

Jąkanie w wieku przedszkolnym: przegląd badań

Stuttering in preschool age: a survey of studies

Zbigniew Tarkowski, Ewa Humeniuk, Jolanta Dunaj

Zakład Patologii i Rehabilitacji Mowy, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
Kierownik: prof. dr hab. Z. Tarkowski

Summary

Most often stuttering is identified with a speech disorder or speech disfluency. However, it resembles a disorder consisting of linguistic, biological, psychological and social factors, as well as relations between them. The onset of stuttering usually occurs in the preschool age or even earlier, though relatively little concern has been devoted to this period. The article presents a review of the latest research on stuttering in preschool age. A distinct disproportion between particular elements of stuttering structure have been observed. Research concerns mainly the linguistic factor and is focused on speech disfluency, while studies on the biological, psychological and social factors are insufficient. Research on relations between them is rare. Despite efforts of a number of researchers, differential diagnosis of preschool stuttering and natural speech disfluency is still controversial, as is early therapeutic intervention. In research it is usually omitted that the essence of speech disfluency is its changeability. It continually appears and disappears. The causes of this mysterious phenomenon are still unknown.

Słowa kluczowe: jąkanie wczesnodziecięce, diagnoza, terapia

Key words: stuttering in preschool age, diagnosis, therapeutic intervention

Jąkanie jest najczęściej kojarzone z wadą wymowy lub nie płynnością mówienia. Tymczasem ma ono cechy zaburzenia o strukturze składającej się z czynników lingwistycznych, biologicznych, psychologicznych i społecznych oraz relacji między nimi [1]. Początek jąkania przypada najczęściej (w 90% przypadków) na wiek przedszkolny i w tym okresie rozwija się lub ustępuje [2, 3]. Zdecydowanie częściej [2] jękają się chłopcy niż dziewczynki (3:1, a nawet 8:1).

Badania nad czynnikami lingwistycznymi

Badania nad czynnikami lingwistycznymi są najliczniejsze i koncentrują się na analizie samej nie płynności mówienia, która jest traktowana jako istota jąkania. Problem jednak w tym, że występuje także zwykła (normalna) nie płynność mówienia, szczególnie widoczna u małych dzieci. Aby rozgraniczyć te zaburzenia płynności,

za charakterystyczne dla jąkania uznaje się: powtarzanie głosek (m-m-mama) lub sylab (ma-ma-ma); przeciąganie głoski (mmmmama); blokowanie wypowiedzi (... mama); rozerwane słowa (ma...ma). Natomiast typowe dla zwykłej nie płynności mówienia jest: powtarzanie słów wielosylabowych (mama – mama) lub fraz (mama poszła – mama poszła); embolofazje (eee, yyy); rewizje (mama poszedł...szła). Jąkanie i normalna nie płynność mówienia różnią się jedynie proporcją symptomów. Na podstawie badań 90 dzieci jękających się (DJ) w wieku od 23 do 59 miesięcy oraz 54 niejąkających się rówieśników (DNJ) Ambrose i Yairi [4] ustalili, że stosunek objawów typowych dla jąkania oraz charakterystycznych dla zwykłej nie płynności mówienia wynosi 66% : 34% u DJ oraz 24% : 76% u DNJ, a różnice między nimi okazały się istotne statystycznie. Pellowski i Conture [5] zbadali dzieci w wieku 2–3 lat i stwierdzili, że powtarzanie głosek lub sylab, przeciąganie i blokowanie stanowiły 81% symptomów nie płynności u DJ oraz 42% objawów występujących u DNJ, powtarzanie zaś słów oraz rewizje – 19% objawów nie płynności u DJ oraz 58% zaburzeń płynności u DNJ. Z wiekiem te proporcje nie zmieniają się istotnie [5]. Różnice między nie płynnością normalną a patologiczną mają więc charakter ilościowy, a nie jakościowy.

W wieku przedszkolnym nie płynność mówienia zmienia się wraz z natężeniem jąkania [4]. Powtórzenia głosek lub sylab stanowią 45% objawów w jękaniu lekkim, 50% w umiarkowanym i 55% w głębokim; odsetek powtarzanych słów wynosi 41% w jękaniu lekkim, 33% w umiarkowanym i 27% w głębokim; bloki i przeciąganie osiągają wartość 14% w jękaniu lekkim, 17% w umiarkowanym i 18% w głębokim. Natomiast zarówno wiek jak i płeć nie mają związku z frekwencją poszczególnych objawów nie płynnego mówienia oraz jego nasileniem [4]. W wieku około 4 lat spada powtarzanie głosek i sylab, blokowanie i przeciąganie nieznacznie u DJ, a znacznie u DNJ [4].

Zebrowski [6] porównała DJ i DNJ w wieku 3–5 lat i nie stwierdziła istotnych różnic między nimi w zakresie czasu powtarzania lub przeciągania głosek oraz liczby powtórzeń głosek lub sylab (zazwyczaj 2 razy). Różnice między DJ a DNJ wystąpiły jedynie w zakresie frekwencji przeciągania głosek (33% : 3%), ich powtarzania (24% : 12%), rewizji (8% : 28%), embolofazji (3% : 21%) i powtarzania fraz (3% : 10%). A zatem częstotliwość występowania określonych rodzajów symptomów nie płynnego mówienia ma większe znaczenie niż ich długość i czas ich trwania.

W wieku przedszkolnym zaburzeniom płynności mówienia najczęściej towarzyszą zniekształcenia artykulacji [7, 8]. Zdaniem Volk [za: 9] występują one u 30–40% jękających się dzieci. Paden i wsp. [10] śledzili rozwój fonologiczny dzieci w wieku 2–5 lat w ciągu 2 lat. Na początku badań dzieci, które przestały się jąkać bez terapii, miały lepsze wyniki w testach artykulacji niż jękające się nadal. Po dwóch latach poziom fonologiczny w obu grupach wyrównał się. Yaruss i Conture [11] nie stwierdzili żadnej statystycznej różnicy między poziomami rozwoju artykulacji u DJ i DNJ w wieku przedszkolnym. Natomiast Gregg i Yairi [9] nie odnotowali istotnej korelacji między frekwencją objawów nie płynnego mówienia a wadami wymowy u małych dzieci.

Badano nie tylko fonologię, ale także gramatykę i semantykę tekstów ustnych DJ w wieku przedszkolnym. Tarkowski [12] wykazał korelację, istotną statystycznie, między nie płynnością mówienia a długością wypowiedzi monologicznych i ich złożonością.

Zackheim i Conture [13] nagrali natomiast konwersację z udziałem DJ i DNJ w wieku 3–6 lat. W obu grupach wzrost długości i złożoności gramatycznej wypowiedzi korelował z nasileniem zaburzeń płynności. Powtarzanie, przeciąganie i blokowanie występowały znacznie częściej w zdaniach o wymiarze przekraczającym ich średnią długość oraz w wypowiedziach wielokrotnie złożonych. Nie rozstrzygnięto jednak, czy niepłynność mówienia zależy bardziej od długości czy złożoności wypowiedzi, czy od obu czynników jednocześnie.

Tarkowski i Skorek [14] analizowali strukturę semantyczną tekstów formułowanych przez dzieci w wieku 3–7 lat. Stwierdzili, że wypowiedzi DJ są mniej spójne i płynne niż wypowiedzi DNJ. Wykazali także dodatnią korelację między niespójnością semantyczną tekstów oralnych a niepłynnością mówienia. Brown [za: 2] zauważył zaś, że częściej niepłynnie wymawiane są słowa znaczące niż wyrazy gramatyczne (funkcyjne), wyrazy rozpoczynające wypowiedź, wyrazy dłuższe niż krótsze, wyrazy zaczynające się spółgłoską niż samogłoską.

Lingwistyczna teoria jąkania wczesnodziecięcego głosi, że jest ono przejawem opóźnionego rozwoju mowy [15]. Tarkowski [12] porównał DJ i DNJ za pomocą Heilderbergerskiego Testu Rozwoju Językowego. Nie stwierdził istotnych różnic między nimi w podtestach nie wymagających aktywnego mówienia (naśladowanie struktur gramatycznych, klasyfikacja pojęć, zestawienie informacji werbalnej i niewerbalnej). Różnice znaczące pojawiły się jedynie w próbach oceniających mówienie. Dla DJ najłatwiejsze okazały się podtesty badające umiejętności morfologiczne (tworzenie liczby pojedynczej i mnogiej, tworzenie wyrazów pochodnych, tworzenie przymiotników), nieco trudniejsze podtesty oceniające umiejętności semantyczne (tworzenie zdań, poprawianie zdań niespójnych semantycznie), a najtrudniejsze – próby badające zdolności komunikacyjne (zwracanie się do ludzi, enkodowanie i dekodowanie ich intencji) i zdolności integracyjne (pamięć tekstu). Innymi słowy, skala trudności językowych DJ wiedzie od gramatyki, poprzez semantykę, do komunikacji słownej.

Badania nad czynnikami społecznymi

Zgodnie z hipotezą Johnsona [16] jąkanie rodzi się „nie w ustach dziecka, lecz w uszach rodziców”, czyli w wyniku nieprawidłowych reakcji dorosłych na zwykłą niepłynność mówienia. Hipoteza ta była wielokrotnie weryfikowana i uzyskano sprzeczne wyniki (szerzej: Tarnowski [2]). Na ogół jednak rodzice deklarują pozytywne postawy wobec DJ [14]. Betz i wsp. [17] ocenili odbiór jąkania wczesnodziecięcego przez 160 studentów, którzy wcześniej zetknęli się z osobami jąkającymi się (65%) lub nie spotkali się z nimi (35%). W badaniach wykorzystano metodę dyferencjału semantycznego do oceny dzieci, które różniły się jedynie wiekiem oraz opinią „on/ona się jąka”. Ta etykieta wyzwoliła u badanych negatywne charakterystyki. DJ zostały opisane przez studentów jako nadmiernie ostrożne, nieśmiałe, nerwowe, napięte, przestraszone. Studenci, którzy znali jąkających się, lepiej oceniali DJ niż studenci nie mający takich znajomych. Interesującym odkryciem jest to, że stereotyp jąkania dotyczy już małych dzieci.

Uniwersalne aspekty nie płynności mówienia sprawdzano w różnych narodowościach. Proctor i wsp. [18] badali ankietowo amerykańskie DJ pochodzenia afrykańskiego (2223) i europejskiego (941), i nie stwierdzili żadnej statystycznie istotnej różnicy dotyczącej istoty jąkania. Podobnie Carloa i Watsonb [19] nie odnotowali żadnej znaczącej różnicy w zakresie frekwencji nie płynności mówienia między małymi dziećmi hiszpańskojęzycznymi a anglojęzycznymi, a Nathe i wsp. [20] zauważyli więcej podobieństw niż różnic między zaburzeniami płynności występującymi u dzieci niemieckojęzycznych i anglojęzycznych. Van Borsel i wsp. [21, 22] łączą jąkanie z bilingwilizmem, który jest coraz częstszym zjawiskiem.

Jąkanie bywa pojmowane jako zaburzenie komunikacji interpersonalnej [14]. Od dawna badacze interesowały interakcje słowne między DJ a ich rodzicami. Meyers i Freeman [za: 2] stwierdzili, że matki DJ mówią znacznie szybciej niż matki DNJ, ale inni badacze [por. 2] nie potwierdzili tego wyniku. Kloth i wsp. [23] nie stwierdzili istotnej różnicy między stylem komunikowania się a zachowaniem językowym matek DJ i DNJ. Johnson i Conture [za: 24] badali wpływ uczestnika komunikacji słownej (któreś z rodziców albo klinicysta), jej miejsca (dom albo klinika) i formy (rozmowa albo opowiadanie) na nie płynność mówienia małego dziecka. Nie stwierdzili istotnych różnic w zakresie frekwencji objawów typowych dla jąkania. Jedynie u jąkających się odnotowali więcej symptomów nie płynności w rozmowie niż w opowiadaniu.

Badania nad czynnikami psychologicznymi

Fernau-Horn [za: 2] podzieliła jąkanie wczesnodziecięce na preneurotyczne i neurotyczne. Momentem kluczowym jest wystąpienie logofobii, która pojawia się około 5 roku życia. Od tej chwili jąkanie bywa uznawane za neurotyczne, a DJ może być brane za małego neurotyka. Ta koncepcja ma słabe podstawy empiryczne. Wołkowa [za: 2] badała DJ w wieku 5 i 6 lat za pomocą Testu Frustracji Rozenzweiga i stwierdziła większą agresywność i poczucie winy u starszych chłopców oraz większy negatywizm i poczucie winy u młodszych dziewczynek. Z kolei Tarkowski [12] porównał wyniki DJ i DNJ w Teście Barwnych Piramid Schaie i Heissa, Rysunku Postaci Ludzkiej Goodenough-Harrisa i Testu Rysunku Rodziny Braun-Gałkowskiej. Odnotowane różnice świadczą o tym, że DJ są bardziej wrażliwe na bodźce zewnętrzne i reagują bardziej impulsywnie i otwarcie. Ponadto mają silne potrzeby psychiczne, które – nie zaspokojone – mogą być przyczyną frustracji. Interesujące jest to, że poziom lęku i niepokoju nie różnicuje istotnie DJ i DNJ w wieku przedszkolnym.

Badania nad czynnikami biologicznymi

Asatiani i wsp. [za: 2] przeprowadzili serię badań eksperymentalnych nad funkcjonowaniem aparatu mowy. Wynika z nich, że dzieci w wieku 5–6 lat nie osiągają jeszcze pełnej koordynacji oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnej. Odbiega ona nieznacznie od normy w przypadku wczesnodziecięcego jąkania nerwicowego (czynnościowego), a znacznie – w wypadku jąkania rzekomonerwicowego (organicznego).

Traugutt [za: 2] stwierdził, że etiologia jąkania wczesnodziecięcego rzutuje na obraz zapisu EEG. Jąkanie nerwicowe charakteryzuje się niską amplitudą wahań, przewagą rytmu alfa i samoistnym powstawaniem odruchu skórnogalwanicznego. Natomiast jąkanie rzekomonerwicowe cechuje zapis EEG w postaci dysrytmii średniej i wysokiej amplitudy wahań ze zmianą komponentów powolnych. Charakterystyczna jest także deformacja i zaostrzenie wierzchołków fal.

Kilińska-Ewertowska [za: 2] przytacza opinie różnych autorów i rezultaty badań własnych, z których wynika, że u małych DJ występują zaburzenia ruchowe i wzmożone napięcie mięśniowe. Tarkowski i Skorek [14] wykazali zróżnicowany rozwój sprawności motorycznej DJ i DNJ, ale ogólny iloraz jej rozwoju był istotnie niższy w grupie jąkających się. DJ wypadły znacznie gorzej w próbach mierzących szybkość i precyzję ruchów.

Dotychczasowe badania nad temperamentem DJ w wieku przedszkolnym dały sprzeczne wyniki. Wakaba [25] stwierdził u 33% tych dzieci temperament trudny, natomiast Lewis i Goldberg [26] wykazali u 86% temperament łatwy. Anderson i wsp. [27] użyli Kwestionariusza Stylu Zachowania i za jego pomocą wykazali, że – w porównaniu z DNJ – DJ wolniej przystosowują się do nowości, są mniej regularne w zakresie pór snu i karmienia, oraz nadmiernie czujne w czasie wykonywania zadań. Zmodyfikowaną wersję tego kwestionariusza wykorzystali Karrass i wsp. [28], którzy stwierdzili, że DJ są bardziej reaktywne i mają mniejszą kontrolę emocjonalną niż DNJ. Z kolei Schwenk i wsp. [29] wykazali eksperymentalnie, że DJ są bardziej zdekoncentrowane niż DNJ, a Paul i Kellogg [30] wysunęli hipotezę, że trudny temperament może stanowić przyczynę opóźnionego rozwoju mowy oraz nie płynności mówienia.

Jąkanie wczesnodziecięce miewa charakter dziedziczny [31], ale trudno jest oddzielić ten czynnik od naśladowania nie płynności mówienia rodziców, niemniej jednak obciążenie rodzinne zwiększa prawdopodobieństwo przekształcenia się jąkania niezaawansowanego w zaawansowane [15].

Rozwój jąkania w wieku przedszkolnym

Klasyczne badania nad dynamiką jąkania wczesnodziecięcego przeprowadzili van Riper i Bloodstein [za: 2], którzy opisali cztery stadia (fazy) tego procesu. Najnowsze studium przedstawili Yairi i Ambrose [3]. Prowadzili 4-letnie badania podłużne 84 DJ. Po upływie tego okresu 26% badanych jąkało się nadal, a 74% wyzdrowiało samoczynnie, bez jakiegokolwiek interwencji terapeutycznej. Niepłynność mówienia ustępowała częściej i szybciej u dziewczynek niż chłopców. W pierwszej grupie radykalna poprawa nastąpiła w ciągu 12–30 miesięcy od pojawienia się jąkania, a w drugiej grupie w ciągu 24–36 miesięcy. Po roku do 2 lat jąkania nastąpił znaczny spadek powtarzania głosek i sylab, przeciągania i blokowania w grupie „ozdrowieńców” w przeciwieństwie do względnej stabilności tych symptomów w grupie „uporczywej”. Głębokość jąkania nie ma istotnego wpływu na jego samoczynne ustąpienie. Po nagłym ataku nie płynności może szybko nastąpić jej wyraźny spadek. Jednak w większości obserwowanych przypadków samoczynne wychodzenie z jąkania jest procesem powolnym, stopniowym, trwającym z reguły 3–4 lata. W tym czasie niepłynność mówienia nasila się

i słabnie. Jeżeli poprawa utrzymuje się przez kilka miesięcy, to jest znaczna szansa, że będzie trwała.

Kloth i wsp. [23] objęli badaniami 93 dzieci w wieku 2–5 lat, których co najmniej jedno z rodziców jąkało się. W czasie 2-letniej obserwacji nie płynność mówienia wystąpiła jedynie u 28% badanych. Kiedy porównano je z dziećmi, które nadal mówiły płynnie, to okazało się, że DJ i DNJ nie różniły się w końcowym badaniu pod względem umiejętności językowych i szybkości mówienia.

Diagnoza

Podstawowe znaczenie ma odróżnienie jąkania wczesnodziecięcego od zwykłej nie płynności mówienia [32, 33]. W tym celu powinno się stosować łącznie kryteria językowe, biologiczne, psychologiczne i społeczne (szerzej: Tarkowski [2]). Za najważniejszą uznaje się jednak ocenę samej nie płynności mówienia pod względem frekwencji, typu i lokalizacji jej objawów [34, 35, 36]. Przeprowadzone zostały badania nad trafnością takiej diagnozy. Cordes [za: 34] odkrył, że 58% próbek wypowiedzi uznanych przez międzynarodowe autorytety za wolne od jąkania zostało później ocenionych jako zawierające co najmniej jedną nie płynność typową dla niej. Bothe [37] stwierdziła, że zgodność doświadczonych patologów mowy w rozpoznaniu jąkania wczesnodziecięcego wahała się od 39% do 89% w zależności od przyjętej jego definicji i metody badania. Rousseau i wsp. [38] nie wykazali zależności między sposobem rejestrowania próbek wypowiedzi (audio lub wideo) a oceną głębokości nie płynności mówienia. Skoro problemy w jej ocenie mają specjaliści, to prawdopodobnie jeszcze większe mogą mieć rodzice i nauczyciele. Einarsdóttir [34] objęła ich eksperymentalnym programem szkoleniowym, który istotnie zwiększył zdolność uczestników do rozpoznawania zaburzeń płynności. Przedstawione badania pokazują dość jasno, że diagnoza jąkania na podstawie jedynie oceny objawów nie płynności mówienia jest problematyczna.

Terapia

Terapia dzieci jąkających się w wieku przedszkolnym budzi kontrowersje [39, 40]. Można wyróżnić dwa skrajne stanowiska:

- Jąkanie wczesnodziecięce ustępuje samoczynnie, a wszelka interwencja jest zbędna.
- Mija zwykła nie płynność mówienia, a rzeczywiste jąkanie należy leczyć.

Zwolennicy nieinterweniowania, których jest zdecydowana większość, argumentują, że skoro 80% przypadków jąkania wczesnodziecięcego mija bez jakiegokolwiek terapii [3, 41], to należy uzbroić się w cierpliwość. Odmiennie zdanie mają rzecznicy wczesniej interwencji terapeutycznej. Jej podstawą jest dokładna diagnoza różnicująca nie płynność zwykłą i patologiczną, czyli jąkanie. W zależności od jej wyniku opracowuje się interwencję w formie profilaktyki, czyli niedopuszczenia do przekształcenia się nie płynności zwykłej w patologiczną, lub terapii rzeczywistego jąkania, aby wyeliminować albo co najmniej zapobiec rozwojowi jego zaawansowanej postaci [2, 15].

Dyskusja między zwolennikami a przeciwnikami wczesnej interwencji terapeutycznej ma, niestety, słabe podstawy empiryczne. W ostatnich latach modny stał się Lidcombe Program, którego efektywność potwierdziły badania Miller i Guitar [42], Onslow i wsp. [43], Latterman i wsp. [44].

Podsumowanie

Mimo że jąkanie rozpoczyna się zazwyczaj w wieku przedszkolnym lub wcześniej, to temu okresowi badacze poświęcili stosunkowo najmniej uwagi. Zastanawiające jest to, że generalnie pomija się fakt, iż istotą nie płynności mówienia jest jej zmienność. Występuje ona i znika, aby pojawić się powtórnie. Przyczyny tego zagadkowego zjawiska ciągle nie znamy.

Praca została zrealizowana w ramach projektu badawczego własnego nr N106 175037.

Заикание в дошкольном возрасте – литературный обзор

Содержание

Заикание чаще всего связывается с пороком речи или гладкого разговора, а тем временем заикание носит черты нарушения со структурой, состоящей из факторов лингвистических, биологических, психологических и общественных. Кроме того, играет роль всей взаимосвязанности между этими факторами. Заикание, чаще всего, начинается в дошкольном, или же еще более ранним возрасте. Этому периоду развития ребенка исследователи посвятили, однако, мало внимания. В статье представлен литературный обзор новых исследований на эту тему, т.е. заикание в дошкольном возрасте детей. Анализ данных выраженным образом указал на диспропорцию в исследованиях над отдельными элементами структуры заикания. Превалируют исследования над лингвистическим фактором, г.о. на гладкости разговорной речи. Недостаточно посвящено места биологическим, психологическим и общественным факторам. Очень редки исследования зависимости между ними. Несмотря на усилия многих исследователей, дифференциальная диагностика заикания у детей младшего возраста и обычной гладкости разговорной речи до сих пор пробуждают споры, так и предпринимка ранней терапевтической интервенции. В исследованиях не обращается достаточно внимания на факт, что существом нарушения речи является изменчивость, которая появляется и улетучивается, а потом все начинается снова. Причины этого загадочного явления неизвестны.

Stottern im Vorschulalter: Studienübersicht

Zusammenfassung

Stottern wird am häufigsten als Störung des Redeflusses oder Redeunflüssigkeit identifiziert. Es hat aber Eigenschaften einer Störung mit der Struktur, die aus linguistischen, biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren und gegenseitigen Beziehungen zwischen ihnen besteht. Stottern beginnt meistens im Vorschulalter oder noch früher. Dieser Zeit haben aber die Wissenschaftler jedoch wenig Aufmerksamkeit gewidmet. Im Artikel wurde die Review der neuesten Studien an dem Stottern bei Kindern im Vorschulalter dargestellt. Die Analyse zeigte einen deutlichen Unterschied in den Studien an den einzelnen Bestandteilen der Struktur vom Stottern. Es werden vorwiegend Studien an dem linguistischen Faktor durchgeführt, die auf Redeunflüssigkeit fokussieren. Es mangelt aber an Studien an den biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren. Selten werden auch die Abhängigkeiten zwischen ihnen untersucht. Trotz der Bemühungen vieler

Forscher ist die Unterscheidungsdiagnose des Stotterns im frühen Kindesalter und der gewöhnlichen Sprechunflüssigkeit weiter noch kontroversiv, so wie die früher unternommene therapeutische Intervention. Generell lässt man in den Studien die Tatsache unbeachtet, dass das Wesen der Redeunflüssigkeit ihre Veränderlichkeit ist. Sie tritt auf und verschwindet, um aufs Neue aufzutreten. Die Ursachen dafür sind unbekannt.

Le bégayement à l'âge préscolaire – revue des recherches

Résumé

Le bégayement est considéré comme défaut de parler ou comme manque de fluidité de parler. Pourtant c'est un trouble qui se compose des facteurs linguistiques, biologiques, psychologiques et sociaux et des relations entre eux. D'habitude le bégayement commence à l'âge préscolaire ou même encore plus tôt. Cette période est peu examinée par les chercheurs. Cet article présente la revue des recherches concernant le bégayement justement pendant cette période préscolaire. L'auteur indique l'existence d'une grande disproportion concernant la structure de ces recherches – les recherches s'occupant du facteur linguistique dominant, en se concentrant sur le manque de fluidité de parler. Les recherches concernant les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux sont rares, encore plus rares sont celles qui s'occupent des relations entre ces facteurs. Malgré les efforts des chercheurs le diagnostic différentiel du bégayement préscolaire et de manque ordinaire de fluidité de parler éveille toujours des controverses, pareillement les interventions thérapeutiques précoces. En général les recherches ignorent le fait que le manque ordinaire de fluidité de parler change – elle apparait et disparaît ; et ainsi de suite. Les causes de cet état mystérieux de chose sont inconnues.

Piśmiennictwo

1. Tarkowski Z. *Psychosomatyka jękania. Dlaczego osoby jękające się mówią płynnie*. Lublin: Wyd. Fund. Orator; 2007.
2. Tarkowski Z. *Jękanie wczesnodziecięce*. Warszawa: WSiP; 1992.
3. Yairi E, Ambrose N. *Early childhood stuttering I: Persistency and recovery rates*. J. Speech Lang. Hear. Res. 1999; 42:1097–1112.
4. Ambrose N, Yairi E. *Normative disfluency data for early childhood stuttering*. J. Speech Lang. Hear. Res. 1999; 42: 296–302.
5. Pellowski MW, Conture EG. *Characteristics of speech disfluency and stuttering behaviors in 3- and 4-year-old children*. J. Speech Lang. Hear. Res. 2002; 45: 20–34.
6. Zebrowski PM. *Duration of speech disfluencies of beginning stutterers*. J. Speech Lang. Hear. Res. 1991; 34: 483–491.
7. Louko L. *Phonological characteristics of young children who stutter*. TLD 1995; 15: 48–59.
8. Nippold MN. *Phonological and language disorders in children who stutter: Impact on treatment considerations*. Clin. Ling. Phon. 2004; 18: 145–159.
9. Gregg BA, Yairi E. *Phonological skills and disfluency levels in preschool children who stutter*. J. Commun. Disord. 2007; 40: 97–115.
10. Paden EP, Ambrose NG, Yairi E. *Phonological progress during the first 2-years of stuttering*. J. Speech Lang. Hear. Res. 2002; 45: 256–267.
11. Yaruss JS, Conture EG. *Stuttering and phonological disorders in children: Examination of the covert repair hypothesis*. J. Speech Lang. Hear. Res. 1996; 39: 349–364.
12. Tarkowski Z. *Jękanie*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN; 2001.
13. Zackheim CT, Conture E. *Childhood stuttering and speech disfluencies in relation to children's mean length of utterance: a preliminary study*. J. Fluency Disord. 2003; 28: 115–142.

14. Tarkowski Z, Skorek EM. *Research on stuttering in pre-school and school children*. Zielona Góra: Uniwersytet Zielonogórski; 2009.
15. Lechta V, Koktavost. *Komplexni pristup*. Praha: Portal; 2004.
16. Johnson W. *The onset of stuttering*. Minneapolis: University of Minnesota; 1969.
17. Betz IR, Blood GW, Blood IM. *University student's perceptions of pre-school and kirgergarden children who stutter*. J. Commun. Disord. 2008; 41: 259–273.
18. Proctor A, Yairi E, Duff M.C, Zhang J. *Prevalence of stuttering in African American preschoolers*. J. Speech Lang. Hear. Res. 2008; 51: 1465–1479.
19. Carloa EJ, Watson JB. *Disfluencies of 3- and 5-year old Spanish-speaking children*. J. Fluency Disord. 2003; 28: 37–53.
20. Nathe U, Sandrieser P, Pietrovsky R, Kalveram KT. *Disfluency date of German preschool children who stutter and comparison children*. J. Fluency Disord. 2006; 31: 165–176.
21. Van Borsel J, Brutto Pereira M. *Assessment of stuttering in a familiar versus an unfamiliar language*. J. Fluency Disord. 2005; 30: 109–124.
22. Van Borsel J, Maes E, Foulon S. *Stuttering and bilingualism. A review*. J. Fluency Disord. 2001; 26: 179–205.
23. Kloth S, Janssen P, Kraaimaat F, Brutton J. *Child and mother variables in the development of stuttering among high-risk children: a longitudinal study*. J. Fluency Disord. 1998; 23: 217–230.
24. Johnson KN. *Influency of stuttering variation on talker group classification in preschool children: Preliminary findings*. J. Commun. Disord. 2009; 42: 195–210.
25. Wakaba Y. *Research on temperament of children who stutter with early onset*. W: Healey EC, Peters HFM, red. *Stuttering: Proceedings of the second world congress on fluency disorders*. Nijmegen: University Press Nijmegen; 1998.
26. Lewis KE, Goldberg LL. *Measurement of temperament in the identification of children who stutter*. Eur. J. Disord Commun. 1997; 32: 441–448.
27. Anderson J, Pellowski M, Conture E, Kelly E. *Temperamental characteristics of young children who stutter*. J. Speech Lang. Hear. Res. 2003; 46: 1221–1233.
28. Karrass J, Walden TA, Conture EG, Graham CG, Arnold HS, Hartfield KN, Schwenk KA. *Relation of emotional reactivity and regulation to childhood stuttering*. J. Commun. Disord. 2006; 39: 402–423.
29. Schwenk KA, Conture EG, Walden TA. *Reaction to background stimulation of preschool children who do and do not stutter*. J. Commun. Disord. 2007; 40: 129–141.
30. Paul R, Kellogg L. *Temperament and late talkers*. J. Child Psychol. Psychiatry 1997; 38: 803–811.
31. Ambrose N, Yairi E, Cox N. *Genetic aspects of early childhood stuttering*. J. Speech Lang. Hear. Res. 1993; 36: 701–706.
32. Gordon PA, Luper HL. *The early identification of beginning stuttering. II: Problems*. Am. J. Speech Lang. Pathol. 1992; 3: 49–55.
33. Yaruss JS, LaSalle LR, Conture EG. *Evaluating stuttering in children: Diagnostic data*. Am. J. Speech Lang. Pathol. 1998; 7: 62–76.
34. Einarsdóttir J. *The identification and measurement of stuttering in preschool children*. Reykjavik: University of Iceland; 2009.
35. Einarsdóttir J, Ingham RJ. *Have disfluency-type measures contributed to the understanding and treatment of developmental stuttering?* Am. J. Speech Lang. Pathol. 2005; 14: 260–273.
36. Einarsdóttir J, Ingham RJ. *The effect of stuttering measurement training on judging stuttering occurrence in preschool children who stutter*. J. Fluency Disord. 2008; 33: 167–179.

37. Bothe AK. *Identification of children`s stuttered and nonstuttered speech by highly experienced judges: binary judgments and comparisons with disfluency-types definitions*. J. Speech Lang. Hear. Res. 2008; 51: 867–878.
38. Rousseau I, Onslow M, Packman A, Jones M. *Comparisons of audio and audiovisual measures of stuttering frequency and severity in preschool-age children*. Am. J. Speech Lang. Pathol. 2008; 17: 173–178.
39. Curlee R, Yairi E. *Early intervention with early childhood stuttering: A critical examination of the data*. Am. J. Speech Lang. Pathol. 1997; 6: 8–18.
40. Curlee R, Yairi E. *Treatment of early childhood stuttering: Advances and research needs*. Am. J. Speech Lang. Pathol. 1998; 7: 20–26.
41. Savage C, Howell P. *Lexical priming of funktion words and content words with children who do and do not stutter*. J. Fluency Disord. 2008;41:459-484.
42. Miller B, Guitar B. *Long-term outcome of the Lidcombe Program for early stuttering intervation*. Am. J. Speech Lang. Pathol. 2009; 18: 42–49.
43. Onslow JM, Packman A, Hearne A. *Extended follow-up of a randomized controlled trial of the Lidcombe Program of early stuttering intervention*. Int. J. Lang. Commun. Disord. 2008; 7: 1–13.
44. Latterman C, Euler HA, Neumann K. *A randomized control trial to investigate the impact of the Lidcombe Program on early stuttering in German-speaking preschoolers*. J. Fluency Disord. 2008; 33: 52–65.

Adres: Zakład Patologii Mowy UM
20-124 Lublin, ul. Szkolna 18

Otrzymano: 10.02.2010
Zrecenzowano: 4.03.2010
Otrzymano po poprawie: 30.04.2010
Przyjęto do druku: 12.07.2010