3).

Grupę B cechuje przeciętna energia do działania (PE=). Poziom odczuwanego spokoju (PN) zależy najprawdopodobniej od indywidualnych cech jednostki, gdyż występuje w każdej konfiguracji. Osoby badane doświadczają zarówno silnego zdenerwowania, jak i względnego spokoju. Odczucie przyjemności (TH↓ lub TH=) nie występuje w ogóle lub w umiarkowanym stopniu (tabela 3).

Rodzice, których dzieci jękanają się nieznacznie (grupa C), odczuwają dużą przyjemność (TH↑), a tym samym brak przygnębienia oraz względny spokój (PN=), który tylko u niektórych przejawia się w formie zdenerwowania. Osoby te wykazują niewielką lub przeciętną aktywność i energię do działania (PE↓ lub PE=) (tabela 3).

W badanej grupie osób matki uzyskały wyższe średnie wyniki niż ojcowie w zakresie skal: depresji, przygnębienia i zakpototania, zmieszania, zaś ojcowie w zakresie skal: napięcia, niepokoju, gniewu, wrogości i zmęczenia, znużenia. Rodzice różnili się między sobą istotnie tylko w zakresie natężenia lęku (tabela 4). U ojców występowało większe napięcie niż u matek dzieci jękanających się. Oznacza to,

że ojcowie mogli odczuwać większe napięcie mięśniowe i można było u nich obserwować pobudzenie wskazujące na uogólniony stan dyskomfortu.

Dyskusja

Funkcjonowanie rodziców w sferze emocji ujawnia związek z posiadaniem dziecka z niepełnosprawnością intelektualną lub fizyczną, co przedstawili w literaturze polskiej między innymi Mrugalska [14], Obuchowska [15] i Boczkar [16]. Wyników uzyskanych w niniejszym badaniu nie można skonfrontować z danymi z literatury. W studiach nad jękaniami zdecydowana większość badań dotyczy opisu osób jękanymi się – dzieci, młodzieży i dorosłych, a nie ich rodziców, opiekunów i osób z najbliższego środowiska.

W obrazie psychologicznym rodziców dzieci z różnymi dysfunkcjami i niepełnosprawnością dominuje nastawienie „hipochondryczne” wraz z niepokojem, zrezygnowaniem, niewielką aktywnością, a nawet łagodnie nasilonymi objawami depresji [14–16]. Badana grupa jest podobna do tego opisu, jeśli wziąć pod uwagę jej wyniki analiz ilościowych. Choć występuje tu duże zróżnicowanie jednostkowe, to analizy jakościowe pokazują następujący jej afektywny obraz: przeplatanie się cech samopoczucia pozytywnego i negatywnego u rodziców dzieci jękanymi się.

Zastanawiająca jest różnica w nastroju, gdy uwzględnia się płęć rodziców. To w grupie matek obserwuje się więcej korzystnych zmian w nastroju ze względu na fakt bycia rodzicem dziecka jękanymi się. Badane matki, w porównaniu z badanymi ojcami, odczuwają bardziej nasiloną aktywność i wigor. Pisula [23], badając strategie stosowane przez rodziców dzieci niepełnosprawnych, dowiodła, iż matki, w porównaniu z ojcami, częściej wybierają konstruktywne strategie radzenia sobie, co skutkuje między innymi uniezależnieniem nastroju od trudności dziecka. Badani ojcowie częściej wybierają strategie polegające na izolowaniu się od problemów i zaprzeczaniu im. Ponadto u 13 ojców dzieci jękanymi się występowało zaburzenie płynności mowy w dzieciństwie, a u ponad 90% z nich do dziś występują te objawy w sytuacjach trudnych i stresujących. Ojcowie ci są więc osobami jękanymi się. Wszystko to sprzyjać może narastaniu u ojców niepokoju.

Piśmiennictwo:

1. Tarkowski Z. Jękanie. Warszawa: Wydawnictwo PWN; 2002.
2. Chęć M. Jękanie. Diagnostyka – terapia – program. Kraków: Impuls; 2007.
3. Yaruss JS, Quesal R. Stuttering and International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICD): An update. *J Commun Disord*, 2004; 37(1): 35–52.
4. World Health Organization. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM V). Waszyngton, Londyn; 2013.
5. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) dostępna na stronie http://www.csioz.gov.pl/src/files/klasyfikacje/ICF_Polish_version.pdf.
6. Howell P, Davis S, Williams R. Late childhood stuttering. *J Speech Lang Hear Res*, 2008; 51 (3): 669–88.
7. Andrews G, Craig A, Feyer AM, Hoddinott S, Howie P, Neilson M. Stuttering: A review of research finding and theories circa. *J Speech Lang Hear Res*, 1983; 48(3): 226–46.
8. Dell C. Terapia jękania u dzieci w młodszym wieku szkolnym. Podręcznik dla logopedów. Kraków: Wydawnictwo Impuls; 2008.
9. Ekman P, Davidson R. Co wpływa na subiektywne doświadczanie emocji. W: Ekman P, Davidson R, red. *Natura emocji. Podstawowe zagadnienia*. Gdańsk: GWP; 1998: 341–3.
10. Goryńska E. Umiejscowienie nastroju wśród zjawisk afektywnych. W: Goryńska E, Lędziński M, Zajenkowski M, red. *Nastroj: modele, geneza, funkcje*. Warszawa: Uniwersytet Warszawski; 2011, 11–29.
11. Watson D, Clark L. Emocje, nastroje, cechy i temperament: rozważania pojęciowe i wyniki badań. W: Ekman P, Davidson R, red. *Natura emocji. Podstawowe zagadnienia*. Gdańsk: GWP; 1998, 83–6.

Odwolując się do teorii zasobów Hobfolla, wyraźnie wiadać, że emocjonalność rodziców dzieci jękanymi się nie jest ich zasobem [24]. Dominuje w niej nastrój negatywny, natomiast nastrój pozytywny ulega znacznemu osłabieniu. Zagadnienie podjęte w prezentowanych badaniach jest o tyle ważne, iż od wielu lat podkreśla się znaczenie oddziaływania środowiska i interakcji rodzic – dziecko dla analizy zjawiska jękania u najmłodszych [25,26]. Założeniem wielu metod terapii dzieci jękanymi się jest podejmowanie strategii pomocowych za pośrednictwem osób ważnych dla dziecka – przede wszystkim rodziców. Terapia pośrednia ukierunkowana jest na zmianę zachowań i postaw rodziców lub opiekunów, aby w ten sposób oddziaływać na mowę dziecka [27], w tym także na redukcję lęku i obaw rodziców związanych z problemem jękania się dziecka [28].

Wnioski

Wykonane analizy pozwoliły na sformułowanie następujących wniosków:

1. U rodziców dzieci jękanymi się stwierdzono występowanie takich reakcji emocjonalnych, jak niepokój, smutek, zakłopotanie oraz mniejszą aktywność, czyli występowanie negatywnego nastroju. Wynik ten jest najbardziej charakterystyczny dla grupy badanych osób, jednak niejednoznaczny w przypadku zróżnicowania rodziców ze względu na poziom głębokości jękania u dziecka.
2. Stan kliniczny wyrażony w poziomie nasilenia objawów jękania ocenianym przez rodziców różnicuje ich nastrój. Opiekunowie dzieci głęboko jękanymi się częściej odczuwają zdenerwowanie (PN) i pobudzenie do działania (PE) niż rodzice dzieci jękanymi się w stopniu umiarkowanym. Zupełny brak przygnębienia (TH), umiarkowany spokój (PN) oraz niewielka aktywność do działania to cechy charakterystyczne dla rodziców dzieci z jękaniami lekkimi.
3. Ojcowie i matki dzieci jękanymi się istotnie różnią się między sobą w zakresie nastroju lęku – napięcia. Ojcowie dzieci jękanymi się są bardziej lękliwi i napięci niż matki.

12. Bielecki J. Psychologiczne problemy dzieci i młodzieży jąkającej się. W: Brejnak W, Wolnicz-Pawłowska E, red. Zaburzenia tempa i płynności mowy. Warszawa: Wyd. UKSW; 2010, 13–31.
13. Embrechts M, Ebben H, Franke P, van de Poel C. Temperament: A comparison between children who stutter and children who do not stutter. W: Bosshardt HG, Yaruss JS, Peters HFM, red. Proceedings of the Third World Congress on Fluency disorders: Theory, research, treatment, and self-help. The Netherlands: University of Nijmegen Press; 2000, 557–62.
14. Mrugalska K. Rodzice i dzieci. W: Olechnowicz H, red. U źródeł rozwoju dziecka. O wspomaganiu rozwoju prawidłowego i zakłóconego. Warszawa: Nasza Księgarnia; 1988, 36–45.
15. Obuchowska I. Dziecko niepełnosprawne w rodzinie. Zarys problemów. W: Ossowski R, red. Sytuacja życiowa dziecka niepełnosprawnego w rodzinie. Bydgoszcz: Wyd. Uczelniane WSP; 1998.
16. Baczor K. Młodzież umysłowo upośledzona w rodzinie i środowisku pracy. Warszawa: Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych; 1982.
17. Kathard J, Pillay M, Samuel M, Reddy V. Genesis of self – identity as disorder: life histories of people who stutter. *S Arf J Commun Disord*, 2004; 51(1): 4–14.
18. Tarkowski Z. Zmiana postaw wobec jąkania. Lublin: Wydawnictwo Fundacji „Orator”; 2008.
19. Namysłowska I. Terapia rodzin. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
20. Goryńska E. Przymiotnikowa Skala Nastroju UMACL. Podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2005.
21. Dudek B, Koniarek J. Adaptacja testu D. M. McNoira, M. Lorra, L. F. Droppelmana: Profile of Mood States (POMS). *Przeгляд Psychologiczny*, 1987; 30: 753–61.
22. Tarkowski Z, Góral-Połroła J. Skala Samooceny i Oceny Jąkania. Lublin, Kielce: Wydawnictwo Fundacji „Orator” i Wyższej Szkoły Ekonomii, Turystyki i Nauk Społecznych; 2012.
23. Pisula E. Strategie radzenia sobie ze stresem a dobrostan psychiczny u matek dzieci o zaburzonym nastroju. *Psychiatria Polska*, 1996; 30: 221–32.
24. Hobfoll SE. Stres, kultura i społeczność. *Psychologia i filozofia stresu*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2006.
25. Węsierska K. Interakcyjna Terapia Rodzic – Dziecko – Palin Parent – Child Interaction Approach (Palin PCI) – przykładem skutecznego postępowania logopedycznego w jąkaniu wczesnodziecięcym. *Forum Logopedyczne*. Katowice: Uniwersytet Śląski; 2010, 18: 23–8.
26. Roper N, Dunst C. Communication intervention in natural learning environments: Guidelines for practice. *Infants and young children*; 2003, 16(3): 215–26.
27. Bernstein Ratner T. Caregiver-child interactions and their impact on children’s fluency: Implications for treatment. *LSHS*, 2004; 35(1): 46–54.
28. Guitar B, McCaurey R. An overview of treatment for preschool stuttering. W: Guitar B, McCaurey R, red. *Treatment of stuttering. Established and emerging interventions*. Baltimore: W. Kluwer, W. Lippincott; 2010, 56–62.