

Rozdział 2.

Kurt Eggers

Stawanie się efektywnym logopedą specjalizującym się w zaburzeniach płynności mowy

Wstęp

Logopedzi są ekspertami w dziedzinie zaburzeń komunikacji. Bernstein Ratner i Tetnowski (2006) sygnalizują, że ponieważ dziedzina logopedii znacznie się rozszerzyła, w jej obrębie dostępna i konieczna jest wiedza bardziej specjalistyczna. W wyniku ewolucji zakresu tak postrzeganej logopedii logopedzi rozwijają dziś swą wiedzę i umiejętności, pracując z określonymi grupami klientów, powstają też kursy edukacyjne prowadzące do określonych specjalizacji. To zapotrzebowanie na specjalistyczne kształcenie w dziedzinie zaburzeń płynności mowy wydaje się długoterminowe (np. Brisk i in., 1997; Fibiger i in., 2008; Yarus, 1999). Wyniki przeglądów logopedycznych wskazują ponadto, że terapeuci czują się mniej komfortowo w pracy z klientami jękającymi się, gdyż „jękanie jest jednym z najmniej rozumianych zaburzeń komunikacyjnych” (Sommers, Caruso, 1995). Obserwacja, że jękanie jest „rzadkie” i „nie zasługuje na poczesne miejsce w programie nauczania i szkoleniu logopedów”, została zgłoszona przez Yarusę i Qesalę (2002). Jednakże szeroko zakrojone międzynarodowe badania (zob. Leahy i in., 2004) potwierdziły, że na każdym roku studiów niewielka liczba studentów wykazuje szczególne zainteresowanie jękaniem i płynnością mowy.

Jękanie jest zaburzeniem, które logopedzi poddają oddziaływaniom o charakterze terapeutycznym. Z oglądu typowych obowiązków tych specjalistów dokonanego przez ASHA¹ (2001) w ramach badania Omnibus Survey (Bernstein Ratner, Tetnowski, 2006) rozciągającego się na wszystkie środowiska na obszarze całych Stanów Zjednoczonych wynika, że aż 65% klientów logopedów to osoby z niepełnością mowy (45% przypadków obejmuje problemy z głosem, a 25% afazję). W środowi-

¹ Organizacja zrzeszająca amerykańskich logopedów i audiologów – American Speech-Language-Hearing Association.



sku szkolnym klienci z niepełnością mowy stanowią z kolei 78%. Na tle całkowitej liczby jednostek konsultowanych z powodu poszczególnych zaburzeń jękanie lokuje się jednakże najniżej z wszystkich przypadłości, na poziomie 2,4%. Prowadzi to autorów do następującej konkluzji: „efektywne prowadzenie terapii jękania nie jest umiejętnością, którą można rozwinąć w trakcie pracy”, gdyż ogólna liczba przypadków przypadająca na logopedę jest niewielka, co pozostawia niewiele możliwości (samo)doskonalenia (Bernstein Ratner, Tetnowski, 2006). Powstaje także pytanie, jak logopedzi mogą stać się efektywnymi terapeutami i które czynniki przyczyniająca się do ich rozwoju.

Aspektem mogącym rzucić nieco światła na omawiany problem jest zwrócenie uwagi na to, jak odnoszący sukcesy logopedzi pomagają swoim klientom i w jakim stopniu klienci są zadowoleni z przebytej terapii. Keilmann, Braun i Napiontek (2004) analizowali arkusze oceny wypełnione przez rodziców, których dzieci uczestniczyły w terapii, oraz arkusze wypełnione przez jej animatorów. Ustalili oni, że większość rodziców jest bardzo zadowolona z wyników terapii mowy, profesjonalnej wiedzy logopedycznej i typu dobranej terapii, a indywidualny styl terapeutyczny logopedy wynika częściowo z jego doświadczenia zawodowego. Rodzice, których dzieci uczęszczały na terapię częściej i przez dłuższy czas, zgłaszali większe zadowolenie niż rodzice dzieci uczęszczających rzadziej. Logopedzi byli natomiast zadowoleni z działania rodziców przewidzianego przez kontrakt terapeutyczny. Referowane wyniki zostały potwierdzone w późniejszym badaniu usług logopedycznych; oto jego wyniki: ok. 60% rodziców było (bardzo) zadowolonych, podczas gdy 27% było niezadowolonych z terapii swoich dzieci (Ruggero i in., 2012). Wśród czynników przyczyniających się do niezadowolenia, wymienionych przez rodziców, znalazły się: niewystarczająco zindywidualizowane usługi; niewzięcie pod uwagę perspektywy rodziców w procesie decyzyjnym związanym z programowaniem terapii; brak pełnego zaangażowania logopedy w sprawy rodziny; brak szczerości w relacji klient–terapeuta lub na poziomie przymierza terapeutycznego.

Jak odkryła Salvo (2016), koncentrując się szczególnie na zaburzeniach płynności mowy, większość (80%) klientów, dzieci i nastolatków, a także ich rodziców różne aspekty terapii upłynniania mowy oceniało jako „bardzo pozytywne” (np. na cztero- lub pięciostopniowej skali Likerta). Klienci pozostający w terapii przez okres dłuższy niż pięć lat prezentowali szerszy zakres wyników. Salvo doszła do wniosku, że chcąc zapewnić efektywną terapię, logopeda powinien rozważyć różne oczekiwania jej dotyczące – zarówno ze strony klientów, jak i ich rodziców; powinien wreszcie zastanowić się nad tym, jak te oczekiwania wpłyną na proces terapeutyczny (por. jego przebieg i inne komponenty: wyznaczanie celu, interpretację postępu czy edukację). Z tym stanowiskiem zgadza się Yaruss (2003). Autor przyznaje, że dostosowywanie terapii do czyichś potrzeb jest jednym z największych wyzwań stojących

przed specjalistą zajmującym się jękaniem, ale to ważny krok na drodze do satysfakcji klienta. Terapia „w jednym rozmiarze” nie pasuje do wszystkich i dlatego logopedzi powinni nieprzerwanie oceniać efekty swojej interwencji, aby się upewnić, że to, co proponują, jest jednocześnie efektywne i rzeczywiście pomaga klientom rozwijać ich umiejętności komunikacyjne. Konieczna jest tu też świadomość, że satysfakcja z terapii, szczególnie w przypadku dorosłych osób jękających się, jest związana z poziomem porozumienia, wspólnym podejmowaniem decyzji i jakością przymierza terapeutycznego. Jak udowodniła Croft (2018), podczas gdy logopedzi łączą przymierze terapeutyczne z efektywnością terapii i postępami klienta, klienci kojarzą je najbardziej z satysfakcją z wyników terapii.

Terapia i efektywność terapeuty

Większość czytelników niewątpliwie zgodziłaby się z tym, że efektywność terapii (i terapeuty) to większa satysfakcja klienta z jej wyników. Już w latach 80. i 90. XX wieku różni autorzy szczegółowo omówili skuteczność interwencji terapeutycznych w jękaniu (np. Andrews i in., 1980; Bloodstein, 1995; Conture, 1996). Bloodstein (1995; zob. też Bloodstein, Bernstein Ratner, 2008) omawiał np. dwa pozornie sprzeczne wrażenia z tym problemem się wiążące. Z jednej strony jękanie jest bowiem trudnym zaburzeniem (szczególnie w przypadku dorosłych), z drugiej – w pracy z osobami jękającymi się mogą zostać zastosowane różne formy terapii. W oparciu o przeprowadzone przez Bloodsteina analizy ponad stu wyników terapii można by wnioskować, że znaczną poprawę (por. 60–80% przypadków) przynosi prawie każdy rodzaj interwencji terapeutycznych. Przywołajmy jeszcze cytát: „terapia sama w sobie – obok tego, co realizujemy w jej procesie – ma znaczny potencjał powodowania zmian” (Bloodstein, 1995, 439). Ważnym zastrzeżeniem, o którym w tym kontekście trzeba wspomnieć, jest jednak znaczna różnica dotycząca dyscypliny postępowania poznawczego, zastosowanej metodologii i terminologii. Ponadto kilka badań nie udokumentowało postępów klienta poza poradnią oraz tego, czy korzyści z terapii były długoterminowe. Bloodstein opisał zatem różne charakterystyczne elementy, które należy wziąć pod uwagę, zanim uznamy, że terapia zakończyła się sukcesem (w tym np. zastosowanie obiektywnych narzędzi pomiaru zachowań komunikacyjnych, wystarczająco liczne grupy uczestników, powtarzane ewaluacje – również po zakończeniu właściwej terapii, długoterminowe monitorowanie, ocenę wpływu lęków jednostki, antycypację i postrzeganie siebie przez osobę jękającą się). Conture (1996) dodaje, że nie wszyscy zgodzą się co do tego, jak mierzyć sukces terapii; oparta na konsensusie definicja efektywności terapii jękania powinna zawierać połączenie narzędzi pomiaru niezależnych od jednostki (np. częstotliwość i czas

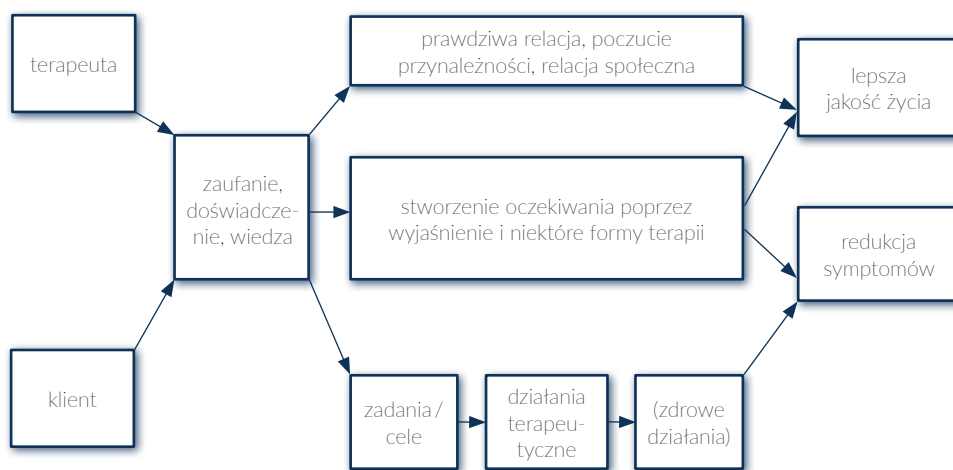


trwania momentów jąkania) oraz zależnych (np. pewność siebie klienta w różnych sytuacjach komunikacyjnych), odnoszących się do zmian w mowie klienta, jego uczuciach i postawach czy chęci angażowania się w różne sytuacje komunikacyjne. Jeżeli obecnie, pomimo ugruntowanych już racjonalnych podstaw, nadal pojawiają się publikacje uwypuklające ograniczone spektrum efektów terapii (np. kwestię procentu zająkniętych sylab), należy przynajmniej zapytać, dlaczego tak się dzieje, i zinterpretować to z właściwą ostrożnością. Najnowsze badania skuteczności interwencji terapeutycznych obejmują szerszy zakres zmiennych (np. De Sonnevill-Koedoot i in., 2015; Euler i in., 2014; Nye i in., 2013).

Dociekania skupione na wynikach terapii niepełności mowy – zarówno u dzieci, jak i u dorosłych – zdają się potwierdzać tezę, że terapia jąkania jest ogólnie skuteczna, choć nie przekonują, że jedno podejście ma lepsze wyniki niż inne (De Sonnevill-Koedoot i in., 2015; Herder i in., 2006). W literaturze psychologicznej zjawisko to określa się mianem efektu ptaka dodo (np. Tallman, Bohart, 2004). Jak ustalono, uczestnictwo w terapii jest lepsze niż jego brak, nie znaleziono jednak prawie żadnych różnic pomiędzy poszczególnymi podejściami. Doprowadziło to niektórych autorów do wniosku, że za podobne wyniki terapii odpowiada raczej podobieństwa pomiędzy poszczególnymi odmianami interwencji, a nie różnice (np. Asay, Lambert, 2004; Wampold, Imel, 2015). Podobieństwa dotyczą charakterystyki klienta i środowiska, interakcji klient-terapeuta, przymierza terapeutycznego, oczekiwań klienta i terapeuty co do zmiany. Zmienne te, połączone ze szczególną formą terapii, nazywane są *czynnikiemami wspólnymi* (Zebrowski, 2007). Zebrowski i Arenas (2011) udokumentowali dowody na to, że wymienione czynniki mogą zostać zastosowane w odniesieniu do terapii mowy, a w szczególności do terapii jąkania. Z kolei Plexico, Manning i DiLollo (2010) badali komponenty uobecniające się w udanych lub nieudanych interakcjach pomiędzy klientem a terapeutą w grupie liczącej 28 jąkających się osób. W przypadku tych pierwszych (udanych) interakcji ważne okazywało się zrozumienie doświadczenia jąkania, rozwijanie pozytywnego sojuszu terapeutycznego i posiadanie obszernej wiedzy z zakresu jąkania oraz jego terapii.

Odnotowane tu spostrzeżenia przyczyniły się do odejścia od modelu medycznego na rzecz modelu czynników wspólnych (Wampold, 2010). W perspektywie modelu medycznego na zmianę wpływają określone środki/techniki terapeutyczne. Model czynników wspólnych podkreśla znaczenie oddziaływań na linii klient-terapeuta, koncentruje się na terapeutce, kliencie i strukturze prowadzonej terapii, podczas gdy specyficzne składniki różnych jej odmian są relatywnie nieistotne. Niedawne odkrycia Donaghy i in. (2020) wskazują, że komentarze werbalne rodziców, uważane dotychczas za aktywne czynniki w *Programie Lidcombe* dla jąkających się dzieci w wieku przedszkolnym, najprawdopodobniej nie odpowiadają za wyniki terapii,

co wydaje się przyporządkowywać je do modelu czynników wspólnych. Niedawno stworzono również model kontekstualny (zob. rys. 1), w którym zmiana kliniczna przedstawiana jest w odniesieniu do czynników relacyjnych; czynniki wspólne (budowanie relacji, kreowanie oczekiwań) integruje się tu z czynnikami szczególnymi (np. określone cele terapii i działania terapeutyczne) (Budge, Wampold, 2015; Wampold, Imel, 2015).



Rysunek 1. Kontekstualny model zmiany. Źródło: przedruk z Wampold, Imel, 2015.

Mimo rozpatrywania i porównywania efektywności podejść terapeutycznych związanych z niepełnością tematem znacznie rzadziej rozważanym (albo wręcz pomijanym) w dziedzinie patologii mowy, a ściślej: bardziej specyficznych zaburzeń jej płynności, jest kwestia skuteczności poszczególnych logopedów (Eggers, 2018). Terapeuci stosujący te same podejścia do terapii niekoniecznie muszą odnosić jednokowe sukcesy. Badania w dziedzinie psychoterapii (np. Miller i in., 2007; Miller i in., 2013) uświadomiły, że na tym polu dostrzec można znaczne różnice: najefektywniejsi terapeuci (i ich klienci) osiągnęli średnio o 50% lepsze wyniki, notowali też mniejszą niż przeciętnie liczbę osób odchodzących z terapii (wyniki tej grupy równoważą się z wynikami terapeutów, którzy nie osiągnęli prawie żadnej zmiany). Wydaje się logiczne, że eksperci programujący terapie, chcąc prześledzić ich efektywność, zwrócą się prawdopodobnie do terapeutów z najlepszymi umiejętnościami terapeutycznymi. Otwarte pozostaje zatem pytanie, w jakim stopniu te odkrycia mogą być uogólnione i jak logopedzi mogą skuteczniej pomagać osobom jękającym się. Podczas gdy jedni będą argumentować, że można to osiągnąć, dużo praktykując, doskonaląc z czasem swoje umiejętności (podobnie jak np. sportowcy i muzycy), inni się z tym nie zgodzą (Rousmaniere i in., 2017). Biegłość specjalisty w udzielaniu pomocy klientowi nieko-



niecznie rozwija się z czasem i doświadczeniem (Tracey i in., 2015; Tracey i in., 2014). Co więcej, efektywność niektórych terapeutów spada nieco wówczas, gdy nabierają oni więcej doświadczenia (Goldberg i in., 2016). Innymi słowy: wzmiankowane przymioty niekoniecznie charakteryzują efektywną praktykę, w tym logopedę.

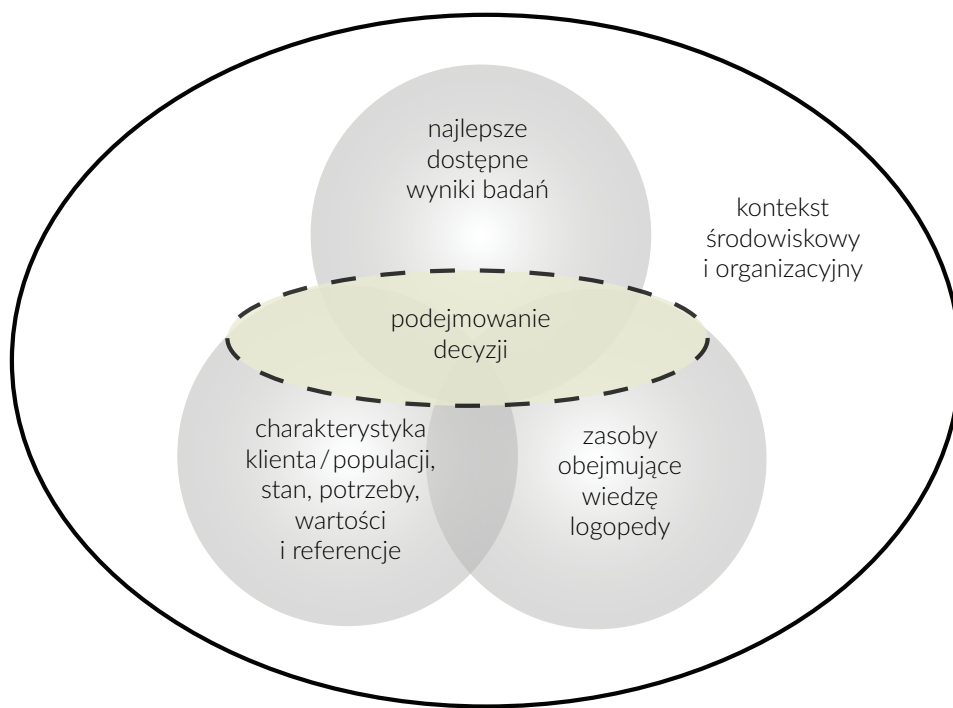
Stawanie się krytycznym terapeutą

Jedną z głównych strategii udoskonalania efektywności terapeutycznej wydaje się obecnie upowszechnianie tych podejść do terapii, które są zakorzenione w dowodach naukowych, i ich trening. Terapia oparta na dowodach nie jest przy tym podobna do praktyki opartej na dowodach. Praktyka oparta na dowodach (ang. *Evidence-based practice* – EBP), wywodząca się z medycyny opartej na dowodach (Sackett i in., 1996), polega na zintegrowaniu najlepszych dostępnych wyników badań naukowych z wiedzą praktyczną i wartościami klienta w celu podjęcia świadomej decyzji dotyczącej przypadków klinicznych. W zrewidowanym przez Satterfielda i in. (2009) modelu praktyki opartej na dowodach akcentuje się znaczenie wspólnego podejmowania decyzji, a model umieszcza w kontekście środowiskowym i organizacyjnym (zob. rys. 2). Środowisko jest ważnym czynnikiem (więc należy go rozważyć), ponieważ może ono ograniczać akceptowalność i wykonalność interwencji.

Za terapie oparte na dowodach (ang. *Evidence-based treatments* – EBT) uznaje się terapie, które zostały opisane, a wcześniej zweryfikowane pod kątem skuteczności oraz efektywności przy użyciu (możliwie ograniczonego) zestawu kryteriów. W interwencjach zogniskowanych na jąkaniu terapie te obejmują podejście oparte na modelu wymagań i możliwości (DCM) i *Program Lidcombe* (np. De Sonnevile-Koedoot i in., 2015). Odnoszą się one do „najlepszych z dostępnych dowodów” na rysunku 2, ale niekoniecznie obejmują dwa pozostałe komponenty.

W EBP podkreśla się znaczenie różnych procesów możliwych do zastosowania przez logopedów w celu zintegrowania wiedzy profesjonalisty z preferencjami klienta; EBT wyróżnia terapie efektywne w określonych warunkach. Ponieważ jednak listy EBT nie dostarczają wystarczającej liczby dowodów obejmującej wszystkie zagadnienia interwencji logopedycznej, Litell (2014) podkreśla rolę krytycznego myślenia. Twierdzi ona, że logopedzi muszą ocenić, jak wiarygodne są dowody w odniesieniu do konkretnych preferencji, potrzeb, wartości, okoliczności i, przede wszystkim, reakcji klientów.

Ruch EBT zapoczątkował powstawanie na świecie różnych wytycznych w zakresie oceny i terapii jąkania (np. Neumann i in., 2016; Pertjjs i in., 2014). Wytyczne te stanowią cenne źródło informacji dla terapeutów, którym trudno byłoby osobiście dotrzeć do wszystkich rozproszonych wiadomości na ten temat, pomagają również



Rysunek 2. Poprawiony model praktyki opartej na dowodach. Na podstawie: Satterfield i in., 2009.

poprawić standardy opieki nad osobami jękającymi się. Należy być jednak uważnym. Chodzi o to, by ustalone wcześniej algorytmy i wytyczne nie zniechęciły nas do samodzielnego myślenia ani nie ograniczyły naszej kreatywności (Groopman, 2007). Powinny one być stosowane jako zewnętrzne źródła wiedzy wspomagające specjalistów, a nie zastępujące ich indywidualne kompetencje (Masic i in., 2008).

Trening terapeutów w rozwijaniu krytycznego myślenia jest fundamentem stawania się efektywnym specjalistą. Kluczowe dla optymalnego procesu podejmowania decyzji jest poza tym uwzględnianie najlepszych dowodów naukowych, kompetencji terapeuty i preferencji klienta. Finn, Brundage i DiLollo (2016) przedstawiają trzy główne komponenty krytycznego myślenia: a) umiejętności krytycznego myślenia (w skład których wchodzi interpretacja, ewaluacja i metapoznanie); b) predyspozycje intelektualne lub, innymi słowy, skłonność danej osoby do myślenia/działania w określony sposób; c) świadomość istnienia zniekształceń poznawczych i błędów myślowych. Autorzy przedstawiają ponadto różne ujęcia instruktażowe przydatne do nauczania i rozwijania krytycznego myślenia.

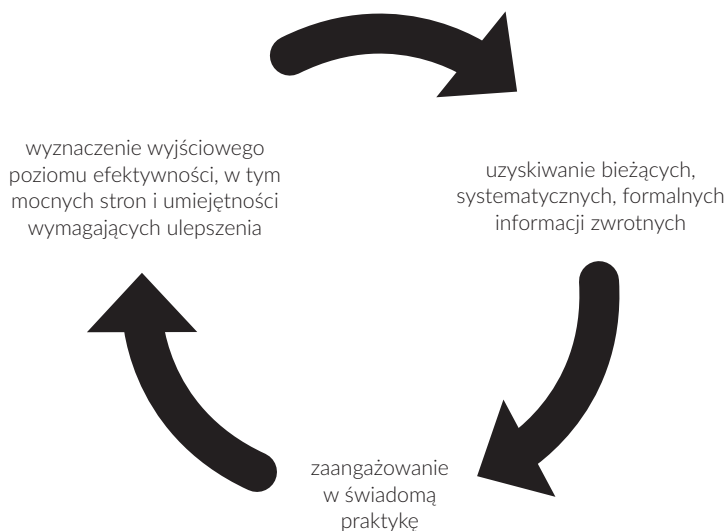


Stawanie się efektywnym terapeutą

Manning 1. rozdział swojej pracy rozpoczyna od stwierdzenia: „kompetencje logopedy są centralnym czynnikiem wpływającym na sukces każdego podejścia terapeutycznego” (2010, 1; zob. też Manning, DiLollo, 2017). Cytowany autor oglądowi poddaje różne cechy osobowości, postawy i umiejętności pożądane u logopedy, umożliwiające przeprowadzenie klienta przez proces zmiany. Wśród umiejętności wylicza on unikanie dogmatycznych decyzji, poszerzanie swojej wizji terapii, nawiązywanie dobrego kontaktu z klientami, stawianie im wyzwań, modelowanie podejmowania ryzyka i stosowanie humoru. Efektywnym logopedom udaje się łatwiej motywować klientów (poprzez dobranie odpowiednich strategii terapeutycznych) i skuteczniej prowadzić ich ścieżką terapii. Shapiro (2011) zgadza się z tym stanowiskiem. Píše m.in.: „logopeda i relacja interpersonalna to jedne z najważniejszych czynników wpływających na wyniki terapii (a nawet je prognozujących)” (s. 450). Shapiro koncentruje się na takich przymiotach efektywnego logopedy, jak empatia, ciepłe podejście, autentyczność, magnetyzm osobisty, zdolność do konstruktywnego spierania się, realistyczny optymizm (por. płaszczyzny: intrapersonalną i interpersonalną).

Przez lata promowano rozmaite strategie zwiększania efektywności/profesjonalizmu logopedy: od omówionego wcześniej treningu terapii opartej na dowodach po supervizję, kontynuowanie edukacji, używanie systemów informacji zwrotnej przy jednoczesnym monitorowaniu postępów w terapii klienta i osiągniętych przez niego wyników. W oparciu o badania związane z uzyskiwaniem biegłości w różnych dziedzinach Miller i in. (2007), tworząc „cykl doskonalenia” (zob. rys. 3), zidentyfikowali trzy połączone ze sobą komponenty, których celem jest optymalizacja pracy logopedy. Uwzględnione komponenty to: a) określenie wyjściowego poziomu efektywności, w tym mocnych stron i umiejętności wymagających dalszego rozwijania; b) systematyczne i ciągłe uzyskiwanie formalnych informacji zwrotnych; c) zaangażowanie się w świadomą praktykę (Rousmaniere i in., 2017).

Wielu logopedów nie dysponuje klarownymi informacjami dotyczącymi swojej pracy i/lub współczynnika sukcesu osiąganego w terapii; ze względu na to przedstawicielom tej specjalności brakuje punktu odniesienia wyznaczającego kierunek ich doskonalenia zawodowego. Duncan (2012) opracował system pod nazwą *Partnerzy dla systemu zarządzania zmianami* (ang. *the Partners for Change Outcome Management System*; PCOMS). Zawiera on krótkie kwestionariusze dla klienta przygotowane z myślą o monitorowaniu wyników – *Skalę oceny wyników* (ang. *Outcome Rating Scales*; ORS) i *Skalę oceny sesji* (ang. *Session Rating Scales*; SRS). Klienci otrzymują je na początku każdej sesji, dostarczają one również informacji o tym, co działo się między sesjami. Chociaż kwestionariusze zostały opracowane dla różnych dyscyplin, nie koncentrują się na tematyce jąkania. Mimo to mogą one



Rysunek 3. Cykl doskonalenia. Zaadaptowane z: Rousmaniere i in., 2017.

zostać „przetłumaczone” na język odnoszący się do niepełności mowy, można je ponadto wykorzystać do tworzenia własnych skal ocen klienta, obejmujących elementy związane z relacją klienta z logopedą/przymierzem terapeutycznym (np. *Czułem się wysłuchany, zrozumiany i szanowany*), celami i tematami (np. *Pracowaliśmy i rozmawialiśmy o tym, nad czym chciałem pracować i o czym chciałem rozmawiać*), podejściem i metodami (np. *Podejście terapeuty mi odpowiada*), a także kwestie ogólne (np. *Dzisiejsza sesja była dla mnie dobra versus W dzisiejszej sesji czegoś mi brakowało*). Inne umiejętności, które należałoby udoskonalić, powinny zostać zidentyfikowane przez superwizora lub coacha. Powinno to być połączone ze stałym udzielaniem istotnych i natychmiastowych informacji zwrotnych, tych zaś mogą udzielić bezpośrednio starsi, doświadczeni coachowie/superwizorzy w formie wypełnionych kwestionariuszy (por. uwagi lokalnego superwizora/mentora, np. na temat interakcji z klientem i pracy terapeutycznej). Chociaż informacje zwrotne są ważne, same nie przynoszą jednak korzyści. Znaczącym krokiem będzie dopiero krytyczna autorefleksja nad słabymi stronami logopedy, przyjmowanie rad od uznanych ekspertów, a następnie rozwijanie i wcielanie w życie planu samodoskonalenia (Rousmaniere i in., 2017). Proces ów, zorientowany na zrutyinizowanie i zautomatyzowanie określonych umiejętności, obejmuje jeszcze oglądanie nagrań z sesji terapeutycznych z komentarzami eksperta, odgrywanie ról itd.

Wampold (2017) sugeruje, że specyficzne umiejętności ukazane w modelu kontekstualnym (zob. rys. 1) warto uczynić przedmiotem świadomej praktyki, ponieważ doprowadzą one do lepszych wyników oddziaływań terapeutycznych. Należy więc



skoncentrować się np. na zdolności budowania sojuszu z różnymi klientami, dostarczaniu przejrzystego uzasadnienia wyboru danej terapii, umiejętności wspólnego podejmowania decyzji co do celów terapii klienta czy wyjaśniania mu, jak określone działania przyczyniają się do wyników interwencji terapeutycznej. Cechy efektywnego terapeuty, które powinno się uwzględniać i rozwijać, to z kolei: płynność werbalna, ciepło i empatia, zdolność wyrażania emocji oraz przekonywania, ufność, łatwość budowania sojuszy, umiejętność skupienia się na problemie, zapewnienie „przekonującej terapii” i profesjonalna pokora.

Trening nowej generacji specjalistów w dziedzinie płynności mowy

Shapiro (2011) opisuje, w jaki sposób fachowe przygotowanie terapeutów pracujących z osobami jękającymi się powinno być powiązane z procesami akademickimi, klinicznymi i nadzorem, by wywierać wpływ na afektywną, behawioralną i poznawczą wiedzę przyszłych logopedów. Proces nadzoru obejmuje analizę różnych interakcji (np. interakcji klient–logopeda, supervizor–supervizor), analizę niewerbalnej komunikacji terapeuty i indywidualnie zaprogramowanych procedur – choć nie tylko do tego się ogranicza. Ponadto profesjonalne kompetencje są czymś, co musi być rozwijane przez kształcenie ustawiczne i uczenie się przez całe życie.

Specjalnie opracowanym programem szkolenia specjalistów zaburzeń płynności mowy, spełniającym dyskusowane wyżej zasady, jest Europejska Kliniczna Specjalizacja Zaburzeń Płynności Mowy (ang. the European Clinical Specialization on Fluency Disorders; ECSF²). Ten roczny kurs specjalizacyjny to zaawansowane szkolenie zawodowe, dostępne dla uczestników z UE i spoza UE. Jego uczestnikami mogą być logopedzi, którzy ukończyli już programy kwalifikujące obejmujące interwencje w ww. zaburzeniach.

Kiedy rozwijano ten program, kurs specjalizacyjny musiał spełniać następujące wymagania: a) stworzenie optymalnych warunków uczenia się dla uczestników pragnących zostać bardziej efektywnymi logopedami; b) kompatybilność z bieżącym obciążeniem zawodowym praktykującego logopedy; c) efektywność kosztowa; d) optymalna rekrutacja studentów (Eggers, Leahy, 2011). W program wpisane są wykłady i praca własna studentów, nadzorowana praktyka kliniczna i ewaluacja uzyskanych kompetencji. Po uważnym rozpatrzeniu różnych scenariuszy konsorcjum odpowiadające za projekt wybrało model nauczania (zob. rys. 4), w którym moduły są realizowane w ciągu dwóch intensywnych tygodni (we wrześniu i w lutym) zgodnie z harmonogramem roku akademickiego. Nauczanie połączone jest z min. czterema sesjami kontrolnymi zapewnianymi przez coachów ECFS, będą-

² Zob. www.ecsf.eu.

cych partnerami konsorcjum. Integralną część tego efektywnego procesu nauczania stanowią lektury i prace domowe oraz dostęp do platformy e-learningowej. Specjalistyczny trening kliniczny odbywa się w kraju danego uczestnika przy superwizji zewnętrznego mentora (zaaprobowanego przez ECSF starszego specjalisty w dziedzinie zaburzeń płynności mowy) i może się rozpocząć po pierwszym tygodniu intensywnego nauczania. Ewaluacja oparta jest na ocenie ciągłej, portfolio kursanta/studenta, indywidualnych momentach ewaluacji, włączając w to prezentację studium przypadku. Portfolio przygotowywane przez cały rok obejmuje gruntowny przegląd procesu specjalizacyjnego, w tym prace pisemne zawierające autorefleksje uczestnika dotyczące pracy klinicznej i raporty z realizacji różnych zadań (ćwiczeń analitycznych w zakresie oceny i terapii). Szczegółowo zostało ono przedstawione poniżej.

Przegląd programu ECSF			
faza	komponenty	miejsce odbywania zajęć	
faza 0	Zapisy studentów, ewaluacja wiedzy poprzez test wielokrotnego wyboru oraz zalecaną literaturę	kraj pochodzenia uczestnika	
faza 1	Przygotowująca lektura i zadania domowe przed intensywnym tygodniem 2.		
	Intensywny tydzień 1. (wrzesień): kombinacja wykładów, warsztatów, odgrywania ról, prezentacji przypadków, dyskusji	za granicą	
faza 2	Zadania domowe: lektura teoretyczna, raportowanie, praca grupowa	Praktyka logopedyczna 1	kraj pochodzenia uczestnika
	Coaching 1 i 2: krytyczna refleksja nt. wymaganych kompetencji		
faza 3	Przygotowująca lektura i zadania domowe przed intensywnym tygodniem 2.		
	Intensywny tydzień 2.: kombinacja wykładów, warsztatów, odgrywania ról, prezentacji przypadków, dyskusji	Belgia	
faza 4	Zadania domowe: lektura teoretyczna, raportowanie, praca grupowa	Praktyka logopedyczna 2	kraj pochodzenia uczestnika
	Coaching 3 i 4: krytyczna refleksja nt. wymaganych kompetencji		
faza 5	Prezentacja przypadku, ewaluacja portfolio (maj/czerwiec) Drugi termin (sierpień/wrzesień)		

Rysunek 4. Przegląd programu Europejskiej Klinicznej Specjalizacji Zaburzeń Płynności Mowy.



Omawiany program nauczania składa się z dwóch głównych komponentów: wiedzy teoretycznej i umiejętności terapeutycznych, jak również specjalistycznego szkolenia klinicznego i portfolio. Pierwszy komponent rozpada się na 3 moduły zawierające: a) fenomenologię (por. też zmienne wywołujące i podtrzymujące jąkanie); b) ocenę, ewaluację i diagnozę; c) interwencję. Moduł wymieniony w podpunkcie a) dostarcza gruntownego i krytycznego przeglądu fenomenologii zaburzeń płynności. Logopeda ma szansę na dogłębne zrozumienie czynników obecnych w etiologii, rozwoju i utrzymywaniu się jąkania. Tego rodzaju wiedza jest bardzo dynamiczna i konieczne jest jej ciągłe uaktualnianie, moduł zaopatruje zaś logopedów w narzędzia i strategie (badawcze) potrzebne do zawodowego i naukowego rozwoju. Celem modułu oceny, ewaluacji i diagnozy jest umożliwienie uzyskania szczegółowych informacji teoretycznych o różnych elementach i procesach diagnostycznych. Moduł interwencji ma natomiast za zadanie wspomóc uczestników kursu w zdobywaniu wiedzy i rozwijaniu krytycznego podejścia do aspektów czy elementów terapii płynności mowy z odmiennych perspektyw. W konsekwencji kursanci/studenci muszą podejmować krytyczne decyzje odnoszące się do interwencji i formułować oparty na dowodach dynamiczny program dostosowany do potrzeb indywidualnego klienta. Nacisk kładzie się tu na refleksję, co ma zapewnić klientowi jak najlepszą formę terapii.

Na drugi z kluczowych komponentów, czyli trening logopedyczny, składa się 120 godzin stażu pod nadzorem superwizora, który można przeprowadzić w poradni kursanta/studenta lub mentora. Zewnętrzni mentorzy, mający aprobatę ECSF, są doświadczonymi specjalistami i coachami (a jednocześnie partnerami konsorcjum) i uważnie kierują uczestnikami kursu. Rolą zewnętrznego mentora jest zapewnienie studentowi odpowiedniego wsparcia, aby mógł on osiągnąć wgląd, podjąć krytyczną refleksję dotyczącą jakości swojej praktyki, a także odkryć związek między osobistymi oraz profesjonalnymi wartościami, standardami i zachowaniami.

Gdy w kraju studenta mającego już doświadczenie w pracy z osobami jękającymi się brakuje doświadczonych logopedów (ekspertów) mogących koordynować jego aktywności, mentoring zasadniczo nie znajdzie zastosowania. W takim wypadku alternatywą jest monitorowanie poczynań kursanta przez innego logopedę. Dodajmy, że rolą coacha ECSF jest nadzorowanie procesu uczenia, zachęcanie uczestników do rozwijania umiejętności autorefleksji, ocena portfolio itd. Jeśli w kraju uczestnika nie ma osoby mającej status coacha ECSF, sesje mogą odbywać się np. w formie dyskusji online albo konferencji przy zastosowaniu aplikacji Zoom.

Wyniki kursu definiowane są zarówno w kategoriach kompetencji związanych z profilaktyką, oceną i interwencją, jak i wiedzy oraz umiejętności odnoszących się do fenomenologii, zmiennych dotyczących przyczyn i utrzymywania się jąkania, oceny, ewaluacji i diagnozy oraz interwencji. Integralną częścią rozwoju kompetencji, a także utrzymania tego standardu są profesjonalne postawy odzwier-

ciędlące względy etyczne w relacjach klinicznych i programowanie jak najlepszej pracy terapeutycznej.

Aby zwrócić uwagę na przyswojone kompetencje, przed ewaluacją końcową uczestnicy kursu przygotowują portfolio. Portfolio zawiera: a) całościowy przegląd procesu specjalizacji; b) studia przypadków z dodatkowymi materiałami (formularze, kwestionariusze, raport z terapii, nagrania wideo); c) pisemne raporty z zadań do refleksji; d) raporty mentora; e) raporty oceny ciągłej. Będąc narzędziem finalnej ewaluacji studenta, portfolio daje jednocześnie asumpt do podjęcia odpowiedzialności za proces uczenia się i zademonstrowania postępu, a także do przejęcia kontroli nad uczeniem się przez refleksję, planowanie i wprowadzanie planów w życie.

Zapewnienie jakości programu ECSF jest możliwe dzięki wewnętrznym i zewnętrznym procesom oceny (Leahy i in., 2014). Po raz pierwszy dokonali jej w 2009 r. uczestnicy kursu, Komisja Europejska i starszy specjalista ds. płynności mowy ASHA. Uczestników poproszono o zaopiniowanie ogólnego formatu sesji, praktyczności i użyteczności przedstawionych im informacji oraz umiejętności prezentacyjnych wykładowców. Zostali również poproszeni o ogólną ocenę kursu w skali od 1 do 5. Uzyskane oceny były dobre lub bardzo dobre. Komisarz UE określił kurs jako „bardzo dobrze wykonany i zarządzany projekt, w którym wszystkie założone cele zostały zrealizowane”. Starszy specjalista ds. płynności mowy ASHA chwalił zaś odpowiednie podejście pedagogiczne, stwierdzając: „To po prostu cud – ten poziom organizacji, treści i zaangażowania włożonego w projekt”. Niedawna ewaluacja (dokonana przez jedną trzecią uczestników kursu w 2018 roku) (Eggers i in., 2018) wykazała, że praca mentorów, coachów i wykładowców została uznana za najlepsze elementy tej inicjatywy. Udział w kursie miał duże znaczenie dla rozwoju kariery wielu osób. Absolwenci wskazywali również, że oprócz poszerzenia zasobu informacji, stali się bardziej pewni siebie i doświadczeni w terapii klientów z niepełnością mowy, a ponadto bardziej wprawni w krytycznym myśleniu.

Program ECSF (organizowany obecnie przez konsorcjum 15 uniwersytetów, kolegiów, ośrodków doskonalenia z dziesięciu krajów UE i spoza UE) zapewnia wiedzę specjalistyczną i umiejętności uznawane przez lokalne instytucje zawodowe za ważne kryteria prowadzące do specjalizacji logopedycznej. ECSF to dobrze zaprojektowana kombinacja wykładów, praktyki logopedycznej i prac domowych. Przez 13 lat w corocznych kursach z nim połączonych wzięło udział ponad 250 osób z 32 krajów.

Absolwenci programu ECSF mogą pogłębiać specjalizację, rejestrując się wśród Europejskich Specjalistów Zaburzeń Płynności Mowy (ang. the European Fluency Specialists – EFS³). Proces uzyskania tytułu Europejskiego Specjalisty Zaburzeń Płynności Mowy obejmuje udokumentowanie dodatkowych 80 godzin praktyki lo-

³ Zob. www.europeanfluencyspecialists.eu.



gopedycznej i/lub działalności akademickiej, 35 godzin ustawicznego szkolenia zawodowego oraz 10 godzin w grupach dyskusyjnych w ciągu trzech lat (Eggers i in., 2019). W celu utrzymania najwyższych standardów w pracy z jąkaniem i nauczania/kształcenia studentów proces certyfikacji należy co trzy lata powtórzyć.

Konkluzja i prognozy na przyszłość

Po to, aby zostać efektywnym terapeutą w dziedzinie zaburzeń płynności mowy, logopeda powinien uzyskać więcej specjalistycznej wiedzy i umiejętności, np. dzięki podyplomowemu programowi specjalizacyjnemu – jak ten przedstawiony w niniejszym rozdziale. Pozwoli to na znaczący komfort pracy z klientami doświadczającymi ww. zaburzenia. Ale to nie wszystko. Logopedzi muszą rozwijać umiejętności krytycznego myślenia i doskonalić swoje kompetencje interpersonalne, co można osiągnąć poprzez rozmaite podejścia instruktazowe, takie jak np. świadoma praktyka. Dodatkowych wiadomości istotnych w kontekście efektywności tak sprofilowanych interwencji logopedycznych oraz ich aktywnych czynników dostarczą obecne i przyszłe badania naukowe.

Pytania kontrolne

1. Które z poniższych zdań dotyczących satysfakcji logopedy z pomocy niesionej klientowi są poprawne?
 - a) Rodzice większości klientów byli bardzo usatysfakcjonowani z wyników terapii mowy.
 - b) Czynniki przyczyniające się do niezadowolenia to brak zaangażowania terapeuty w relację z rodziną i brak szczerości w przymierzu terapeutycznym.
 - c) Tylko 50% klientów, dzieci i nastolatków oraz ich rodziców oceniło wyniki terapii jako „bardzo pozytywne”.
 - d) Klienci wiążą przymierze terapeutyczne z efektywnością terapii i postępem, logopedzi widzą zaś największy związek przymierza terapeutycznego z satysfakcją z wyników.
 2. Które z następujących zdań odnoszących się do efektywności terapii są poprawne?
 - a) Najnowsze badania naukowe w dziedzinie efektywności terapii jąkania odzworowują odkrycia Bloodsteina (wydaje się, że efektywnych jest ok. 50% terapii).
-

- b) Efekt ptaka dodo dotyczy tego, że efekty terapii wynikają głównie z różnic pomiędzy terapiami.
 - c) Różni terapeuci stosujący to samo podejście mogą być niejednakowo efektywni w uzyskiwaniu lepszych wyników klienta.
 - d) Model czynników wspólnych kładzie nacisk na różne techniki terapii jako aktywne czynniki terapeutyczne.
3. Które z następujących twierdzeń na temat „cyklu doskonalenia” mającego na celu zwiększenie efektywności terapeuty jest poprawne?
- a) Doskonaleniu sprzyjają terapie oparte na dowodach, superwizja logopedyczna i edukacja ustawiczna.
 - b) Doskonalenie składa się z 3 niezależnych czynników.
 - c) Doskonalenie obejmuje wyznaczenie efektywności wyjściowej, udzielanie systematycznych formalnych informacji zwrotnych i świadomą praktykę.
 - d) Cykl doskonalenia obejmuje powtarzanie ćwiczeń określonych umiejętności i oglądanie zapisów sesji terapeutycznych.
4. Które z następujących zdań dotyczących podyplomowego kursu specjalizacyjnego ECSF są poprawne?
- a) Program nauczania podyplomowego kursu specjalizacyjnego ECSF obejmuje wykłady i nadzorowaną praktykę logopedyczną.
 - b) Aby ukończyć kurs specjalizacyjny ECSF, uczestnicy muszą przystąpić do egzaminu ustnego na końcu programu.
 - c) Podczas specjalizacyjnego treningu kursanci/studentenci pracują pod nadzorem coachów ECSF oraz zewnętrznych mentorów.
 - d) Ewaluacja postępów studenta obejmuje analizę przygotowanego przez niego portfolio.

Rekomendowana literatura

- Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold, B.E., Hubble, M.A. (red.). (2010). *The heart and soul of change: delivering what works in therapy (2nd Edition)*. American Psychological Association.
- Rousmaniere, T., Goodyear, R.K., Miller, S.D., Wampold, B.E. (red.). (2017). *The cycle of excellence: using deliberate practice to improve supervision and training*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Shapiro, D.A. (2011). *Stuttering intervention: a collaborative journey to fluency freedom*. PRO-ED (tu rozdziały 11: The clinician and the client-clinician relationship i 12: Professional preparation and lifelong learning. The making of a clinician).



Bibliografia

- Andrews, G., Guitar, B., Howie, P. (1980). Meta-analysis of the effects of stuttering treatment. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 45, 287–307.
- Asay, T.P., Lambert, M.J. (2004). The empirical case for the common factors in therapy: quantitative findings. W: M.A. Hubble, B.L. Duncan, S.D. Miller (red.), *The heart & soul of change* (s. 23–55). American Psychological Association.
- Bernstein Ratner, N., Tetnowski, J.A. (2006). Stuttering treatment in the new millennium: changes in the traditional parameters of clinical focus. W: N. Bernstein Ratner, J.A. Tetnowski (red.), *Current issues in stuttering treatment and practice* (s. 1–16). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Bloodstein, O. (1995). *A handbook on stuttering (5th ed.)*. Thomson Delmar Learning.
- Bloodstein, O., Bernstein Ratner, N. (2008). *A handbook on stuttering (6th ed.)*. Thomson Delmar Learning.
- Brisk, D.J., Healey, E.C., Hux, K.A. (1997). Clinicians' training and confidence associated with treating school-age children who stutter: a national survey. *Language, Speech and Hearing services in Schools*, 28, 164–176.
- Budge, S.L., Wampold, B.E. (2015). The relationship: how it works. W: O.C.G. Gelo, A. Pritz, B. Rieken (red.), *Psychotherapy research: foundations, process, and outcome* (s. 213–228). Springer-Verlag Publishing.
- Conture, E.G. (1996). Treatment efficacy: stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 39, 18–26.
- Croft, R.L. (2018). *Clinician-client perceptions of the therapeutic alliance and perceived outcomes in stuttering treatment*. Master of science dissertation: Texas Christian University.
- De Sonnevile-Koedoot, C., Stolk, E., Rietveld, T., Franken. M.C. (2015). Direct versus indirect treatment for preschool children who stutter: the restart randomized trial. *PLoS ONE*, 10, E0133758.
- Donaghy, M., O'Brian, S., Onslow, M., Lowe, R., Jones, M., Menzies, R.G. (2020). Verbal Contingencies in the Lidcombe Program: a noninferiority trial. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 63, 3419–3431.
- Duncan, B. (2012). The partners for change outcome management system (PCOMS): the heart and soul of change project. *Canadian Psychology*, 53, 93–104.
- Eggers, K. (2018, July). *Improving the effectiveness of fluency therapists: above and beyond evidence-based treatments*. Lecture presented at the world congress of the International Fluency Association, Hiroshima.
- Eggers, K., Agius, J., Kelman, E., Leahy, M., Pertijs, M. (2018, July). *The European clinical specialization on fluency disorders (ECSF): review of ten course cycles*. Lecture presented at the world congress of the International Fluency Association, Hiroshima.
-

- Eggers, K., Agius, J., Leahy, M., Kelman, E., Pertijs, M. (2019, August). *The education and registration of European Fluency Specialists*. Lecture presented at the 31st World Congress of the International Association of Logopedics and Phoniatrics, Taipei, Taiwan.
- Eggers, K., Leahy, M. (2011). The European clinical specialization on fluency disorders (ECSF). *Journal of Fluency Disorders*, 36, 296–301.
- Euler, H.A., Lange, B.P., Schroeder, S., Neumann, K. (2014). The effectiveness of stuttering treatments in Germany. *Journal of Fluency Disorders*, 39, 1–11.
- Fibiger, S., Peters, H.F.M., Euler, H.A., Neumann, K. (2008). Health and human services for persons who stutter and education of logopedists in East-European countries. *Journal of Fluency Disorders*, 33, 66–71.
- Finn, P., Brundage, S.B., DiLollo, A. (2016). Preparing our future helping professionals to become critical thinkers: a tutorial. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 1, 43–68.
- Goldberg, S.B., Rousmaniere, T., Miller, S.D., Whipple, J., Nielsen, S.L., Hoyt, W.T., Wampold, B.E. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology*, 63, 1–11.
- Groopman, J. (2007). *How doctors think*. Houghton Mifflin Company.
- Herder, C., Howard, C., Nye, C., Vanryckeghem, M. (2006). Effectiveness of behavioral stuttering treatment: a systemic review and meta-analysis. *Contemporary Issues in Communication Science and Disorders*, 33, 61–73.
- Keilmann, A., Braun, L., Napiontek, U. (2004). Emotional satisfaction of parents and speech-language therapists with outcome of training intervention in children with speech and language disorders. *Folia Phoniatica et Logopedica*, 56, 51–61.
- Leahy, M.M., Delaney, C.M., Murphy, K. (2004). Student clinicians' preferences for (not) working with stuttering. W: A. Packman, A. Meltzer, H. Peters (red.), *Proceedings of the 4th World Congress of the International Fluency Association* (s. 539–545). Nijmegen University Press.
- Leahy, M., De Nil, L., Agius, J., Hylebos, C., Eggers, K. (2014). European clinical specialization in fluency disorders: participants review the first four years. *Perspectives on Fluency and Fluency Disorders*, 24, 26–32.
- Litell (2014). Evidence-based practice: evidence or orthodoxy? W: B.L. Duncan, S.D. Miller, B.E. Wampold, M.A. Hubble (red.), *The heart and soul of change: delivering what works in therapy (2nd Edition)* (s. 167–198). American Psychological Association.
- Manning, W.H. (2010). *Clinical decision making in the diagnosis and treatment of fluency disorders (3rd Edition)*. Delmar
- Manning, W.H., DiLollo, A. (2017). *Clinical decision making in fluency disorders (4th Edition)*. Plural Publishing.
- Masic, I., Miokovic, M., Muhamedagic, B. (2008). Evidence based medicine – new approaches and challenges. *Acta informatica medica: AIM: journal of the Society for Medical Informatics of Bosnia & Herzegovina: casopis Drustva za medicinsku informatiku BiH*, 16, 219–225.



- Miller, S.D., Hubble, M.A., Chow, D.L., Seidel, J.A. (2013). The outcome of psychotherapy: yesterday, today, and tomorrow. *Psychotherapy*, 50, 88–97.
- Miller, S.D., Hubble, M.A., Duncan, B.L. (2007). Supershinks: learning from the field's most effective practitioners. *Psychotherapy Networker*, 31, 26–35, 56.
- Neumann, K., Euler, H.A., Bosshardt, H.G., Cook, S., Sandrieser, P., Schneider, P., Sommer, M., Thum, G. (2016). *Pathogenese, Diagnostik und Behandlung von Redeflussstörungen. Evidenz- und konsensbasierte S3-Leitlinie*, AWMF-Registernummer 049-013, Version 1.
- Nye, C., Vanryckeghem, M., Schwartz, J.B., Herder, C., Turner, H.M., Howard, C. (2013). Behavioral stuttering interventions for children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 56, 921–932.
- Pertjts, M.A.J., Oonk, L.C., Beer, de J.J.A., Bunschoten, E.M., Bast, E.J.E.G., Ormond, van J., Rosenbrand, C.J.G.M., Bezemer, M., Wijngaarden, van L.J., Kalter, E.J., Veenendaal, van H. (2014). *Evidence-based Richtlijn Stotteren bij kinderen, adolescenten en volwassenen*. Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie, Woerden.
- Plexico, L.W., Manning, W.H., DiLollo, A. (2010). Client perceptions of effective and ineffective therapeutic alliances during treatment for stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 35, 333–354.
- Ruggero, L., McCabe, P., Ballard, K.J., Munro, N. (2012). Paediatric speech-language pathology service delivery: an exploratory survey of Australian parents. *International Journal of Speech and Language Pathology*, 14, 338–350.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M., Haynes, R.B., Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *The British Medical Journal*, 312, 71.
- Salvo, H.D. (2016). *Perspectives of Stuttering Treatment: parents, children, and adolescents*. Master of science dissertations: The University of Wisconsin–Milwaukee.
- Satterfield, J.M., Spring, B., Brownson, R.C., Mullen, E.J., Newhouse, R.P., Walker, B.B., Whittlock, E.P. (2009). Toward a transdisciplinary model of evidence-based practice. *The Milbank Quarterly*, 87, 368–390.
- Shapiro, D.A. (2011). *Stuttering Intervention: a collaborative journey to fluency freedom*. PRO-ED.
- Sommers, R.K., Caruso, A.J. (1995). Inservice training in speech-language pathology: are we meeting the needs for fluency training? *American Journal of Speech-Language Pathology*, 4, 22–28.
- Tallman, K., Bohart, A.C. (2004). The client as a common factor: clients as self-healers. W: M.A. Hubble, B.L. Duncan, S.D. Miller (red.), *The heart & soul of change* (s. 91–131). American Psychological Association.
- Tracey, T.J.G., Wampold, B.E., Goodyear, R.K., Lichtenberg, J.W. (2015). Improving expertise in psychotherapy. *Psychotherapy Bulletin*, 50, 7–13.
- Tracey, T.J.G., Wampold, B.E., Lichtenberg, J.W., Goodyear, R.K. (2014). Expertise in psychotherapy: an Elusive Goal? *American Psychologist*, 69, 218–229.
-

- Wampold, B.E. (2010). The research evidence for the common factors models: a historically situated perspective. W: B.L. Duncan, S.D. Miller, B.E. Wampold, M.A. Hubble (red.), *The heart and soul of change: delivering what works in therapy (2nd Edition)*. American Psychological Association.
- Wampold, B.E. (2017). What should we practice? A contextual model for how psychotherapy works. W: T. Rousmaniere, R.K. Goodyear, S.D. Miller, B.E. Wampold (red.), *The cycle of excellence: using deliberate practice to improve supervision and training*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Wampold, B.E., Imel, Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate: the evidence for what makes psychotherapy work (2nd Ed.)*. Routledge.
- Yaruss, J.S. (1999). Current status of academic and clinical education in fluency disorders at asha-accredited training programs. *Journal of Fluency Disorders*, 24, 169–183.
- Yaruss, J.S. (2003). One size does not fit all: special topics in stuttering therapy. *Seminars in Speech and Language*, 24, 3–6.
- Yaruss, J.S., Quesal, R.W. (2002). Academic and clinical education in fluency disorders: an update. *Journal of Fluency Disorders*, 27, 43–63.
- Zebrowski, P.M. (2007). Treatment factors that influence therapy outcomes of children who stutter. W: E.G. Conture, R.F. Curlee (red.), *Stuttering and related disorders of fluency*. Thieme Medical.
- Zebrowski, P.M., Arenas, R.M. (2011). The “Iowa Way” revisited. *Journal of Fluency Disorders*, 36, 144–157.

