

Rozdział 1.

Kirsten Costain, Hilda Sønsterud

Między badaniami naukowymi a praktyką logopedyczną: w kierunku zintegrowanej terapii mowy i języka

Cel rozdziału

Dystans pomiędzy badaniami naukowymi a praktyką logopedyczną jest jednym z głównych wyzwań współczesnej logopedii. Istnieje wiele ważnych jego powodów: brak wymiany informacji i dialogu między badaczami a klinicystami; szczególny sposób prowadzenia prac badawczych i prezentowania uzyskanej wiedzy naukowej; brak dostępu do piśmiennictwa naukowego, a czasem także brak zainteresowania klinicystów tą wiedzą. Sposób, w jaki wiedza jest wytwarzana i przez kogo, określa jej szczególny charakter, a adekwatność i wartość form wiedzy muszą być przyjmowane i ustalane na nowo w kontekście ich „stosowania”, w tym także w debatach teoretycznych. Zarówno badania naukowe, jak i praktyka to nieustanne dyskusje, a nieprzerwany proces ustanawiania (lub nie) „dowodowości” (*evidentiality*) określonej wiedzy i sposobów jej tworzenia to bardziej zakorzeniony w rzeczywistości sposób inicjowania dyskusji niż wizja wypracowywania sztywnego kanonu dowodów naukowych, na których można oprzeć praktykę.

Zaprezentowane tutaj koncepcje paradygmatu badań opartych na praktyce i potrzebach klienta oraz dowody naukowe oferują różnorodne podejścia do myślenia o pokonywaniu dystansu między wiedzą pochodzącą z badań naukowych a uzyskaną na drodze praktyki terapeutycznej w zakresie zaburzeń płynności mowy. Nasze główne założenie jest takie, że dystans ten może zostać pokonany poprzez skupienie się na kliencie, jednocześnie zapewniając postępy w logopedii. Postulujemy aktywną rolę klienta jako głównego zainteresowanego w praktyce logopedycznej oraz komplementarne wobec niej stosowanie badań jednopodmiotowych, $n = 1$, jako wytyczającymi kierunek dla badań naukowych nad efektywnością i dla oceny teoretycznej (objaśniającej) wartości wyników badań, zarówno ze strony badaczy, jak i praktyków. Dokonałyśmy eklektycznego i, mamy nadzieję, inspirującego wy-



boru osiągnąć w dziedzinie nauk społecznych i metodologii badań opieki zdrowotnej z ostatnich czterech dekad, podczas których proces profesjonalizacji logopedii i przekształcania się praktykującego logopedy w badacza zachodził równolegle do podobnych procesów w innych działach nauk o zdrowiu skupiających się na praktyce. Koncentrujemy się na ściśle ze sobą powiązanych zagadnieniach pluralizmu i kontekstualizmu, sięgających po doświadczenia pojawiające się w tradycji nauk społecznych w zakresie badań etnograficznych oraz w ich nowocześniejszych iteracjach, takich jak *action research* (pol. badanie w działaniu) czy badania z zakresu psychoterapii. Nasza relacja ma charakter raczej sugestywny niż preskryptywny, czym podkreślamy nasz pogląd, że przyjęcie wyzwania i złożoności wytwarzania wiedzy wymaga od nas umieszczenia w centrum każdej dyskusji elementu „podstawy dowodowej” (*evidence base*) dla danej dziedziny.

Zarys dystansu: napięcia epistemologiczne

Dystans pomiędzy tymi dwoma formami wiedzy był tradycyjnie charakteryzowany jako luka między teorią a praktyką z jednej oraz między naukowcami a praktykującymi profesjonalistami z drugiej strony (Van de Ven, Johnson, 2006). W ciągu ostatnich dekad nastąpiło jednak przesunięcie w stronę profesjonalnych organizacji eksperckich poza środowiskiem akademickim, stających się „ośrodkami nauczania”, w których od pracowników wymaga się stopni akademickich (Eikeland, 2009). Pracownicy służby zdrowia coraz częściej angażują się w badania naukowe, a rozwój zawodowy w wielu dziedzinach praktycznych jest wspierany kwalifikacjami akademickimi (skutkiem czego praktykujący specjalista nierzadko odchodzi od praktyki, by zostać naukowcem, badaczem lub menadżerem). Obok rosnącego nacisku na wiedzę teoretyczną i zaangażowanie instytucji akademickich w praktykę silną pozycję utrzymuje wciąż dominujące „tradycyjne” pozytywistyczne rozumienie nauki empirycznej jako (ironicznie) służącej nadrzędnemu platońskiemu racjonalizmowi w bezstronnym poszukiwaniu prawdziwej wiedzy, teorii i faktów (zob. np. przedstawiony przez Crossleya zarys tych zagadnień i społecznej funkcji kontroli pełnionej przez pozytywistyczne stanowiska w badaniach i edukacji zdrowotnej, Crossley, 2000). Prezentowanie nauki w popularnym dyskursie i przekazach medialnych zyskiwało przy tym wiele na towarzyszącym temu założeniu, że motywacja do prowadzenia badań naukowych ma charakter wyzwalający i humanitarny (Lupton, 1995). Zawody medyczne i społeczne zyskały wyższy status z uwagi na zasób ich wiedzy (wraz ze sposobami jej zdobywania), a także wyższość moralną dzięki przeprowadzaniu – lub tylko markowaniu – naukowej oceny i ścisłej obserwacji praktyki (Murray, Chamberlain, 1999). W istocie pewna forma podstawy badawczej dla praktyki od

dawna stała się raczej wymogiem niż wyborem czy celem (Crossley, 2000), a praktyka oparta na podbudowie naukowej jest wzorcem przyjętym w logopedii w latach 90. XX wieku (McCurtin, Murphy, Roddam, 2019). W literaturze „dowody naukowe” są nadal równoznaczne z twierdzeniami uzyskanymi za pomocą odgórnych, teoretycznych paradygmatów badawczych i quasi-eksperymentalnych projektów, a randomizowane badania kontrolne pozostają „złotym standardem” lub niekwestionowanym wzorcem dla takich twierdzeń (Greenhalgh, Howick, Maskrey, 2014; Swift, Langevin, Clark, 2017).

To, co stanowi „naukę” i wiedzę naukową w kategoriach zawodowych i politycznych (włączając oficjalne wytyczne), na różnych etapach historii może być jednak postrzegane jako wypadkowa politycznej korzyści i kontroli (Friedson, 1970). Bez względu na to, czy badania naukowe w dziedzinie ochrony zdrowia sponsorowane są przez organizacje charytatywne, korporacje, czy państwa, decyzje dotyczące finansowania badań niekoniecznie wspierać muszą ideał ukształtowany przez najlepsze praktyki w odpowiedzi na potrzeby użytkownika usług świadczonych w realnym świecie lub klienta. Formalne decyzje o finansowaniu i publikacjach odzwierciedlają dominujące poglądy na to, jakie są wartościowe tematy badań i pytań badawczych, wiarygodna wiedza i dowody naukowe w danej dziedzinie; ponadto są one zależne od wartościujących sądów wydawanych przez jednostki i grupy, które z kolei są wybierane i ograniczane przez instytucje wspierające (Friedson, 1994; Eikeland, 2012; McCurtin i in., 2019). Wraz ze wzrastającą przewagą gospodarki rynkowej i towarzyszącą jej korporatyzacją publicznych instytucji, w tym uniwersytetów, luka pomiędzy profesjonalnymi twórcami wiedzy a jej konsumentami stała się prawdopodobnie większa, choć także mniej widoczna (Lupton, 1995), co jest nie bez znaczenia dla rozziemu między wiedzą opartą na badaniach naukowych a wiedzą opartą na praktyce.

Praktykujący profesjonaliści (osoby kompetentne), bezpośredni twórcy wiedzy mają podstawy nieco solidniejsze niż instytucjonalni naukowcy do zaangażowania w tworzenie wyzwalającej wiedzy naukowej, domniemane z uwagi na ich najściślejszy związek ze światem praktyki *in situ*. Tutaj również powoływać się można na szlachetność sprawy poszukiwania prawdy i czystość intencji (zresztą i tu wiedza uzyskana w codziennych działaniach praktycznych może być przedstawiana przez praktyków jako równie obiektywna i niepodważalna, jak ta tworzona przez badaczy akademickich). Wytwarzanie wiedzy, a zatem i zasób dowodów, na którym opiera się praktykujący profesjonalista, ostatecznie zaś całość praktyki, są jednak równie ograniczone przez te same instytucjonalne, polityczne i strategiczne priorytety i imperatywy, które narzucane są działaniom badaczy teoretyków (Eikeland, 2012; McCurtin, Murphy, Roddam, 2019). Wobec takiego ograniczania badań naukowych, praktyki i obywateli („klientów”, „pacjentów”, „użytkowników usług”, „odbiorców”)



przy jednoczesnej, nieustającej i przyziemnej potrzebie koniecznej pomocy realnych jednostek w określonym czasie rodzi się pytanie zarówno do badaczy, jak i praktyków w dziedzinie logopedii, w jaki sposób badania naukowe mogą zlikwidować lukę między dowodami opartymi na praktyce a praktyką opartą na dowodach.

Zaangażowanie i dystans

Van de Ven i Johnson (2006) oferują szczegółową prezentację na temat tego, co nazywają „zaangażowaną pracą naukową” w ramach pluralistycznego podejścia do metod i metodologii badań nad zarządzaniem i organizacją, które odwraca odgórne uprzywilejowanie naukowej, formalno-technicznej wiedzy i przyznaje sferze praktyki status pochodnej. Opowiadają się oni po stronie podejścia refleksyjnego, krytycznego i realistycznego (Azevedo, 1997), w którym stosuje się liczne modele i metody oraz uznaje zarówno ograniczenia wiedzy (wszelka wiedza jest cząstkowa i usytuowana kontekstualnie oraz historycznie), jak i fakt, że różne modele służą różnym punktom widzenia i interesom różnych uczestników badań naukowych. Odwołują się do analizy Kondrat (1992) już niemal sprzed 30 lat i jej opinii, że tym, czego brakuje, są empiryczne badania wiedzy pochodzącej z praktyki w kategoriach: *wiem w praktyce*, a nie: *wiedzy dla praktyki*. Użycie czasownika *wiem* podkreśla znaczenie wiedzy jako performatywnej, procesualnej i wpisanej ściśle w konkretny kontekst, w którym musi być realizowana, zamiast statycznego skończonego produktu (*wiedza dla*), wytwarzanego na zewnątrz i wtórnie importowanego do kontekstu praktyki. Dzięki naciskowi na „wiedzieć”, a nie na „wiedzę” integralne ucieleśnienie kontekstu, w którym wiedza dla praktyki musi być użyteczna i wiarygodna, staje się również trudniejsze do zignorowania. Te kwestie przybliżają nas do trzech „filarów” dowodów opartych na badaniach naukowych. McCurtin i in. (2019) powołują się na powszechne przyjmowanie w logopedii wersji trzech filarów, na których opiera się materiał dowodowy: wysokiej jakości dowody z badań, osąd klinicysty oraz refleksje klientów. Według nich zbyt mało uwagi poświęca się dwóm z tych filarów, a jako wyjście z tej sytuacji proponują zaangażowaną pracę naukową. Postulują oni „totalne podejście oparte na wiedzy i dowodach” (*total evidence and knowledge approach* – TEKA) dążące do krytycznego badania wiedzy i kompetencji, na których oparte są interwencje, a także by zasoby wiedzy praktykującego klinicysty i klienta były częścią tej syntezy. W tym punkcie zależy im, aby krytyczna i wszechstronna synteza oraz ocena wiedzy stanowiła dla klinicysty systematyczną część procesów poprawiania jakości praktyki, choć działanie to służyć będzie też wdrażaniu i zastosowaniu wiedzy w praktyce (*knowledge translation*). Ich sugestie dotyczące tego, co powinno zostać zawarte oraz jak to usystematyzować (tym samym również uka-

zując to, co mogłoby pozostać niewyrażone lub ukryte w zasobie wiedzy klinicysty i klienta), stanowią dobry przykład tego, jak praktykujący logopedzi mogą uniknąć pozostawania w wąskim przedziale „tego, co działa” lub jest przydatne w rozwiązywaniu problemu czy definiowaniu badań w kategoriach „przydatności”, bez wzięcia pod uwagę, jak różne sposoby „wiem” i różne rodzaje wiedzy powiązane są z teorią (Eikeland, 2012).

Wiedza ukryta i wiedza uzewnętrzniona

Zaangażowana praca naukowa obejmuje pluralistyczne budowanie wiedzy, w ramach którego wiedza praktyczna jest tworzona przez subiektywny podmiot wiedzący (*knower*) działający w danej sytuacji z pozycji zaangażowania, nie zaś z dystansu, w stosunku do praktyki i praktykujących (Van der Ven, Johnson, 2006). Van der Ven i Johnson optują za stosowaniem zarówno badań naukowych, jak i form wiedzy praktycznej, Arystotelesowskich kategorii wiedzy: *techne* (instrumentalnej, środki-cele), *episteme* (fundamentalnej teoretyczno-analitycznej) i *phronesis* (praktycznej, „jak najlepiej działać” w danej sytuacji, również wobec ujawniających się ambiwalentnych aspektów społecznych i politycznych). Rozwijają oni zastosowanie kategorii Arystotelesa poprzez uzupełnienie ich o rozgraniczenie Habermasa na wiedzę techniczną i praktyczną, pokrywające się z Arystotelesowskimi (Pezdek, Dobrowolski, Michaluk, 2020; Van De Ven, Johnson, 2006), wskazując, że Habermas „postrzegał wiedzę praktyczną jako ukrytą i ucieleśnioną w działaniu, a wiedzę techniczną – jako formalną, uzewnętrznioną, mającą strukturę zdaniową i dyskursywną” (Van de Ven, Johnson, 2006, 85). Natomiast prace Latoura (1986), Latoura i Woolgara (1986), Polanyiego (1962) i innych opisują, jak ukryte i formalne wymiary są obecne zarówno w wiedzy naukowej, jak i praktycznej, co dokumentują w swoich badaniach „naukowców przy pracy”, podkreślając połączenie metod i praktyk ukrytych i nieformalnych z techniczno-teoretycznymi. Praca Latoura i Woolgara (1986) wprowadza pojęcie improwizacji jako centralnego procesu leżącego u podstaw naukowego działania w praktyce, będącej trudną do zdefiniowania mieszanką procesów silnie związanych ze swobodą (*flow*) i kreatywnością, ale również z właściwym działaniem we właściwym czasie (co wymaga umiejętności technicznych i zdecydowania, pojawiających się na tle gruntownej analizy teoretycznej) w ścisłym zaangażowaniu się w specyficzne usytuowanie dzieła tworzenia wiedzy, wraz z tym, co może być określone jako szczególne wymagania chwili.

Słowo *tacit* (określenie używane w wyrażeniu *wiedza ukryta*) znaczy ‘cichy’ i rzeczywiście raporty z badań naukowych i publikacje pozostają w dużej mierze „ciche” w kwestiach aspektów prowadzenia badań naukowych bardziej kłopotliwych od



tych, na których oparte są formalne raporty, włączając w to ustalającą dopiero ich sens analizę danych. Tradycyjnie panuje większa uczciwość w kwestii nieliniowych aspektów wytwarzania wiedzy w badaniach jakościowo-interpretacyjnych niż w ilościowych pozytywistycznych/postpozytywistycznych raportach z badań (choć stoi to w sprzeczności z faktem, że dane statyczne mogą być równie problematyczne i dezorientujące, jak transkrypcje wywiadów; Silverman, 1993). Wprowadzenie przez de Certeau (1984) podziału na taktyki i strategie dostarcza kolejnego sposobu konceptualizacji rozróżnienia między wiedzą formalno-teoretyczną a ukrytą albo Arystotelesowskiego podziału na *episteme* oraz *techne* – *phronesis*. De Certeau (1984) przedstawia strategię jako wyraz „związków opartych na władzy”, które stają się możliwe, gdy podmiot, profesjonalista, właściciel, przedsiębiorstwo lub instytucja naukowa, względnie obszar praktyki, konsoliduje władzę poprzez wyizolowanie się ze środowiska (s. 36). Terminy *strategia* i *taktyka* są nam znane z rozmów codziennych, ale ich początków należy szukać w tekstach na temat sztuki wojny, a nieodłączne napięcie między nimi wskazuje, że codzienne praktyki stanowią ramy dla kameralnych walk o władzę. Strategie są generowane od wewnątrz z miejsca lub lokalizacji wyznaczonych przez tę izolację, przestrzeni, „która może być opisana jako własna” (fr. *propre*). Służą one zatem jako środki wytwarzające relacje z użytkownikami obszaru na zewnątrz tej oficjalnej, własnej przestrzeni, takimi jak klienci, konkurenci, obiekty badań. Taktyka jest natomiast stosowana w odpowiedzi na pragmatyczną, usytuowaną potrzebę – sama będąc nieumiejscowiona, pojawia się tylko w momencie, kiedy jest używana. Taktyki są zależne od pomysłowości w danej chwili (np. pragmatyczny trik osoby mówiącej, aby przerwać jąkanie w środku zdania), podczas gdy strategiczne rozwiązanie pochodzi ze zinstytucjonalizowanej przestrzeni, która jest „bezczasowa” lub wykracza poza zwyczajne przemijanie z chwili na chwilę w codziennym życiu (profesjonalna dyscyplina logopedii) i jest potwierdzeniem autorytetu tej przestrzeni w definiowaniu wiedzy na zewnątrz i ponad jej chaotycznymi szczegółami. Strategia kontrolowania jąkania została opisana w podręcznikach akademickich, wytycznych praktyki zawodowej i w literaturze naukowej. Patrząc z tej drugiej perspektywy, osoba jąkająca się z powyższego przykładu może być postrzegana przez logopedę jako stosująca strategię przeciw jąkaniu, uwalniając się z bloku w momencie zająknięcia przez zastosowanie korekty podczas bloku. Taktyczne (oddolne) podejście do jąkania osoby jąkającej pozostaje niewidoczne w literaturze przedmiotu, podczas gdy widoczność przysługuje podobnym podejściom, kiedy te zostały zebrane, uogólnione i wyartykułowane przez logopedę w ramach teorii (wyjaśnienia odgórnego), a więc jako przykłady strategii.

A przecież codzienne praktyki konwersacyjne (i wiele innych) są w swojej naturze taktyczne, nie mogą zatem być rozważane bez uwzględnienia okoliczności, w jakich występują (de Certeau, 1984, 20). Taktyka czy grupy podobnych taktyk

radzenia sobie z jękaniem mogą zostać zaobserwowane przez terapeutę-badacza lub w zbiorach ich opisów, ale dla uzyskania statusu strategii zarządzania jękaniem ich obecność musi być zauważona przez kogoś posiadającego autorytet instytucjonalny – logopedę terapeutę-badacza i dziedzinę logopedii – i przerobione na formy oraz język uznane przez instytucje zajmujące się praktyką zawodową i prowadzeniem badań. Bez tej kluczowej transformacji takie taktyki nie istnieją (w danej dziedzinie), nie mogą być studiowane i nie mają realnego kształtu poza istniejącym dla klienta w momencie ich przydatności. Strategie leczenia są generowane na bazie wiedzy formalno-teoretycznej wytworzonej na drodze badań naukowych i włączonej w dziedzinę logopedii. Taktyki radzenia sobie z jękaniem, z drugiej strony, są tym, czego klient używa, szukając pomocy w określonych trudnościach z mówieniem w ramach zarządzania jękaniem w codziennym życiu. Ponadto stosowane przez logopedę w jego praktyce strategie oparte na dowodach pochodzą z formalnych badań, niezależnie od tego, czy są one oparte na praktyce, czy nie („formalne”, ponieważ są one prowadzone przez osobę posiadającą kwalifikacje badawcze i/lub instytucji badawczej lub pod jej auspicjami), a swoją pozycję w logopedii osiągnęły dzięki publikacjom w literaturze naukowej, cytowaniu przez innych badaczy i praktyków oraz prezentacjom na konferencjach.

Odkrycia taktyczne klienta z definicji nie mają tego rodzaju instytucjonalnego poparcia: są konkretne i indywidualne, często pozostają nieznanne dla nikogo poza osobą ich używającą i nie mają ustalonego miejsca (lokalizacji) poza życiem codziennym. Wyizolowanie wiedzy instytucjonalnej w przestrzeni danej dyscypliny daje wiedzy przewagę w relacjach jej przedstawicieli (praktyków i badaczy) z ich klientami. Ten ruch instytucji lub dziedziny „oddzielający miejsce swojej mocy i woli od «środowiska»” (de Certeau, 1984, 36) jest jednym z Kartezjańskich stanowisk racjonalistycznych, lepiej znanym w naukach medycznych jako dualizm umysłu i ciała (np. Yardley, 1999). Kartezjańskie pojęcie umysłu w izolacji od zewnętrznej rzeczywistości fizycznej leży u podstaw zachodnioeuropejskiej koncepcji „akwizycji” (przyswajania wiedzy) jako procesu, w którym racjonalny, indywidualny umysł może stosować systematyczną obserwację w celu wydedukowania natury świata materialnego i w ten sposób zdobyć zdolność przewidywania i kontrolowania fizycznych wydarzeń w owym materialnym świecie (Yardley, 1999, 33). Środowiskiem, od którego separuje się logopeda, aby zostać logopedą, jest codzienny świat „prześiąknięty i metafizycznie infiltrowany przez niewidzialne moce Innego”, czyli klienta-jednostki przychodzącego na terapię do terapeuty, reprezentanta dziedziny logopedii. To środowisko stanowi wyzwanie dla kontroli strategicznej, ponieważ jest złożone, zagmatwane, pełne nieliniowej aktywności i „niesfornych” szczegółów, i nie daje się zdefiniować. Praktykujący logopeda stoi, by tak rzec, „po obu stronach barykady” – teoretycznej, instytucjonalnej, należącej do danej dziedziny, z drugiej zaś



taktycznej – codziennego świata poradni logopedycznej. Próbując wyeliminować nieuchronne napięcia wynikające z przynależności do dwóch obozów, logopeda może odczuwać pokusę, by się wycofać albo przystać na uzyskaną wiedzę instytucjonalną oraz metodę – i ryzykując niedostrzeżeniem indywidualnego klienta, albo na podejście „naprawiania” problemów technicznych – z zaniedbaniem głębszego teoretycznego zrozumienia.

Rozważając ten problem, Eikeland (2012) wskazuje na różnicę między samą tylko praktyką a *praxis*. W praktyce zagadnienia kliniczne mogą zostać zredukowane do rzeczy o wartości użytkowej zarówno zewnątrznie nakazanych metod bazujących na teorii, jak i rozwiązań technicznych dla zewnątrznie zdefiniowanych przyczyn lub problemów. To problemowe podejście (czy to oddolne, czy odgórne) utrzymuje praktykę (i badania oparte na praktyce) wewnątrz sztucznej i przelotnej teraźniejszości, w której status epistemologiczny tego, co jest praktykowane, pozostaje niejasny lub niewystarczająco rozpoznany czy zbadany. Natomiast badanie naukowe oparte o teorię *praxis* obejmuje krytyczne zaangażowanie praktycznie uzyskanego doświadczenia praktyka – osoby wiedzącej, nie zaś widza-outsidera obserwującego z „kontemplacyjnych”, zinstytucjonalizowanych wyżyn teorii, ani technika zaleadwie naprawiającego pojawiające się problemy (Eikeland, 2012). Gdy praktykujący prowadzą badania *praxis*, pomagają wyeliminować, zawęzić i ostatecznie stworzyć nową wersję epistemologicznej luki między wiedzą z praktyki a tą opartą na badaniach naukowych, pogłębiając przy tym własne relacje z tymi dwoma kategoriami wiedzy (*epistemes*) w tworzeniu wielowymiarowego splotu (*nexus*) dla pracy klinicznej i badawczej; to jest wiedzy i rodzajów „wiem”, które stanowią zarówno punkt centralny czy ogniskową i jednocześnie środek łączenia oddzielnych elementów w sensie powiązania ich ze sobą (co odzwierciedla oryginalne znaczenie tego słowa w XVII wieku; Oxford English Dictionary). Aby się to udało, konkretne sprawy świata terapii i badań naukowych muszą zostać rozpoznane.

Znaczenie ucieleśnienia zarówno badań naukowych, jak i praktyki

Takie koncepty, jak *praxis* i *nexus*, zaangażowanie, znajomość rzeczy (*wiem*), działanie i taktyka, sugerują centralne miejsce procesu, ruchu i interakcji w praktyce i badaniach, a zatem wagę ucieleśnienia ich obu. Spotkanie kliniczne jest spotkaniem przeżywanych ciał, głos zaś jako zjawisko cielesne jest oczywistym faktem i znaczącym tematem w dziedzinie logopedii (Gilman, 2014). Ucieleśnienie jest również cechą badań naukowych, chociaż ciągłe ignorowanie tego faktu w raportach z badań przypomina o Kartezjańskim dualizmie umysł – ciało, nadal obowiązującym w dziedzinie badań nad opieką zdrowotną (Crossley, 2000; Ellingson, 2006). Ucie-

leśnienie jest, rzecz jasna, znacznie więcej niż tylko *cechą*, to raczej podstawowy i nadrzędny warunek bycia badaczem, praktykiem, klientem czy uczestnikiem. Perspektywa ucieleśnienia podkreśla integralną złożoność i nieliniowość badań naukowych, praktyki i zjawisk wspólnych dla zainteresowań obu dziedzin i wiąże się z dostrzeganiem nieodłącznych napięć pomiędzy strategicznymi i taktycznymi trybami myślenia i działania w sposób, który nie zmusza uczestników do wycofania się z jednego lub drugiego obozu. Jako że logopedia stała się suwerenną, profesjonalizowaną areną, w ramach której praktykujący logopedzi również prowadzą badania naukowe, wyzwanie zaangażowania i wymagająca pokonania luka to w coraz większym stopniu przestrzeń między kompetentnym ekspertem, praktykującym logopedą a klientem, być może żyjącym w bliskiej relacji z (konkretnym) wyzwaniem związanym z mową/mówieniem.

Aby być skuteczny, logopeda musi odnieść się do ucieleśnienia głosu, a nie tylko leczyć czy badać uprzedmiotowiony, problematyczny głos w ciele. Ellingson (2006) zwraca uwagę na to, że „ciało” – również ciało badacza, terapeuty i klienta – jest miejscem produkcji wiedzy i cokolwiek jest w nim „nie tak” (poza normą), służy jako domniemane odniesienie do tego, co jest poprawne (normalne). Normatywność nie jest stanem, ale procesem, w którym „zawsze odpowiadamy na społeczną siłę i wzmacniamy ją, ukonstytuowaną w normatywnej realizacji” (s. 300), i prawdopodobnie nigdzie nie jest to jaśniejsze niż w sytuacji, gdy ktoś zgłasza się do terapeuty, by leczyć elementy swego ucieleśnienia stwarzające problemy. 15 lat po spostrzeżeniu Ellingsona media społecznościowe i stały nadzór (zarówno dobrowolny, jak i narzucony) spowodowały, że ta realizacja stała się pełnowymiarowym zajęciem. Co jest „normalne”, jest zarówno nieskończenie redefiniowalne, jak i równie niemożliwe do uzyskania, pomimo wysiłków nadzorowania języka, redagowania opisów, powiększania obrazów etc. Nieobecne w literaturze naukowej ciało badacza (albo terapeuty w spotkaniu klinicznym) to jednak absencja, która utrzymuje wyższą pozycję niewidzialnego eksperta, kogoś, kogo nie dotyczą problemy zaburzonego ciała (Ellingson, 2006). Jak to ujmuje Thomson (1997), niewidzialna postać badacza-eksperta reprezentuje „ostateczną grupę kontrolną” normalnego funkcjonowania.

Tymczasem poza obszarem literatury formalnej praktyka, badanie naukowe i codzienne życie to areny ucieleśnionej realizacji. W pozytywnych, zwyczajnych spotkaniach twarzą w twarz uczestnicy zwracają się do siebie jak do „kogoś konkretnego” i oferują sobie wzajemnie poczucie bycia spotkanym i zobaczonym, jakkolwiek przelotnie; w takich spotkaniach uczestnicy komunikują wzajemny szacunek dla (różnego) wkładu i zainteresowań drugiej osoby w sposób, który wywołuje uczucie ożywienia, które może być „poruszające” (łac. *e-movere* ‘w ruchu’) i przeobrażające, jakkolwiek banalny może się kontakt taki wydawać z zewnątrz (Skatvedt, Costain Schou, 2008, 2010). Często to, co jest komunikowane w takich momentach, obywa



się bez słów lub większego działania (tj. bez teorii, strategii, technik czy metody), a uczestnicy spotykają się, zachowując nienaruszone różnice między sobą jako „konkretne osoby” (Asplund, 1987), a nie abstrakcyjni członkowie społeczeństwa (terapeuta, klient) (Skatvedt, Costain Schou, 2008). Zmiana terapeutyczna zachodzi tylko wtedy, gdy terapia jest odpowiednia dla konkretnej osoby, jeżeli ma ona być trwała i zdołać poruszyć (zmotywować) tę osobę do zajęcia nowej, bardziej podmiotowej pozycji (funkcjonalnie, emocjonalnie, biograficznie). Interdynamiczne podejście do ewaluowania i rozwijania wiedzy z badań i praktyki przyjmuje współzależność tego, co ucieleśnione, osobiste czy indywidualne, oraz tego, co abstrakcyjne, społeczne lub teoretyczne, ceni codzienną interakcję jako niosącą znaczenie i generującą uznanie „innego” bez szukania jego zmiany jako uprzedniego warunku zaangażowania i dostrzega, że „inność” jest obustronna (Skatvedt, Costain Schou, 2010).

Przez uznanie swojego własnego ucieleśnienia jako nieodłącznego od badania naukowego lub praktyki logopeda może wypracować większą wrażliwość na wkład wiedzy wytworzonej przez jednostki, które spotyka w klinice, i większą uczciwość w kwestii tego, skąd logopedzi jako „eksperti” wiedzą to, co wiedzą. Bycie bardziej zaangażowanym w niejednoznaczność doświadczenia życiowego niż w produkowanie sztywnych kategorii może wzbogacić rozumienie i stworzyć nowe sposoby widzenia i działania. Wymaga to jednak głębokiej refleksji i dużej dyscypliny od praktyka-badacza w celu osiągnięcia postawy dynamicznej równowagi między rolami teoretyka a praktykującego. Kategorie i ramy mogą być postrzegane jako elementy trwającej rozmowy badawczej, nie zaś jako definiowanie miejsca docelowego, co zapewni ich ocenie większą transparentność.

Pragmatyzm i kontekstualna natura zjawisk

W dowolnym obszarze praktyki klinicznej procesy wytwarzania wszelkiego rodzaju nauki muszą uwzględniać istnienie napięć i ograniczeń spowodowanych przez ucieleśnioną i społecznie doświadczaną rzeczywistość, z którą dany obszar stara się zmagać (słowo taktyczne) i ją wyjaśniać (teoretyzować). Haigh i in. (2019) opisują cztery kategorie, które są podporą każdej koncepcji wiedzy i każdego „wiem”, są to: a) ontologia – rozumienie natury rzeczywistości i tego, co można o niej wiedzieć; b) epistemologia – rozumienie natury wiedzy, procesu poznawania, relacji pomiędzy poszukującym wiedzy a wiedzą, którą tworzy, oraz kryteria tworzenia twierdzeń o wiedzy; c) metodologia – przyjęte podejście do konstrukcji systemu wiedzy; d) aksjologia – wpływ wartości na pozyskiwaną wiedzę i na to, jak jest pozyskiwana. Logiczny zestaw poglądów w odniesieniu do tych czterech czynników tworzy paradygmat (s. 11–12).

Sporo wiedzy naukowej oparto na pluralistycznym podejściu, które łączy aspekty pragmatyzmu i kontekstualizmu (Benton, 2011; McLeod, 2018; Wampold, 2015). Pragmatyzm może być uznany za stanowisko kompromisu epistemologicznego skierowanego w stronę naukowych celów i zasad, a pragmatyzm metodologiczny jest kompatybilny z ograniczeniami kliniki i badań klinicznych, jako że dostrzega rzeczywistość sytuacji społecznych. Ramnerö i Törneke (2008) opisują tradycję badań pragmatycznych jako taką, w której wartość wiedzy wyznaczona jest jej użytecznością w realnym świecie kliniki. Wyróżniają dwa centralne czynniki opisywania, rozumienia i wpływania na zachowanie, *funkcję* zachowania i *kontekst*, w którym ono się pojawia: „Rozumienie funkcji oznacza rozumienie celu zachowania, czyli jego konsekwencji. A konsekwencje pojawiają się w kontekście” (Ramnerö, Törneke, 2008, 8). Ich koncepcja skontekstualizowanych konsekwencji może dostarczyć nam instrukcji oceny wartości interwencji praktycznej *in situ*, ale również z perspektywy bardziej meta- lub „dowodowych” badań, która unika wąskiej definicji użyteczności. Kontekst i kontekstualizacja, podobnie jak ucieleśnienie, nie są tylko cechami lub starannie narysowanymi rubrykami, w których należy postawić krzyżyk, ale stałym zmienianiem oraz rozwijaniem warunków i procesów, zarówno materialnych, jak i ideologicznych.

Pragmatyzm jest często kojarzony z podejściem mieszanym (*mixed methods approach*), w którym z zastosowania elementów metody jakościowej badania wynika pytanie: „co” i „jak” eksplorować głębiej, aby uzyskać wgląd w leżącą u podstaw problematykę. Elementy metody ilościowej pozwalają natomiast zapytać: „ile” i „jak mocno” dokonać pomiaru, przewidzieć i/lub skorelować (Dures, Rumsey, Morris, Gleeson, 2011). Historycznie podejścia jakościowe i ilościowe były podpierane różnymi założeniami na temat natury rzeczywistości, a także sposobów poznania i rozumienia (Denzin, Lincoln, 1994). Te różnice obecnie nie są tak mocno zarysowane w praktyce badawczej: zamiast tego istnieje rozróżnienie na stosowanie tekstów i obrazów w badaniach jakościowych oraz statystyki w badaniach ilościowych. Podejście mieszane jest zatem zdolne zbliżyć się nieco do wielowymiarowości codziennego życia. Upodobnia je to do pluralistycznego poglądu na badania naukowe, w którym liczne ramy konceptualne pochodzące od całego spektrum zainteresowanych każdym badanym kontekstem są celowo wprowadzane, aby wywierały wpływ na problem lub pytanie badawcze (Van de Ven, Johnson, 2006). Projekt badawczy i metody zbierania danych powinny być związane z konkretnymi pytaniami badawczymi, a nie opierać się na określonych z góry preferencjach co do paradygmatycznych podejść jakościowych lub ilościowych (Dures, 2012).

Pluralizm przyjmuje umiarkowane (kompromisowe) podejście do prawdy i zdolności osiągnięcia całkowitego zrozumienia fenomenu poprzez zastosowanie perspektywy krytycznego realizmu (Bhaskar, 1989). Ta perspektywa uznaje, że chociaż poza świadomością badacza istnieje prawdziwy świat, który można badać, wiedza



naukowa jest nieuchronnie ustrukturyzowana poprzez społeczno-kulturowe systemy językowe i że nie jest możliwa obserwacja bez odniesienia do wartości (Azevedo, 1997). Świadoma siebie, krytyczna koordynacja wielu modeli i perspektyw może ujawnić „mocne” cechy rzeczywistości i odróżnić je od tych, które bazują wyłącznie na jednym modelu lub ramie teoretycznej (Van de Ven, Johnson, 2006). Zastosowanie monologicznych zapisów rzeczywistości może z jednej strony prowadzić do sytuacji, w których nadrzędnej, „globalnej” teoretycznej perspektywie nie udaje się znaleźć odniesienia do złożonego detalu dynamicznych sytuacji z prawdziwego świata, do których ma być zastosowana. Haigh, Kemp, Bazeley i Haigh (2019) opisują na przykład, jak konceptualizacje związków pomiędzy prawami człowieka a społecznymi wyznacznikami zdrowia pozostają ograniczone przez brak klarowności i niejednoznaczność interakcji i wzajemnego oddziaływania na siebie tych praw i wyznaczników. Jeżeli nawet globalne inicjatywy, takie jak Komisja ds. Społecznych Uwarunkowań Zdrowia WHO (*Commission on Social Determinants of Health*), promują ochronę praw człowieka jako centralną kwestię w zajmowaniu się nierównościami wynikającymi z uwarunkowań społecznych, niewiele działań zostało podjętych w celu zidentyfikowania tych zagadnień właśnie z perspektywy praw człowieka.

Kontekstualizm podkreśla znaczenie koncepcji „działania w kontekście”, zgodnie z którą każde wydarzenie czy trwająca aktywność muszą być widziane i analizowane w obecnym kontekście środowiskowym lub historycznym (Ramnerö, Törneke, 2008). Benton (2011) wskazuje na to, jak kontekstualne widzenie świata odzwierciedla idee wyrażone w pragmatyzmie m.in. Peirce’a, Jamesa i Deweya. Kontekstualizm podkreśla praktyczne zastosowanie idei przez implementację w celu sprawdzenia funkcjonalnej wartości wiedzy, koncepcji, znaczenia i nauki dla ludzkich doświadczeń w realnym świecie (Benton, 2011; Ramnerö, Törneke, 2008; Swift i in., 2017). W kontekstualizmie nie można stwierdzać prawdziwości poza kontekstem środowiskowym. Analizy są rozpatrywane jako prawdziwe lub uzasadnione, o ile prowadzą do efektywnego osiągnięcia jakiegoś celu w danym kontekście. Funkcjonalny konceptualizm wywodzi się z kontekstualizmu (Ramnerö, Törneke, 2008) i stanowi podejście holistyczne, w którym całość musi być rozumiana w relacji do kontekstu, a nie złożona wstecznie z różnorodnych elementów (Hayes, Strosahl, Wilson, 2012). W funkcjonalnym kontekstualizmie prawda uważana jest za miejscową i pragmatyczną, a to, co jest prawdą dla jednej osoby, nie musi być prawdą (lub tą samą prawdą/prawdą w tym samym sensie) dla innej. Gdy klienci zwracają się do logopedy, zwykle chcą coś zmienić w swoim życiu, dlatego to, co najlepiej służy temu celowi, może zostać uznane za prawdę w procesie pomocy (Egan, 2014; Ramnerö, Törneke, 2008). Ta pragmatyczna definicja wartości prawdy w produkcji wiedzy dla kontekstów praktycznych jest centralnym zagadnieniem w wytwarzaniu klinicznie istotnej pracy naukowej w takich dziedzinach, jak zaburzenia płynności mowy.

Przyczynowość w perspektywie systemowej

Powyższe pragmatyczne podejście przyjmuje lokalną i konkretną naturę prawdy lub zasadności w kontekście klinicznym, ocenę wyników pozostawia zaś klientowi i klinicyście. Jak jednak wspomniano wcześniej, istnieje tutaj niebezpieczeństwo zawężenia klinicznego i badawczego „spojrzenia” do prostego pytania, „co działa”, w odniesieniu do konkretnych, lokalnych problemów, a także konkretnych metod naukowych, strategii i/lub technik. Prowadzi to do zaniedbania centralnego, nadrzędnego celu produkcji wiedzy, którym jest *wytłumaczenie*, pragmatyczny termin oznaczający teoretyzowanie. Przykładowo Strauss i Corbin (2015) w swojej wersji systemów kodowania w teorii ugruntowanej dla danych jakościowych podkreślają znaczenie powiązania miejscowych, konkretnych szczegółów wydobytych spośród danych z szerszymi zagadnieniami lub motywami za pomocą ciągłego procesu porównywania, w którym analityk stosuje weryfikację hipotez w formie pytań odnoszących się do danych, ostatecznie zaś do kształtujących się teoretycznych ram, skonstruowanych przez badacza. Jest to podejście stworzone po to, by zakorzenić teoretyzowanie w danych; przyczynę postrzega się w nim w kategoriach interdynamiki towarzyszącej złożonym procesom społecznym (takim jak terapia logopedyczna lub życie klienta), a nie w pojedynczych, konkretnych wydarzeniach, substancjach czy technikach. Coś, co przyczynia się raczej do ujawniania się zjawisk interaktywnych, a nie linearnych w odniesieniu do złożonych ludzkich procesów systemowych wraz ze zmiennością i nieprzewidywalnością jąkania, sugeruje, że może chodzić o „system złożony” (Packman, Kuhn, 2009; Ward, 2018). W przypadkach złożonych, systemowych fenomenów i interwencji istnieje wiele czynników mogących znaleźć odzwierciedlenie w rezultatach lub wynikach praktyki klinicznej i badań naukowych nad praktyką kliniczną i zmianą terapeutyczną. Cartwright i Hardie (2012), Kvernbekk (2016), Lambert (2013), Wampold (2015) oraz Anjum, Copeland i Rocca (2020) – wszyscy oni usiłowali opisać przyczynowość systemową jako sumę wielu czynników pozostających w interakcji, zarówno kontekstualnych, jak i właściwych dla jednostki. Wdrożenie interwencji terapeutycznej sprawi, że wpływ na wyniki będzie miała nie tylko ona sama, ale również owe interakcje.

Przeprowadzone przez Lamberta (2013) badanie wyników psychoterapii wyodrębniło w formie diagramu kołowego cztery czynniki przyczyniające się do pomyślnej terapii. Przedstawiono przy tym hipotezy procentowego rozkładu zmiany doświadczonej przez klientów jako funkcji elementów, którymi są: czynniki klient/życie (właściwości klienta lub środowiska) – 40%; czynniki dzielone (empatia i relacja terapeutyczna) – 30%; oczekiwanie klienta (oczekiwanie pomocy lub wiara w powodzenie terapii) – 15%; techniki profesjonalne (niepowtarzalne czynniki konkretnych terapii zastosowane do odpowiednich dla nich problemów) – 15%. W analizie tej



największy wpływ wywarły czynniki związane z klientem, a następne kolejno: czynniki wzajemne/dzielone, zastosowane techniki, wreszcie oczekiwania klienta co do wyników terapii. W alternatywnej konceptualizacji Cartwright i Hardie (2012) oraz Kvernbekk (2016) używają metafory „ciasta przyczynowego” (*causal cake*), którego składniki obejmują interwencję i inne istotne czynniki, interwencja zaś reaguje z innymi „składnikami”, by „wyprodukować” rezultat (Cartwright, Hardie, 2012; Kvernbekk, 2016). Metafora ta jest obliczona na uświadomienie czytelnikowi, że jeden tylko składnik nie wystarczy do zrobienia ciasta, tak jak jedno podejście samo w sobie nie stanowi jeszcze procesu terapeutycznego. Ponadto podkreśla się w ten sposób możliwość, że różne kombinacje składników mogą stworzyć całą gamę smacznych (lub niedobrych) ciast, różne kombinacje czynników mogą skutkować różnymi wynikami terapii.

Inne modele, jak na przykład model wspólnych czynników terapeutycznych (*Common Therapeutic Change Principles* – CTCP) czy też model kontekstualny (*Contextual Model* – CM), są w pewnym stopniu analogiczne do „ciasta przyczynowego” i diagramu kołowego Lamberta. Na model CTCP składa się, jak to ujął Goldfried (1980), „przestrzeń między teorią a techniką, którą z braku lepszego terminu nazwać możemy zbiorem strategii klinicznych” (s. 994–995) lub technik terapeutycznych i procedur klinicznych na najniższych poziomach abstrakcji. Zarówno model CTCP, jak i CM zostały opisane w pracach Manninga (2010) i Plexico, Manninga i DiLollo (2010). Założenie modelu CM jest takie, że „korzyści z psychoterapii wzrastają dzięki procesom społecznym i że szeroko rozumiana relacja jest opoką jej efektywności” (Wampold, 2015, 50). Model ten objaśnia trzy główne ścieżki promujące zmianę dzięki terapii, którymi są: 1) prawdziwa relacja klienta i terapeuty; 2) stworzenie oczekiwania w oparciu o uzasadnienie terapii; 3) zadania i działania terapeutyczne odpowiadające uzasadnieniu terapii. Klinicysta i klient muszą nawiązać wstępną więź, by ścieżki te mogły być stosowane (Wampold, 2015, 53–54). Model CM nie dostarcza szacunków co do stopnia wpływu różnych czynników na wyniki terapii, jak to ma miejsce w przypadku diagramu kołowego Lamberta (2013), zamiast tego czyni on ramy bardziej uniwersalnymi dzięki uwzględnieniu możliwości, że względny wpływ poszczególnych czynników może być inny w zależności od szeregu elementów dodatkowych. Do tych ostatnich zaliczyć można zaburzenie, zmienne kontekstowe, a także zmienne intra- i interpersonalne zarówno klienta, jak i terapeuty.

Dyspozycjonizm i przyczynowość

Przyjmując „perspektywę komplementarności” wobec wiedzy, uznajemy cząstkowość wiedzy umiejscowionej (Van der Ven, Johnson, 2006). W ramach takiej per-

spektywy pragmatycznej rzeczą nie mniej istotne jest, by łączyć elementy w konstruktywny sposób dzięki dialektycznemu badaniu ich podobieństw i różnic poprzez tworzenie relacji przyczynowo-skutkowych w formie wyjaśnienia lub teorii. Jednym ze sposobów nieliniowego myślenia o przyczynowości, który uwzględnia ograniczenia wytwarzania relacji przyczynowej w procesach złożonych, jest rozumienie go z pozycji dyspozycjonizmu (Kerry, Eriksen, Lie, Mumford, Anjum, 2012; Low, 2017). W kategoriach dyspozycjonizmu każdy proces przyczynowy jest unikalny w odniesieniu do przyczynowej złożoności, wrażliwości na kontekst i przyczynowego syngularyzmu, i może obejmować niepowtarzalną kombinację owych dyspozycji. Z tego punktu widzenia nie istnieje doskonała metoda ustalania przyczynowości; zamiast tego efekt należy rozumieć jako rezultat nieodłącznych, oddziałujących na siebie dyspozycji (Anjum i in., 2020). Opis dyspozycjonalny podkreśla wagę warunków środowiska osobistego dla zrozumienia przyczyny i dostrzega, że interwencja nie jest jedynym czynnikiem mającym wpływ na wyniki. Według Kerriego i in. (2012, 1008) „przyczynowość jest tym, co zostaje dodane do sytuacji, co ingeruje i zmienia wynik”, tymczasem w ramach dyspozycjonizmu dodany czynnik okazuje się przyczynowo silny jedynie wtedy, gdy jest powiązany kauzalnie z przynajmniej jednym z obecnych już czynników. Kerry i in. (2012) twierdzą, że największą pracę przyczynową dostrzec można w badaniach pojedynczego przypadku (*single-case studies*), w których można doświadczyć prawdziwej natury przyczynowości jako zjawiska nieliniowego, „interakcji pomiędzy czynnikami sprawczymi; między siłami addytywnymi i subtraktywnymi prowadzącymi do efektu i w kierunku przeciwnym” (2012, 1011). Skuteczność konkretnego klinicysty w pracy z konkretnym klientem w określonym punkcie w czasie będzie zdeterminowana tym ruchem sił względem potencjalnych efektów; na przykład lęk jednostki przed oceną może spowodować zachowanie unikowe, co z kolei może utrudnić zdolność mówienia w otoczeniu społecznym albo doprowadzić do wycofania się społecznego. Każda dyskusja na temat przyczynowości musi mieć na celu zidentyfikowanie tego rodzaju czynników wraz z opisem ich wzajemnych relacji i ich związku z wynikiem interwencji, niezależnie od tego, czy zachodzi ona w poradni, czy w badaniu naukowym.

Praktyka oparta na dowodach naukowych w terapii jąkania

Od kilku dekad trwa debata dotycząca właściwych kryteriów oceny wyników terapii jąkania. Początkowo nacisk w tych dyskusjach kładziono na opinie różnych klinicystów lub badaczy co do tego, na czym powinny się skupiać osoby jąkające, zależnie od naukowego czy też filozoficznego stanowiska terapeuty, chociaż ostatnio dyskusje o wynikach terapii poszły w stronę oddania klientowi decyzji o przedmiocie



uwagi terapii (Ward, 2018). Literatura w dziedzinie terapii jąkania dzieli terapie na kilka głównych tradycji w oparciu o rozbieżne fundamenty teoretyczne, następnie zaś rozróżnia je na podstawie behawioralnych lub afektywnych celów terapii, procedur i struktury (Guitar, 2014; Shapiro, 2011). Jednocześnie podejścia zintegrowane podkreślają zasadę, że terapia jąkania powinna być dostosowana do konkretnych potrzeb każdego klienta (Guitar, 2014; Logan, 2015; Shapiro, 2011; Ward, 2018). Pomimo pozornej zgody w kwestii znaczenia poglądów klienta literatura wciąż wskazuje na podział logopedów na dwie dychotomiczne grupy: tych, którzy pracują nad kształtowaniem płynności mowy, i tych, którzy stosują podejścia modyfikacji jąkania. Spontaniczna lub kontrolowana płynność mowy jest nadal postrzegana jako jedyny i najważniejszy cel logopedów pracujących w ramach terapii nastawionej na upłynnianie mowy; w podejściu tym niewiele wysiłku poświęca się próbom zredukowania lęku klienta i jego postawy unikowej lub wpłynięcia na jego postawy wobec jąkania (Shapiro, 2011). Ta cecha profesjonalnych publikacji na temat jąkania znalazła odzwierciedlenie w tytule reprezentatywnego dla tej debaty artykułu: *Czego chcą osoby jękające się? Płynności czy wolności?* (Venkatagiri, 2009). Istotną kwestią pozostaje, czy rozróżnienie to jest nadal aktualne w obecnych kontekstach klinicznych, także stopień, w jakim takie podejście odwzorowuje rzeczywisty konsensus w praktyce terapii jąkania.

Badania nad skutecznością interwencji w jękaniu mają podstawowe znaczenie dla przyszłego rozwoju klinicznego. Baxter i in. (2015) odkryli, że indywidualna zmienność w odpowiedzi na różne koncepcje leczenia jąkania jest znacząca w badaniach terapii, brakuje natomiast badań na temat podejść do terapii jąkania opartych na różnicach odpowiedzi i skuteczności w jednostkowym przypadku. Szczególnie w ramach badań w zakresie terapii jąkania potrzebne są wzmożone wysiłki wobec wyzwania, jakim jest dopasowanie właściwego podejścia do potrzeb każdego indywidualnego klienta (Hayhow, Cray, Enderby, 2002; Sønsterud, 2020; Sønsterud, Halvorsen, Feragen, Kirmess, Ward, 2020), a także empirycznych danych dotyczących długoterminowych korzyści z terapii dla klienta według poszczególnych koncepcji (Ward, 2018, 301). To, jak i w jakim stopniu wyniki terapii związane są z komunikacją i życiem codziennym osoby jękającej się, w większości badań nie jest jasne; zachodzi potrzeba rozpoznania „różnych podtypów osób, które się jękają i radzą sobie z tym w zróżnicowany sposób” (Nye i in., 2013, 930). Jest mało prawdopodobne, by czynników, które osoba jękająca się może postrzegać jako znaczące w terapii, reprezentowane były w badaniach interwencji, nie zademonstrowano również empirycznie (Bothe, Richardson, 2011; Ingham, Ingham, Bothe, 2012). Pod tym względem perspektywa *jednostki w kontekście* jest bardzo istotna, a kluczowym jej konceptem jest *znaczenie osobiste*. Zachęcanie klienta do własnych ewaluacji i właściwe ich wykorzystanie stanowi podstawowy element praktyki opartej na dowodach, w tym te-

rapii jąkania (Bothe, Richardson, 2011; Ingham, Ingham i in., 2012). Zwraca to uwagę na wartość terapii elastycznych, które mogą zostać dostosowane do aspektów szczególnie ważnych dla jednostki. W ramach tego rozumowania istotne jest oszacowanie sukcesu w kategoriach zmiany w kontekście behawioralnym, społecznym i emocjonalnym, nie tylko jako usunięcie jąkania czy zwiększenie płynności mowy.

Badania naukowe w dziedzinie psychoterapii wykazują, że terapia skoncentrowana na jednostce i trening samodzielnego zarządzania mogą zostać skutecznie zaimplementowane przez doświadczonego logopedę (np. Benum, Axelsen, Hartmann (2013); Nissen-Lie i in. (2013); Oddli, Halvorsen (2014); Oddli, McLeod (2016)). Doświadczenie kliniczne i badania naukowe w dziedzinie terapii jąkania w zbliżonym stopniu przekonują, że jakość życia i zdrowie psychiczne dorosłych osób jąkających się może ulec znacznej poprawie podczas terapii dostosowanej do ich specyficznych potrzeb (Baxter i in., 2015; Beilby, Byrnes, Yaruss, 2012; Craig, Blumgart, Tran, 2009; Langevin, Kully, Teshima, Hagler, Narasimha Prasad, 2010), niewiele uwagi poświęcono jednak dotychczas różnorodności czynników, które mogą wpłynąć na wyniki terapii. Mając na celu dalsze poszerzenie wiedzy w tej dziedzinie, w pracach Sønsterud i współpracowników (Sønsterud, 2020; Sønsterud, Feragen, Kirmess, Halvorsen, Ward, 2019; Sønsterud i in., 2020; Sønsterud, Kirmess i in., 2019) przyjęto zindywidualizowaną perspektywę uwzględniającą kontekst i badano niektóre z tych czynników bardziej szczegółowo. Czynniki wpływającymi na wyniki terapii okazały się cechy indywidualne (w tym: motywacja i oczekiwania pozytywnego wyniku; Sønsterud, 2020), jakość przymierza terapeutycznego (relacja klienta i terapeuty; Sønsterud, Kirmess i in., 2019), a także intensywność pracy własnej klienta (Sønsterud i in., 2020). Tym niemniej w pracy tej samo podejście terapeutyczne, mianowicie multimodalna indywidualna terapia jąkania (*Multimodal Individual Stuttering Therapy – MIST*), odegrała dużą rolę, a jednoznaczne określenie stopnia jej doniosłości było możliwe dzięki zastosowaniu tego właśnie paradygmatu badawczego.

Podobnie jak w praktyce psychoterapeutycznej zasady wspólnego podejmowania decyzji klinicznych oraz stabilne i pozytywne przymierze terapeutyczne mogą przyczynić się do korzystnych wyników terapii jąkania (Lawton, Haddock, Conroy, Serrant, Sage, 2018; Lawton, Sage, Haddock, Conroy, Serrant, 2018; Manning, 2010; Sønsterud, Kirmess i in., 2019). Korelacja między przymierzem terapeutycznym a wynikami w psychoterapii poddana była już kilkakrotnie metaanalizom, ukazując nieznaczne zróżnicowanie w korelacji całkowitej ($r = 0,21$ do $r = 0,29$); (Flückiger, Del Re, Wampold, Horvath, 2018; Horvath, Del Re, Fluckiger, Symonds, 2011). Te badania oraz badania Sønsterud, Kirmess i in. (2019) potwierdzają, że przymierze terapeutyczne jest ważną składową wyników terapii, ale Sønsterud i Kirmess wskazują również na obecność dodatkowych istotnych czynników. W oparciu o metaanalizę Del Re, Flückiger, Horvath, Symonds i Wampold (2012) ustalili, że jeżeli chodzi o pozy-



tywne wyniki klienta, zmienność klinicysty (*within-clinician variance*) była w przymierzu terapeutycznym w psychoterapii ważniejsza od zmienności klienta (*within-client variance*). Tak czy owak te wymiary będą miały wpływ na udział klienta i interakcję pomiędzy klinicystą a klientem. Badanie dowodzi także, że zmienność pomiędzy klinicystami jest często większa niż zmienność pomiędzy różnymi modalnościami terapeutycznymi (Del Re i in., 2012; Goldfried, 2014; Lambert, 2013; Wampold, 2015), co wskazuje, że wybór terapeuty ma potencjalnie większy wpływ na wyniki terapii niż wybór podejścia terapeutycznego (Sønsterud i in., 2020).

Jak mierzy się wyniki terapii i kto definiuje jej „sukces”?

Znaczenie klienta i kontekstu

Zgodnie z perspektywą demokracji udziałowców (*democratic stakeholder perspective*) istnieje potrzeba stworzenia jaśniejszych definicji tego, co konkretnie składa się na „poprawę” lub „wynik terapii”, a także – w czym ujęciu (Bernstein Ratner, 2005). Baxter i in. (2015) kończą raport ze swojej metaanalizy wnioskiem, że znaczny odsetek uczestników odnosi korzyść z zastosowania gamy różnych typów interwencji. W podobnym nurcie Connery, Galvin i McCurtin (2021) wyodrębnili szereg różnorodnych terapii jąkania, nie wskazując znaczących zbiorczych różnic między grupami poddanymi interwencji a grupami porównawczymi w zakresie poprawy komunikacji i funkcjonowania psychospołecznego. Baxter i in. (2015, 688) twierdzą, że pomimo wzrostu zarówno zakresu interwencji, jak i wielkości badań, nadal brak klarownych dowodów, które wskazywałyby, jakie klient odniesie korzyści z danego programu (Baxter i in., 2015). Przedstawione wcześniej stanowisko pluralistyczne czyni wiarygodnym pogląd, że to osoby jękające się są prawdziwymi bohaterami i bohaterkami, a logopeda odgrywa mniej znaczącą rolę „przewodnika” lub dostawcy zasobów (McLeod, 2018). Istnieje, jak się wydaje, wyraźna potrzeba szerszego uwzględnienia reakcji klienta oraz zintegrowania tej perspektywy z badaniami naukowymi, chociaż aktualne wytyczne kliniczne przeważnie zalecają terapię jąkania opartą na tym, co okazało się skuteczne u większości klientów (Anjum i in., 2020). Jeżeli, przeciwnie, uważamy, że wszyscy klienci są różni i że przyczynowość w ostatecznym rozrachunku stanowi pochodną kontekstu i zjawisko interdynamiczne, wówczas nie może być mowy o „przeciętnych klientach” i żadna terapia nie jest dobra dla wszystkich. Przykładowo Bloodstein i Bernstein Ratner (2008) twierdzą, że kliniści i badacze powinni wykazywać się uważnością w kwestii indywidualnego profilu, potrzeb, wartości, motywacji i reakcji danej osoby, ponieważ „kliniści powinni umieć ocenić najbardziej odpowiednią formę terapii, zainicjować przymierze terapeutyczne oraz rozwiązywać problemy w kontekście różnych wzorców odpowiedzi na terapię, je-

żeli chcą osiągnąć pozytywny i trwały wynik terapeutyczny” (s. 383–384). Pod wieloma względami ogół wyzwania klinicznego może w większym stopniu sprowadzać się do tego, jak logopeda potrafi zaadaptować i zintegrować elementy interwencji, niż do wyboru konkretnego podejścia terapeutycznego.

Oświadczenie dotyczące praktyki opartej na dowodach w psychologii wydane przez Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne w 2005 roku jest rezultatem współpracy naukowców i praktyków z szerokiego spektrum dziedzin klinicznych, wydziałów opieki zdrowotnej, badaczy opieki zdrowotnej, ekspertów ds. zdrowia publicznego i konsumentów. Wielu klinicystów i badaczy w dziedzinie edukacji zdrowotnej w Norwegii przyjęło politykę określoną w wystąpieniu APA (Rønnestad, 2008). Przedstawia ono klarowną definicję praktyki opartej na dowodach naukowych w „psychologii (EBPP), będącej integracją najlepszych dostępnych badań naukowych i doświadczenia klinicznego w kontekście charakterystyki, kultury i preferencji pacjenta” (Levant, Hasan, 2008; Rønnestad, 2008). Ratner (2005) wskazuje, że praktyka oparta na badaniach naukowych w terapii jąkania obejmuje zintegrowanie „najlepszych dowodów naukowych”, doświadczenia klinicznego i przekonań klienta oraz że terapeuta musi być przygotowany na szereg różnych wyników, które z kolei będą wymagały szerszej definicji postępu w procesie terapeutycznym i jego celów (s. 265). Robey i Schultz (1998) sugerują wprowadzenie rozróżnienia na *skuteczność (efficacy)* i *efektywność (effectiveness)*, w ramach którego badania *skuteczności* będą oceniały terapię w warunkach optymalnych, w przestrzeni laboratoryjnej, podczas gdy badania *efektywności* będą ją oceniać w przestrzeni klinicznej i w warunkach codziennych. Według Pringa (2004) badania *skuteczności* mają pierwszeństwo. Jeżeli terapia sprawdzi się w warunkach optymalnych, naturalnym krokiem będzie przetestowanie jej w otoczeniu codziennym. Mimo statusu „złotego standardu” jako testów *skuteczności* badania randomizowane mają ograniczenia, gdy stosuje się je do oceny wyboru terapii dla konkretnej grupy klientów: trudniej je przeprowadzić w innych obszarach interwencji medycznej, a zarówno heterogeniczność grup, jak i zastosowanych podejść terapeutycznych, sprawiają, że uzyskanie znaczących rezultatów i zapewnienie klinicystom wartościowych informacji jest mało prawdopodobne (Pring, 2004).

Stanowisko APA uwzględnia to, jak różne formy badań naukowych przyczyniają się do powstawania konkretnych rodzajów wartościowej wiedzy. Kiedy jednak w kategoriach APA rozważamy skutki, pojawiają się pewne zastrzeżenia. Ocena terapii jako *skutecznej* jest możliwa, gdy efekty interwencji są dość znaczące, by mogły mieć rzeczywistą wartość dla jej uczestnika lub dla społeczeństwa. Oznacza to, że konieczne jest wykazanie istnienia relacji przyczynowo-skutkowej (Gast, Ledford, 2014, 86). Tymczasem pośród prac naukowych w dziedzinie jąkania niewiele jest badań skoncentrowanych na tym, co klient uważa za skuteczną terapię, a także takich,



które śledziłyby uzyskane efekty w jego własnym środowisku. Badania kliniczne istot ludzkich muszą mierzyć się ze złożonymi podmiotami, wchodzącymi w złożone interakcje ze swoimi (złożonymi!) środowiskami. Każdy z tych elementów może przyczynić się do zakłóceń procesu terapeutycznego i jego wyników. Konieczne jest rozważenie od strony etycznej, dla kogo prowadzone jest badanie terapii, obejmujące pytanie, czy to, co klinicysta uznaje za optymalne ramy badania, jest również odpowiednie dla osoby jąkającej się. Ponadto w rzeczywistych sytuacjach niejednokrotnie występują ograniczenia zasobów, w tym czasu, które mogą zaciemnić efekt lub uniemożliwić mu osiągnięcie widzialności.

W pracy klinicznej oczywistością wydaje się myśl, że terapeuci i badacze powinni rozważać zagadnienie jąkania z perspektywy osób jąkających się i że wiele osób odnosi korzyści z połączenia podejść behawioralnych i podejść opartych na emocjach (Ward, 2018). Obecnie terapia jąkania jest oparta zwykle na zasadzie współdecydowania przez osobę jąkającą się i logopedę. Poprawa postrzegania własnej umiejętności mówienia i pewność siebie w komunikacji uznawane są za ważne cele. Według *Międzynarodowej klasyfikacji funkcjonowania (International Classification of Functioning – ICF, World Health Organization, 2018)* zdolność jednostki do aktywnego uczestniczenia w życiu i jakość życia to centralne zagadnienia terapii. Według wytycznych APA celem terapii jąkania, który uważać należy za fundamentalny, jest określenie zadań, strategii i elementów terapeutycznych o najlepszych praktycznych skutkach dla klienta w konkretnym momencie jego życia, a sukces terapii zorientowanej na cel zależy od tego, czy klient i terapeuta są zaangażowani we wspólne konstruowanie istotnej ścieżki. Musi to być ścieżka współdecydowania o zadaniach i celach osobistych, musi ona również angażować klienta i terapeuta w poszukiwania dostępnych możliwości i łączenie elementów w sposób najbardziej odpowiadający celom i preferencjom klienta (Manning, 2010; Sønsterud i in., 2020; Sønsterud, Kirness i in., 2019). Centralne pytanie dla nich obu brzmi: *Jak jąkanie wpływa na życie klienta? Wpływ jąkania powinien być oceniany w odniesieniu do sytuacji społecznych i kontekstów mających dla klienta znaczenie, np. Jak Chris wchodzi w interakcje w życiu codziennym? Czy potrafi rozmawiać przez telefon, przyłączyć się do kolegów w pubie lub wziąć aktywny udział w spotkaniach szkolnych lub zawodowych? Czy jest zaangażowany w życie swojej rodziny, np. czy organizuje urodziny i jest w stanie opowiadać anegdoty lub czytać dzieciom na głos?* Badania naukowe i doświadczenie kliniczne sugerują, że społeczne funkcjonowanie jednostki i skala jej zachowań unikowych są znaczącymi czynnikami wpływającymi na wyniki terapii.

Dzięki klinicznemu skupieniu się na pozyskiwaniu własnej analizy funkcjonalnej klienta w zakresie wybranych przezeń parametrów o znaczeniu osobistym możliwe jest wsparcie klientów w stawianiu się aktywnymi jednostkami i badaczami w swoich własnych kontekstach komunikacyjnych, i to zapewne ten rezultat ma najwięk-

szy potencjał dla zapewnienia trwałej zmiany na lepsze. W ramach tej perspektywy podkreślono, że badanie kliniczne efektywności podejść terapeutycznych musi być uzupełniane przez badanie procesu terapeutycznego, w tym roli przymierza terapeutycznego (Rønnestad, 2008). W ramach twórczej współpracy klient i terapeuta mogą zająć się obserwacją codziennej komunikacji klienta. Ta przestrzeń współpracy może zostać wykorzystana w celu uzyskania poczucia, że istnieją możliwości poprawy konkretnych umiejętności, takich jak ogólna umiejętność mówienia, a także realizowania większych celów, bardziej ogólnej natury, jak pewność siebie w komunikacji i ogólne dobre samopoczucie w życiu. W tym paradygmacie logopeda musi pracować elastycznie, a terapia jest uznawana za zakończoną sukcesem, jeżeli klienci osiągnęli swoje cele lub są zadowoleni z tego, co uzyskali. Koncepcja, że to klienci decydują o tym, co stanowi pomyslną interwencję, została podkreślona w literaturze poświęconej przymierzowi terapeutycznemu (Flückiger i in., 2018; Nissen-Lie i in., 2013; Nissen-Lie, Monsen, Rønnestad, 2010; Nissen-Lie, Havik, Høglend, Rønnestad, Monsen, 2015; Oddli, Nissen-Lie, Halvorsen, 2016; Wampold, 2015), natomiast Miciak i współpracownicy (2018) wyróżnili cztery główne warunki konieczne dla stworzenia relacji terapeutycznej: obecność, otwartość, szczerłość i zaangażowanie. Według autorów te warunki wprowadzane przez logopedę w połączeniu z jego dobrymi umiejętnościami komunikacyjnymi stanowią konieczne intencje i postawy zarówno dla klinicysty, jak i klienta. Istotne i konkretne oceny ilościowe i jakościowe na potrzeby mierzenia przymierza terapeutycznego, szczególnie z perspektywy klienta, są potrzebne dla bardziej szczegółowej eksploracji tej idei (Sønsterud, Kirmess i in., 2019). Znaczenie silnego przymierza terapeutycznego między klinicystami a klientami, a także sposób, w jaki jego jakość wpływać może na wyniki terapii, zostały szerzej opisane w rozdziale 12.

Wyzwania badania wyników i utrzymanie trzech filarów zasobu dowodów

Chociaż istnieje spory zasób dowodów naukowych na ocenę skuteczności podejść terapeutycznych do jąkania (Bothe, Davidow, Bramlett, Ingham, 2006; Nye i in., 2013), bazę dowodów osłabia jednak metodologiczna niesolidność wielu badań, duża liczba osób wycofujących się z kohort eksperymentalnych, mało liczebne grupy, brak długoterminowych badań kontrolnych po zakończeniu programu, a także występowanie nawrotów (Baxter i in., 2015; Bothe i in., 2006; Ingham, Bothe, Wang, Purkhiser, New, 2012), a wyniki badań nad dowodami wskazują wielorakie, niejednokrotnie rozbieżne kierunki. Badania interwencji, zwłaszcza te długoterminowe, są wymagające, chociaż są potrzebne do dalszej eksploracji długoterminowego wpływu interwencji – pojawiają się problemy wynikające z rezygnacji klientów oraz



problemy z rekrutacją wystarczającej liczby uczestników dla stworzenia grupy eksperymentalnej (Baxter i in., 2015; Bothe i in., 2006; Nye i Hahs-Vaughn, 2011; Sønsterud i in., 2020). Stałe problemy są również wynikiem ciągłego braku klarowności lub niewystarczającego zasobu informacji dostarczanego w badaniach elementów terapii (Baxter i in., 2015), natomiast w dziedzinie jąkania mowa przedłużona i terapia restrukturyzacji mowy uważane są za standardowe i tradycyjne formy terapii dla dorosłych jąkających się (Bothe i in., 2006; Ingham, Bothe i in., 2012; Neumann i in., 2019). W naszej pracy klinicznej zauważyliśmy jednak, że wybory klientów nie zawsze dobrze wpasowują się w te paradygmaty. W istocie baza wyników ograniczona jest przez czynniki, takie jak stroniczość publikacji, nadmierny nacisk kładziony na zagadnienia z poprzednich badań, te zaś ograniczenia służą do zilustrowania głównych trudności przy jej rozszerzaniu. Ponadto poważnym wyzwaniem pozostaje, jak definiować pozytywne wyniki terapii podczas interpretowania wyników badań. Zawsze istnieje ryzyko pomylenia statystycznego znaczenia z prawdziwym znaczeniem klinicznym (Alm, Dahlin, 2015; Finn, 2003; Simmons, 2011). Zarówno jakościowe, jak i ilościowe podejścia do badań naukowych muszą wypełnić lukę pomiędzy dowodami opartymi na praktyce a praktyką opartą na dowodach. Everard i Howell (2018), dla przykładu, badali zastosowanie podejścia modyfikacji jąkania na grupie dorosłych osób jąkających się i opisali potrzebę dalszych badań z „perspektywy konsumenta”, w których zapatrywania klienta pozyskiwane są jako dane oraz jako część dowodów na skuteczność.

Jednym ze sposobów włączenia trzech perspektyw praktyki opartej na badaniach jest umieszczenie koncepcji dowodu w bardziej uwzględniających kontekst ramach (Manning, 2010; McLeod, 2018; Oddli i in., 2016; Swift i in., 2017; Wampold, 2015). Swift i in. (2017) podkreślają użyteczność krytycznej oceny realistycznej (*critical realist evaluation* – CRE) w indywidualnych kontekstach terapii logopedycznej. Podstawę CRE stanowi zasada, że interwencja behawioralna nie może być oceniana bez uwzględnienia kontekstu, w którym jest prowadzona (Swift i in., 2017). Autorzy wskazują, że randomizowane badania kliniczne (RCT) z definicji „wyplukują” czynniki indywidualne i kontekstualne, które mogą wpływać na wyniki terapii. Baxter i in. (2015) oraz Swift i in. (2017) twierdzą, że istnieje potrzeba większej elastyczności i kreatywności we wspieraniu praktyki klinicznej, a ponadto że należy zgłębiać zastosowanie elementów terapeutycznych w ramach działań bardziej zorientowanych na jednostkę oraz poświęcających większą uwagę kontekstowi. Istnieje też potrzeba rozważenia praktyki opartej na dowodach w terapii jąkania w kontekście spostrzeżeń wytworzonych w badaniach klinicznych. Przykładowo Haaland-Johansen (2007) pokazuje, w jaki sposób logopeda musi opierać swoją pracę na istniejącej wiedzy teoretycznej i doświadczeniu praktyka, ale że to w spotkaniu klienta i klinicysty tworzy się praktyka oparta na dowodach. Greenhalgh i in. (2014) przekonują, że

mimo wielu korzyści płynących z badań naukowych mają one jednak również ograniczenia: „brakuje dyskusji nad tym, jak interpretować i stosować dowody naukowe w prawdziwych przypadkach, a także dzielenia się zbiorową wiedzą i doświadczeniem” (2014, 5). Autorzy opisują następnie, że w wyzwaniach samodzielnego zarządzania nie zawsze chodzi o wybór typu podejścia terapeutycznego albo techniki, a raczej o praktyczną i emocjonalną pracę związaną z implementacją tych wyborów, a wytyczne oparte na badaniach naukowych nie zawsze muszą odzwierciedlać indywidualne potrzeby i/lub złożony, wieloraki stan chorobowy (Greenhalgh i in., 2014). Oferują oni program „renesansu ruchu” poprzez skupienie uwagi na dostarczaniu użytecznych dowodów, które mogą być łączone z kontekstualnym i profesjonalnym doświadczeniem, aby jednostki mogły podlegać optymalnej formie terapii. Greenhalgh i in. (2014) utrzymują, że terapia „oparta na rzeczywistych dowodach” za priorytet uznaje troskę o jednostki, rozpatrując, jaki jest najlepszy sposób postępowania w danych okolicznościach i w danym punkcie ich przypadłości. Również inni autorzy podzielają ten pogląd (Kelly, Heath, Howick, Greenhalgh, 2015; Kerry i in., 2012; McLeod, 2018; Wieten, 2018). Odzwierciedla to również ideały terapii pluralistycznej (McLeod, 2018) i pozostaje w zgodzie z pracami Bothe i Richardson (2011), jak również Inghama, Ingham i in. (2012). Jak się wydaje, występuje tu dwoistość między zagadnieniami opisanymi w teoretycznej literaturze naukowej a napotykanymi w praktyce klinicznej, ale również zwrot ku uznawaniu wagi włączenia owych spostrzeżeń dotyczących praktyki opartej na badaniach w obręb uwzględniającego kontekst, zindywidualizowanego podejścia do terapii.

Robey i Schultz (1998) przedstawili pięciofazowy model badania rezultatów klinicznych, który odpowiada na szereg omawianych powyżej problemów. Faza 1 skupia się na wykazaniu, że potencjalny efekt terapeutyczny interwencji istnieje i nie wiąże się ze szkodliwymi efektami ubocznymi. W tej początkowej fazie dowody gromadzone są z raportów klinicznych i badań eksperymentalnych na małych grupach oraz z opisów pojedynczych przypadków. Rezultaty pozytywne stanowią wskazanie, że dany rodzaj terapii zasługuje na dalsze badanie. W fazie 2 podejmowane są próby zdefiniowania mechanizmu terapii. Podejmowane są decyzje, którzy klienci mogą być odpowiedni do terapii, przedstawiane są również kryteria wyłączenia z badania, mające kształtować proces rekrutacji klientów. Wybierane są metody pomiaru wyników, ustalany jest też czas trwania terapii i metoda jej prowadzenia. W fazie 3 prowadzone są zakrojone na dużą skalę badania skuteczności w celu uzyskania mocniejszego potwierdzenia, że terapia działa. W fazie 4 przeprowadzane są nacelowane badania efektywności, aby oszacować, czy terapia działa w warunkach klinicznych. Badania efektywności mogą następnie bardziej szczegółowo określać, którzy klienci mają odnieść z nich korzyści. Zróżnicowanie terapii i jej prowadzenie jest sprawdzane w celu maksymalizacji efektów, można również prowadzić meta-



analizy badań wcześniejszych. W fazie 5 badania efektywności wyznaczają opłacalność badania i ocenę satysfakcji konsumenta oraz wpływu na jakość życia klienta, jeżeli nie uczyniono tego wcześniej. Ten pięciofazowy model stanowi odpowiedź na kwestie podnoszone m.in. przez Greenhalgh i in. (2014) dotyczące społecznych różnic i praw człowieka oraz przez Swift i in. (2017), dostarczając szczegółowych definicji kontekstualnych skuteczności i rezultatu.

Refleksje na temat „optymalnych” projektów badań w terapii jąkania

Pomimo dobrych intencji przyświecających praktyce opartej na dowodach znacząca luka między nią a dowodami opartymi na praktyce najpewniej utrzymuje się w terapii jąkania (Bernstein Ratner, 2005; McCurtin, Murphy, Roddam, 2019). Istnieje możliwość dalszego zawężenia lub „przepracowania” owej luki poprzez rozwój programu badań nad terapią jąkania. Spory zasób badań naukowych wykazuje, że większość podejść do terapii jąkania osiąga poziom istotności statystycznej w przypadku rezultatów pozytywnych (Baxter i in., 2015). Mamy dostęp do informacji wskazujących, że większość programów terapeutycznych dla osób jąkających się i większość typów terapii jest skuteczna albo przynajmniej że mogą przynieść korzyści części osób jąkających się. Jednocześnie zdajemy sobie sprawę z tego, że występują zróżnicowane reakcje na te interwencje. Punkt centralny stanowi rozpoznanie, że wyniki są kształtowane przez konkretne perspektywy i konkretne pytania, do których odnosimy się w danym badaniu czy terapii. Wobec braku dowodów dotyczących pozytywnego wyniku terapii dla konkretnego klienta dobrym punktem wyjścia może okazać się eksplorowanie obszarów i podejść terapeutycznych, które mają największe znaczenia dla osób jąkających się. Tashakkori i Teddlie (2010) twierdzą, że istnieje wiele powodów prowadzenia badań naukowych i że można znaleźć wiele solidnych powodów dla przyjmowania wielu celów w ramach jednego projektu badawczego. Badania replikacyjne w terapii jąkania wymagają ustrukturyzowanego planu utrwalania kluczowych i szczegółowych informacji. Cele badań terapii mogą obejmować przewidywanie efektów, generowanie nowej wiedzy, eksplorowanie wpływu indywidualnego i/lub społecznego, pomiary zmiany oraz wypracowywanie większej wiedzy i lepszego zrozumienia zagadnień identyfikowanych w badaniach poprzednich.

Obecnie stosuje się różnorodne projekty ewaluacji i poprawy rezultatów terapii jąkania. Wybór projektu powinien zależeć od pytań badawczych; jako że celem jest dostarczenie rzetelnych dowodów opartych na badaniach naukowych, ważne jest wybranie metod badania, które są najbardziej odpowiednie, by dostarczyć odpowiedzi na wybrane pytania badawcze. Projekt badania wyznacza metodę zbierania danych, a staranny wybór projektu może ułatwić badaczowi bardziej efektywne

gromadzenie i analizę danych, co z kolei przyczynia się do uzyskania prawidłowych odpowiedzi na postawione pytania badawcze. Randomizowane badania kliniczne (RCT) są wciąż uważane za „złoty standard” w wytwarzaniu dowodów opartych na badaniach w kwestii rezultatów terapii. Chociaż RCT mogą być przydatnym schematem w badaniach logopedycznych, zwykle wyzwaniem w tej dziedzinie jest przeprowadzenie ich w optymalnych warunkach (Pring, 2016). Istnieje wiele przyczynowo istotnych czynników, które mogą zostać wyłączone z wyników randomizowanych badań klinicznych, jak na przykład negatywne rezultaty, grupy ryzyka, wariacje indywidualne, a także użyteczne szczegóły dotyczące interwencji jako takiej. Należy wziąć to pod uwagę przy interpretowaniu wyników RCT i stosowaniu uzyskanych tą drogą informacji w procesie podejmowania decyzji (Pring, 2004). Te ograniczenia powinny skłaniać nas do czujności przy uniwersalnym i bezwarunkowym wykorzystywaniu wyników osiągniętych w tego typu badaniach. Najlepsze dostępne randomizowane badania kliniczne mogą wykazać, która ze znanych interwencji przynosi korzyści największej liczbie osób, ale nie istnieje zasada postępowania, którą można by automatycznie zastosować, opierając się na takim wyniku. Robey i Schultz (1998) wskazują, że jeżeli badacz pragnie zmaksymalizować użyteczność i wybrać projekt badania w sposób przemyślany, wybór inny niż RCT może okazać się rozwiązaniem lepszym. W badaniu, w którym jest możliwe eksplorowanie mechanizmów przyczynowych i zbieranie informacji dotyczących lokalnych kontekstów, bardziej przydatnym projektem będzie na przykład taki, który dostarczy może większą liczbę szczegółów i bardziej konkretne odpowiedzi na temat efektywności w ramach perspektywy badania przeprowadzanego na dużych grupach.

Każda obserwacja może być „stronnicza” jako – powiedzmy – zorientowana na jeden punkt lub nadmiernie „zawężona” (z uwagi na zakres tego rozdziału nie sposób przedstawić bardziej wyczerpującego omówienia kwestii stronniczości), wszystkie zaś informacje są teoretyzowane (nie istnieje coś takiego jak bezstronna obserwacja; Azevedo, 1997). Dlatego nauka wymaga replikacji, co oznacza, że inni badacze w innych okolicznościach mogą próbować odtworzyć badanie na różnych próbach. Jeżeli wyniki replikacji będą zgodne z wynikami oryginalnego badania, można mieć większe zaufanie do hipotezy przyjętej w oryginalnym badaniu (należy zwrócić uwagę na to, że replikacja nie udowadnia prawdziwości pierwotnych wyników, a jedynie zwiększa ich wiarygodność). Rzeczą kluczową jest, by przeprowadzić badania replikacyjne przed wyrażeniem roszczeń co do trafności i wiarygodności. W celu ustalenia trafności zewnętrznej wyniki badania powinny zostać zastosowane w wielu różnych okolicznościach i na wielu populacjach. Warunki prowadzenia badań powinny być sprecyzowane, należy też ściśle stosować się do kryteriów włączenia do badania, aby zapewnić transparentę dotyczącą zarówno czynników związanych z uczestnikiem, jak i klinicystą. Interwencje terapeutyczne powinny być klarownie



zdefiniowane i opisane w sposób umożliwiający przeprowadzenie replikacji. Kliniści powinni być wyszkoleni w stosowaniu terapii zgodnie ze standardami jej prowadzenia. Efekty badań uzyskują akceptację, jeżeli są wielokrotnie potwierdzone w kolejnych badaniach i wydają się tłumaczyć obserwacje pewnej liczby innych badaczy.

Istnieją wytyczne zarówno dla randomizowanych, jak i nierandomizowanych badań terapii klinicznych. Mają one za zadanie ulepszenie jakości informacji uzyskiwanych w badaniu, na przykład zbiór szeroko stosowanych wytycznych dla raportów z badań opracowany przez grupę CONSORT (*Consolidated Standards of Reporting Trial*; Hemming i in., 2018) lub wzór opisu interwencji i replikacji (*Template for Intervention Description and Replication – TIDieR*) (Hoffmann i in., 2014). Tak czy owak, jąkanie jest złożonym zaburzeniem i zarówno jego ewaluacja, jak i terapia wymagają wszechstronnego podejścia, takiego jak choćby model całkowitego dowodu i wiedzy (*Total Evidence and Knowledge Approach – TEKA*) opracowany przez McCurtin i in. (2019). McCurtin i współpracownicy opracowały podejście do ewaluacji interwencji, które lepiej umożliwia wytwarzanie wiedzy jawnej, odzwierciedlając typy dowodów i wiedzy o terapii oraz poszerzając istniejące wytyczne i standardy. Autorki twierdzą, że TEKA wspomaga ochronę własności danych klinicznych oraz partnerstwo akademickie/kliniczne w odniesieniu do ewaluacji terapii; przekonują też, że lepiej ugruntowane kliniczne rozumienie terapii powinno zostać bardziej otwarcie wprowadzone w obręb formalnych ewaluacji i klinicznych procesów decyzyjnych (McCurtin i in., 2019). Same tylko pozytywistyczne projekty nie wystarczą jednak, by w pełni odzwierciedlić efektywność, wpływ i doświadczenie klienta w kompleksowej interwencji dla populacji niejednorodnych. McCurtin i in. (2019) powołują się na twierdzenie Dollaghan (2007), że nacisk kładziony na dowody naukowe przestonił pozostałe dwa komponenty dowodów: oparte na praktyce i oparte na dowodach od klienta. Jak się wydaje, model TEKA uzgodnić można z nawoływaniami Greenhalgh i in. (2014) o podejściu do badań interwencji i/lub ewaluacji charakteryzujące się dokonywaniem osądów eksperckich, a nie postępowaniem według mechanicznych reguł, jak również z koniecznością uczynienia najwyższym priorytetem etycznej opieki nad klientem.

Eksperymentalny projekt badania może być również odpowiedni dla opracowań w dziedzinie logopedii. Eksperymentalny projekt przestrzega ściśle zasad klasycznego pozytywistycznego modelu metody badań naukowych. Obejmuje on kontrolowane środowisko, w którym hipoteza jest testowana; zmienne, które mogą być manipulowane przez badacza (zależne); a także inne zmienne, które mogą być mierzone, obliczane i porównywane (niezależne). Chociaż w badaniu ludzi istnieje wiele czynników, które nie mogą podlegać kontroli, istnieją także istotne zmienne, które mogą być studiowane eksperymentalnie w kontrolowanych środowiskach. Adaptowanie i dostosowywanie interwencji do niepowtarzalnych potrzeb i preferencji

każdego klienta stało się strategią stosowaną przez klinicystów, stopniowo zyskuje również status cechy systemu opieki zdrowotnej jako takiego. Uzasadnieniem takiego podejścia jest założenie, że stosowność i efektywność wzrosną, jeżeli interwencja obejmie indywidualną zmienność w zakresie potrzeb, preferencji i odpowiedzi na terapię. Eksperymentalny projekt, który można również oprzeć na przypadku, byłby zatem rozwiązaniem preferowanym, przy czym replikacja wyników w innym środowisku i przy większych grupach nie przestaje być koniecznością. Tutaj również zachodzi potrzeba określenia kwalifikacji i poziomu wykształcenia logopedów; ważne jest też, by zaznajomili się oni w ramach dodatkowych kursów z konkretnymi terapiami i procedurami terapeutycznymi, tak aby cel standaryzacji został osiągnięty. Replikacja wymaga przygotowania szczegółowych opisów zarówno klientów, jak i logopedów włączonych do badania. Procedury terapeutyczne powinny być konkretne i opisane w najdrobniejszych szczegółach, podobnie jak wszelkie modyfikacje lub adaptacje terapii dla potrzeb jednostki. Ramy czasowe muszą być wystandaryzowane i ustrukturyzowane, należy również przeprowadzać wielokrotne pomiary rezultatów przy zastosowaniu zweryfikowanych narzędzi.

Niektóre korzyści z zastosowania podejścia jednopodmiotowego w praktyce terapeutycznej i badaniach

Wydaje się, że wzrasta świadomość różnorodności odpowiedzi na terapię wśród osób jąkających się (Baxter i in., 2015; McCurtin i in., 2019). Ten aspekt zmienności może pomóc w ożywieniu na nowo zainteresowania korzyściami płynącymi z zastosowania jednopodmiotowego podejścia badawczego. Wielokrotne badania pojedynczych przypadków stanowić mogą kontrolę zagrożeń trafności wewnętrznej badania przez włączenie kilku danych wyjściowych, wprowadzenie interwencji, a następnie dokumentowanie jej efektu za pomocą powtarzanych pomiarów. Przewagą projektu wielokrotnego badania pojedynczych przypadków jest jego elastyczność i umożliwienie badaczowi stworzenia ewaluacji „na miarę” dla poszczególnych osób i ich zindywidualizowanych terapii – zarówno przed, jak i po interwencji. Dokonywanie pomiarów przed, w trakcie i po terapii w tego rodzaju projekcie opartym na pojedynczym przypadku zapewnia istotne i szczegółowe pomiary na potrzeby dokładnych porównań przed testem i po nim, co czyni go użytecznym w ocenie wartości nietestowanego zindywidualizowanego podejścia do terapii (Gast, Ledford, 2014). Następnie przeprowadzić można szereg replikacji bezpośrednich międzyosobniczych lub międzygrupowych przy zastosowaniu tej samej konstrukcji A-B-A w celu zwiększenia pewności co do efektu terapii. Rezultat ten może być dalej ewaluowany i replikowany przez rozszerzenie badania o nowych uczestników lub o innych logopedów. Gdy



analiza A-B-A jest potwierdzona systematycznymi replikacjami, wzmocnione zostaje przekonanie o wpływie danej interwencji na zachowanie (Gast, Ledford, 2014).

APA rekomenduje podawanie wielkości efektu we wszystkich raportach statystycznych, dlatego sposoby obliczania wielkości efektów stanowią cenną informację w badaniach interwencji. Do oceny wielkości efektu wykorzystać można wartość d Cohena (Cohen, 1988) albo cząstkowe eta kwadrat (η^2) (Richardson, 2011), które są powszechnie stosowane w badaniach w obszarze psychologii i edukacji, choć ich interpretacja jest daleka od oczywistości. Mimo iż sam Cohen ustalił bardzo ściśle określone limity wartości w interpretacji skutków interwencji: 0,2 = mała, 0,5 = średnia, 0,8 = duża, przy wprowadzaniu opatrzył je dobitną przestrogą, że wnioskowanie o wielkości efektu może okazać się „operacją podatną na wiele zagrożeń” (Cohen, 1988). Pozostaje więc sprawą wielkiej wagi, by wyniki badań interpretować krytycznie z perspektywy ich istotności praktycznej, klinicznej i osobistej. Zważywszy, że wciąż brakuje informacji na temat elementów terapii jąkania uważanych za najbardziej efektywne przez samych klientów, centralną kwestią powinno być, co działa w przypadku osoby na konkretnym etapie jej życia codziennego. W tym sensie schematy pretest–posttest, projekty wielu punktów odniesienia czy projekty eksperymentów jednopodmiotowych (Tate i in., 2016) są dobrze dostosowane do badania terapii jąkania. Prowadzenie badań niezmiennie natrafia na pewne bariery, a namysł nad praktyką opartą na dowodach również ujawnia istnienie takich barier, powiązanych z osobami klinicysty i klienta, a także z organizacją i dowodami (Gravetter, Forzano, 2016).

Należy pamiętać, że jeżeli konkretne podejście okazało się efektywne w warunkach klinicznych, ale pozostaje nieadekwatne lub niemożliwe do zastosowania w życiu codziennym jednostki, nie ma takiej ilości dowodów klinicznych, która zrekomensowałaby tę porażkę interwencji w warunkach, w których ta jest naprawdę potrzebna. W dziedzinie jąkania wciąż utrzymują się wyzwania, do których zalicza się znajdowanie odpowiednich i miarodajnych narzędzi do pomiaru jąkania, jak również definiowanie klinicznie i osobiście istotnych wyników. Istnieje szereg korzyści z zastosowania uznanych i standaryzowanych narzędzi pomiaru, udało się także wypracować szereg wartościowych miar (Iverach i in., 2016; Karimi i in., 2018; Wright i Ayre, 2000; Yarus, Quesal, 2006). Niezależnie od wybranych zmiennych pomiaru wyników terapii jąkania musi brać pod uwagę zakres czynników dotyczących mowy oraz zmienne psychologiczne, a także potencjalne zaskakujące efekty pojawienia się innych pozytywnych zmian, takich jak lepsza jakość życia, pewność siebie w komunikacji, a w konsekwencji zmniejszenie się liczby zachowań unikowych wraz z potencjalnym wzrostem liczby okazji do mówienia (w tym, dla niektórych, również do jąkania). Bothe i Richardson (2011) zalecają połączenie samooceny klienta w zakresie osobistego znaczenia zmian uzyskanych w terapii z profesjonalnie obiektywny-

mi i możliwymi do uzasadnienia danymi dotyczącymi zmiennych wybranych przez klienta jako idealny, skupiony na kliencie zasób dowodów do badań klinicznych. Istotne i konkretne oceny ilościowe i jakościowe pomiaru procesów emocjonalnych i poznawczych, a także rezultatów terapii, szczególnie z punktu widzenia klienta, są konieczne do bardziej wyczerpującego zbadania pojęcia dowodu. Terapia jąkania powinna obejmować również ewaluację przymierza terapeutycznego, przede wszystkim z perspektywy osoby jąkającej się. Włączenie takich ewaluacji na wczesnym etapie procesu terapeutycznego może sprawić, że dobrze zdefiniowane cele będą uwzględniały kontekst, że pojawią się znaczące zadania oraz że logopeda i osoba jąkająca będą mogli łatwiej zidentyfikować wyzwania i zaradzić im, gdy te się pojawią (Sønsterud, Kirmess i in., 2019). Poprzednie badania szeregu programów terapeutycznych dla osób jąkających się nie zidentyfikowały precyzyjnie czynników odpowiedzialnych za indywidualną zmianę w następstwie ukończonej z powodzeniem terapii. Badanie stopnia, w jakim terapia jąkania ma osobiste znaczenie dla jednostek w ich życiu codziennym, oraz tego, czy zmiany spowodowane terapią polepszyły jakość ich życia, ma wielką wartość dla ustalenia, co stanowi najlepszą bazę dowodów dla interwencji (Bothe, 2003; Finn, 2003; Ingham, Ingham i in., 2012). Włączenie danych jakościowych i istotnych metodologii interpretacyjnych, oprócz ilościowych danych i analizy statystycznej, jest działaniem właściwym w ewaluacji, czy i jak interwencje funkcjonują w sposób znaczący i skupiony na kontekście w przypadku osoby, dla której są przeznaczone (Dures, 2012).

Konkluzja

Zgodnie z pluralistycznym i pragmatycznym podejściem do wytwarzania wiedzy adekwatnej i użytecznej dla kontekstów klinicznych specjalizacja w zakresie terapii mowy i języka musi być realizowana w ramach holistycznych i skupiających się na jednostce. Takie stanowisko umożliwi ciągłe prowadzenie dyskusji teoretyczno-badawczych, naukowych i klinicznych w sposób pozwalający na włączenie każdej z perspektyw jako centralnej w tworzeniu wiedzy logopedycznej. Innymi słowy, mogą istnieć dobre powody dla przyjęcia eklektycznego podejścia do badań naukowych i praktyki elementów terapeutycznych wybranych spośród tradycyjnych podejść, podobnie jak są zapewne dobre powody do zgody na większą przestrzeń i wyższy status integracyjnej terapii mowy i języka w literaturze logopedycznej i przyszłych badaniach w dziedzinie jąkania. Jeżeli praktyka kliniczna ma być czymś więcej niż tylko stosowaniem procedur i metod ukierunkowanych „od góry”, musi zostać przekształcona w „sztukę” wymagającą od logopedy stałego rozwoju osiąganego dzięki przemyślanej, krytycznej, realistycznej postawie, która wykracza poza



podstawę czysto teoretyczną lub techniczną. Logopeda-artysta dąży do maestrii we wszystkich trzech: *techne*, *episteme* i *phronesis*. Mistrz logopedii stosuje wiedzę ukrytą, ucieleśnioną-kontekstualną, znajomość działań i technik, w sposób wrażliwy na kontekst, autentyczny, bezpieczny i przygotowany „na miarę” (ponadstandardowy). Taki rodzaj maestrii wymaga praktycznego doświadczenia. Obserwując studentów logopedii rozpoczynających praktyczny etap swojej edukacji, nietrudno dostrzec, że przed nimi długa droga, nim będą w stanie odpowiednio uchwycić (dosłownie) sytuację, mimo że większość z nich dysponuje wiedzą techniczną i teoretyczną odpowiadającą posiadanej przez logopedę nauczyciela.

Jeżeli terapia mowy i języka ma być „zregenerowana i zrewitalizowana” jako sztuka, wówczas jej co bardziej „artystycznym” elementom trzeba będzie poświęcić na nowo sporo uwagi. Bez wątpienia nie skończą się teoretyczne debaty na temat tego, czym są dowody. Bez doświadczenia klinicznego praktyka może zostać „styzanizowana” przez dowody strategiczno-teoretyczne, a nawet znakomity dowód naukowy na istotność wyniku terapii może okazać się bez znaczenia w projekcie lub ocenie interwencji przez konkretną osobę jękającą się.

Biorąc to wszystko pod uwagę, mamy nadzieję, że nasz rozdział będzie przydatnym wkładem w trwający dialog i w ten sposób pomoże przepracować lukę pomiędzy dowodami z badań a dowodami z praktyki, stanowiąc zarazem *nexus* wiedzy teoretycznej i praktycznej. Dobry logopeda działający w ramach zintegrowanej terapii jękania może i powinien używać swojego indywidualnego doświadczenia klinicznego oraz najlepszych dowodów z zewnętrznych prac badawczych i teoretycznych, pozostając w stałym procesie konstruowania potężnego i transformacyjnego rozumienia i podejść terapeutycznych w obrębie zarówno terapii mowy i języka, jak i terapii jękania.

Pytania kontrolne

1. Trzy synonimy arystotelesowskiego *techne*, *episteme* i *phronesis* mogą być zdefiniowane jako rodzaje wiedzy:
 - a) instrumentalna, fundamentalna teoretyczno-analityczna i praktyczna;
 - b) techniczna, opisowa i analityczna;
 - c) instrumentalna, fundamentalna teoretyczno-analityczna i odnosząca się do relacji międzyludzkich.
 2. Istnieje kilka wytycznych dla badań prowadzonych w zakresie terapii. Podejście *Total Evidence and Knowledge Approach* (TEKA) zostało opracowane przez:
 - a) Hemminga i in.;
 - b) Hoffmann i in.;
 - c) McCurtin i in.
-

3. Trzy filary zasobu dowodów to:
 - a) wyniki badań naukowych, ocena klinicysty i wiedza zaczerpnięta z doświadczeń i refleksji klienta;
 - b) randomizowane badania kliniczne, badania jednopodmiotowe, raporty kliniczne;
 - c) recenzowane przez innych badaczy artykuły oparte na badaniach naukowych, raporty logopedów z badań jednopodmiotowych, pomiary informacji zwrotnych od klienta.
4. Do głównych ograniczeń randomizowanych badań klinicznych (RCT) należą:
 - a) Nadmierna szczegółowość tematyki badań; brak możliwości uogólnienia rezultatów; trudności ze znalezieniem wystarczająco licznej grupy uczestników.
 - b) Różnorodność grup uczestniczących w badaniu ogranicza możliwości uzyskania znaczących/użytecznych wyników; różnice indywidualne i elementy kontekstualne istotne dla rezultatów terapii mogą zostać przeoczone; utrata ważnych informacji, np. rezultatów negatywnych.
 - c) Wymagana liczba ponad 100 uczestników powoduje, że nie jest to typ badań preferowany w badaniach interwencji logopedycznej; zastosowanie RCT wiąże się z problemami natury etycznej wynikających z charakteru logopedycznych procesów terapeutycznych; badania te są przydatne jedynie do określania wyników ogólnych.

Rekomendowana literatura

- Bloodstein, O., Bernstein Ratner, N., Brundage, S. (2021). *A handbook on stuttering*. Seventh Edition. Plural Publishing Inc.
- Connery, A., Galvin, R., McCurtin, A. (2021). Effectiveness of nonpharmacological stuttering interventions on communication i psychosocial functioning in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Evidence Based Medicine*, 14, 17–26. <https://doi.org/10.1111/jebm.12408>.
- McCurtin, A., Murphy, C.-A., Roddam, H. (2019). Moving beyond traditional understandings of evidence-based practice: A Total Evidence and Knowledge Approach (TEKA) to treatment evaluation and clinical decision making in speech-language pathology. *Seminars in Speech and Language*, 40, 370–393. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1694996>.
- Stewart, T. (2020). *Stammering resources for adults and teenagers: Integrating new evidence into clinical practice*. Taylor & Francis Group.
- Tate, R.L., Perdices, M., Rosenkoetter, U., Shadish, W., Vohra, S., Barlow, D.H., Wilson, B. (2016). The Single-Case Reporting Guideline in Behavioural Interventions (SCRIBE) 2016 Statement. *Physical Therapy*, 96, e1. <https://doi.org/10.2522/ptj.2016.96.7.e1>.



Ward, D. (2018). *Stuttering and cluttering: Frameworks for understanding and treatment* (Second ed.). Routledge.

Bibliografia

- Alm, P., Dahlin, K. (2015). Hög eller låg evidens, vad betyder det? Tankar om riktlinjer för logopediskt arbete inom stamning och andra diagnoser. *Tidskriften Logopeden*, 4, 20–23.
- Anjum, R.L., Copeland, S., Rocca, E. (2020). *Rethinking Causality, complexity and evidence for the unique patient: A CauseHealth Resource for healthcare professionals and the clinical encounter*. Springer International Publishing: Imprint: Springer: Cham.
- Asplund, J. (1987). *Det sociala livets elementara former (Elementary forms of social life)*. Bokförlaget Korpen.
- Azevedo, J. (1997). *Mapping reality: An evolutionary realist methodology for the natural and social sciences*. State University of New York Press.
- Baxter, S., Johnson, M., Blank, L., Cantrell, A., Brumfitt, S., Enderby, P., Goyder, E. (2015). The state of the art in non-pharmacological interventions for developmental stuttering. Part 1: A systematic review of effectiveness. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 50, 676–718. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12171>.
- Beilby, J.M., Byrnes, M.L., Yaruss, J.S. (2012). Acceptance and Commitment Therapy for adults who stutter: Psychosocial adjustment and speech fluency. *Journal of Fluency Disorders*, 37, 289–299. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.05.003>.
- Benton, T. (2011). *Philosophy of social science: the philosophical foundations of social thought* (2nd ed.). Palgrave Macmillan.
- Benum, K., Axelsen, E.D., Hartmann, E. (2013). *God psykoterapi: et integrativt perspektiv*. Pax.
- Bernstein Ratner, N. (2005). Evidence-based practice in stuttering: Some questions to consider. *Journal of Fluency Disorders*, 30, 163–188. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2005.04.002>.
- Bhaskar, R. (1989). *Reclaiming reality: A critical introduction to contemporary philosophy*. Verso.
- Bothe, A.K. (2003). Evidence-based treatment of stuttering: V. The art of clinical practice and the future of clinical research. *Journal of Fluency Disorders*, 28, 247–258. [https://doi.org/10.1016/S0094-730X\(03\)00042-1](https://doi.org/10.1016/S0094-730X(03)00042-1).
- Bothe, A.K., Davidow, J.H., Bramlett, R.E., Ingham, R.J. (2006). Stuttering treatment research 1970–2005: I. Systematic review incorporating trial quality assessment of behavioral, cognitive, and related approaches. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 15, 321–341. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2006\)031](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2006)031).
- Bothe, A.K., Richardson, J.D. (2011). Statistical, practical, clinical, and personal significance: definitions and applications in speech-language pathology. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 20, 233–242. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2011\)10-0034](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2011)10-0034).
-

- Cartwright, N., Hardie, J. (2012). *Evidence-based policy: a practical guide to doing it better*. Oxford University Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Laurence Erlbaum.
- Connery, A., Galvin, R., McCurtin, A. (2021). Effectiveness of nonpharmacological stuttering interventions on communication and psychosocial functioning in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Evidence Based Medicine*, 14, 17–26. <https://doi.org/10.1111/jebm.12408>.
- Corbin, J., Strauss, A. (2015). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. (4. ed.). Sage.
- Craig, A., Blumgart, E., Tran, Y. (2009). The impact of stuttering on the quality of life in adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 34, 61–71. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2009.05.002>.
- Crossley, M.L. (2000). *Rethinking health psychology*. Open University Press.
- De Certeau, M. (1984). *The practice of everyday life*. University of California Press.
- Del Re, A.C., Flückiger, C., Horvath, A.O., Symonds, D., Wampold, B.E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance–outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32, 642–649. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.07.002>.
- Denzin, N.K., Lincoln, Y.S. (eds.) (1994). *Handbook of qualitative research*. Sage.
- Dollaghan, C.A. (2007). *The handbook for evidence-based practice in communication disorders*. Paul H. Brookes.
- Dures, E. (2012). *Mixed methods: the best of both worlds?* Oxford University Press.
- Dures, E., Rumsey, N., Morris, M., Gleeson, K. (2011). Mixed methods in health psychology: Theoretical and practical considerations of the third paradigm. *Journal of Health Psychology*, 16, 332–341. <https://doi.org/10.1177/1359105310377537>.
- Egan, G. (2014). *The skilled helper: a client-centred approach* (10th edition. ed.). Cengage Learning.
- Eikeland, O. (2009). *Habitus-validity in organizational theory and research – social research and work-life transformed*. In: B. Brøgger, O. Eikeland (eds.), *Turning to practice with action research* (s. 33–66). Peter Lang Publishers.
- Eikeland, O. (2012). Action research – applied research, intervention research, collaborative research, practitioner research, or praxis research? *International Journal of Action Research* 8, 1, 9.44. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-371155>.
- Everard, R.A., Howell, P. (2018). We have a voice: exploring participants' experiences of stuttering modification therapy (research article). *American Journal of Speech-Language Pathology*, 27, 1273. https://doi.org/10.1044/2018_AJSLP-ODC11-17-0198.
- Finn, P. (2003). Evidence-based treatment of stuttering. II. Clinical significance of behavioral stuttering treatments. *Journal of Fluency Disorders*, 28, 209–218. 10.1016/S0094-730X(03)00039-1.



- Flückiger, C., Del Re, A.C., Wampold, B.E., Horvath, A.O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55, 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>.
- Friedson, E. (1970). *Professional dominance: the social structure of medical care*. Aldine.
- Friedson, E. (1994). *Professionalism reborn: theory, prospect, and policy*. Polity Press.
- Gast, D.L., Ledford, J.R. (2014). *Single case research methodology: applications in special education and behavioral sciences* (2nd ed.). Routledge.
- Gilman, M. (2014). *Body and voice: somatic re-education*. Plural Publishing.
- Goldfried, M.R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35, 991–999. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.11.991>.
- Goldfried, M.R. (2014). On the assumptions underlying therapy change principles. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24, 275–279.
- Greenhalgh, T., Howick, J., Maskrey, N. (2014). Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ*, 348, g3725. <https://doi.org/10.1136/bmj.g3725>.
- Guitar, B. (2014). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment* (4th ed. ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Haigh, F., Kemp, L., Bazeley, P., Haigh, N. (2019). Developing a critical realist informed framework to explain how the human rights and social determinants of health relationship works. *BMC Public Health*, 19, 1571. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7760-7>.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.
- Hayhow, R., Cray, A.M., Enderby, P. (2002). Stammering and therapy views of people who stammer. *Journal of Fluency Disorders*, 27, 1–17. [https://doi.org/10.1016/S0094-730X\(01\)00102-4](https://doi.org/10.1016/S0094-730X(01)00102-4).
- Hemming, K., Taljaard, M., McKenzie, J.E., Hooper, R., Copas, A., Thompson, J.A., Grimshaw, J.M. (2018). Reporting of stepped wedge cluster randomised trials: extension of the CONSORT 2010 statement with explanation i elaboration. *BMJ*, 363, k1614-k1614. <https://doi.org/10.1136/bmj.k1614>.
- Hoffmann, T.C., Glasziou, P.P., Boutron, I., Milne, R., Perera, R., Moher, D., Michie, S. (2014). Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ*, 348, 1687-1687. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1687>.
- Horvath, A., Del Re, A.C., Fluckiger, C., Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 9–16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>.
- Haaland-Johansen, L. (2007). Evidensbasert praksis – av interesse for norsk logopedi? *Norsk Tidsskrift for Logopedi*, 53, 5–9.
- Ingham, R.J., Bothe, A.K., Wang, Y., Purkhiser, K., New, A. (2012). Phonation interval modification and speech performance quality during fluency-inducing conditions by adults who stutter. *Journal of Communication Disorder*, 45, 198–211. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2012.01.004>.
-

- Ingham, R.J., Ingham, J.C., Bothe, A.K. (2012). Integrating functional measures with treatment: A tactic for enhancing personally significant change in the treatment of adults and adolescents who stutter. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 21, 264–277. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2012/11-0068\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2012/11-0068)).
- Iverach, L., Heard, R., Menzies, R., Lowe, R., O'Brian, S., Packman, A., Onslow, M. (2016). A brief version of the Unhelpful Thoughts and Beliefs About Stuttering Scales: The UTBAS-6. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 59, 964–972. https://doi.org/10.1044/2016_JSLHR-S-15-0167.
- Latour, B. (1986). Vizualization and cognition: thinking with the eyes and hands. In: H. Kuklick (ed.), *Knowledge and Society: Studies in the Sociology of Culture Past and Present* (t. 6, s. 1–40). JAI Press.
- Latour, B., Woolgar, S. (1986). *Laboratory Life: The Construction of Scientific Facts*. Princeton University Press.
- Karimi, H., Onslow, M., Jones, M., O'Brian, S., Packman, A., Menzies, R., Jelčić-Jakšić, S. (2018). The Satisfaction with Communication in Everyday Speaking Situations (SCESS) scale: An overarching outcome measure of treatment effect. *Journal of Fluency Disorders*, 58, 77–85. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2018.10.002>.
- Kelly, M.P., Heath, I., Howick, J., Greenhalgh, T. (2015). The importance of values in evidence-based medicine. *BMC Med Ethics*, 16, 69. <https://doi.org/10.1186/s12910-015-0063-3>.
- Kerry, R., Eriksen, T.E., Lie, S.A.N., Mumford, S.D., Anjum, R.L. (2012). Causation and evidence-based practice: an ontological review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18, 1006–1012. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2012.01908.x>.
- Kondrat, M.E. (1992) Reclaiming the practical: formal and substantive rationality in in social work practice. *Social Service Review*, 166, 237–255.
- Kvernbekk, T. (2016). *Evidence-based practice in education: Functions of evidence and causal presuppositions*. Routledge.
- Lambert, M.J. (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed. ed.). Wiley.
- Langevin, M., Kully, D., Teshima, S., Hagler, P., Narasimha Prasad, N.G. (2010). Five-year longitudinal treatment outcomes of the ISTAR comprehensive stuttering program. *Journal of Fluency Disorders*, 35, 123–140. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2010.04.002>.
- Lawton, M., Haddock, G., Conroy, P., Serrant, L., Sage, K. (2018). People with aphasia's perception of the therapeutic alliance in aphasia rehabilitation post stroke: A thematic analysis. *Aphasiology*, 32, 1397–1417. <https://doi.org/10.1080/02687038.2018.1441365>.
- Lawton, M., Sage, K., Haddock, G., Conroy, P., Serrant, L. (2018). Speech and language therapists' perspectives of therapeutic alliance construction and maintenance in aphasia rehabilitation post-stroke. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 53, 550–563. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12368>.
- Levant, R.F., Hasan, N.T. (2008). Evidence-based practice in psychology. *Professional Psychology, Research and Practice*, 39, 658. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.39.6.658>.



- Logan, K.J. (2015). *Fluency disorders*. Plural Publishing.
- Low, M. (2017). A novel clinical framework: The use of dispositions in clinical practice. A person centred approach. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 23, 1062–1070. <https://doi.org/10.1111/jep.12713>.
- Lupton, D. (1995). *The imperatives of health: Public health and the regulated body*. Sage.
- Manning, W.H. (2010). Evidence of clinically significant change: the therapeutic alliance and the possibilities of outcomes-informed care. *Seminar Speech and Language*, 31, 207–216. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1265754>.
- McCurtin, A., Murphy, C.-A., Roddam, H. (2019). Moving beyond traditional understandings of evidence-based practice: A Total Evidence and Knowledge Approach (TEKA) to treatment evaluation and clinical decision making in speech-language pathology. *Seminars in Speech and Language*, 40, 370–393. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1694996>.
- McLeod, J. (2018). *Pluralistic therapy: Distinctive features*. Routledge. Taylor & Francis eBooks A-Z.
- Miciak, M., Mayan, M., Brown, C., Joyce, A.S., Gross, D.P. (2018). The necessary conditions of engagement for the therapeutic relationship in physiotherapy: An interpretive description study. *Archives of Physiotherapy*, 8, 3. <https://doi.org/10.1186/s40945-018-0044-1>.
- Murray, M., Chamberlain, K. (1999). Health psychology and qualitative research. In: M. Murray, K. Chamberlain (eds.), *Qualitative health psychology: theories and methods* (p. 3–15). Sage.
- Neumann, K., Euler, H.A., Zens, R., Piskernik, B., Packman, A., St Louis, K.O., Finn, P. (2019). “Spontaneous” late recovery from stuttering: Dimensions of reported techniques and causal attributions. *Journal of Communication Disorders*, 81, 105915. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2019.105915>.
- Nissen-Lie, H.A., Havik, O.E., Høglend, P.A., Monsen, J.T., Rønnestad, M.H., Tracey, T.J.G. (2013). The contribution of the quality of therapists’ personal lives to the development of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 60, 483–495. <https://doi.org/10.1037/a0033643>.
- Nissen-Lie, H.A., Monsen, J.T., Rønnestad, M.H. (2010). Therapist predictors of early patient-rated working alliance: A multilevel approach. *Psychotherapy Research*, 20, 627–646. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.497633>.
- Nissen-Lie, H.A., Havik, O.E., Høglend, P.A., Rønnestad, M.H., Monsen, J.T. (2015). Patient and therapist perspectives on alliance development: therapists’ practice experiences as predictors. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22, 317–327. <https://doi.org/10.1002/cpp.1891>.
- Nye, C., Hahs-Vaughn, D. (2011). Assessing methodological quality of randomized and quasi-experimental trials: A summary of stuttering treatment research. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13, 49–60.
- 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. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2012/12-0036\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2012/12-0036)).
-

- Oddli, H.W., Halvorsen, M.S. (2014). Experienced psychotherapists' reports of their assessments, predictions, and decision making in the early phase of psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*, 51, 295–307. <https://doi.org/10.1037/a0029843>.
- Oddli, H.W., McLeod, J. (2016). Knowing-in-relation: How experienced therapists integrate different sources of knowledge in actual clinical practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27. <https://doi.org/10.1037/int0000045>.
- Oddli, H.W., Nissen-Lie, H.A., Halvorsen, M.S. (2016). Common therapeutic change principles as “sensitizing concepts”: A key perspective in psychotherapy integration and clinical research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26, 160–171. <https://doi.org/10.1037/int0000033>.
- Packman, A., Kuhn, L. (2009). Looking at stuttering through the lens of complexity. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 11, 77–82. <https://doi.org/10.1080/17549500802630039>.
- Pezdek, K., Dobrowolski, R., Michaluk, T. (2020). Habermas and the therapeutic function of language. *Nurs Philos*, 21, e12290-n/a. <https://doi.org/10.1111/nup.12290>.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2010.07.001>.
- Polanyi, M. (1962). *Personal knowledge*. University of Chicago Press.
- Pring, T. (2004). Ask a silly question: two decades of troublesome trials. *International Journal of Language and Communications Disorders*, 39, 285–302. <https://doi.org/10.1080/13682820410001681216>.
- Pring, T. (2016). Inequalities in the provision of paediatric speech and language therapy services across London boroughs. *International Journal of Language and Communications Disorders*, 51, 442–446. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12221>.
- Ramnerö, J., Törneke, N. (2008). *The ABCs of human behavior: behavioral principles for the practicing clinician*. Context Press. New Harbinger Publications, Inc.
- Richardson, J.T.E. (2011). Eta squared and partial eta squared as measures of effect size in educational research. *Educational Research Review*, 6, 135–147. <https://doi.org/10.1016/j.edurev.2010.12.001>.
- Robey, R.R., Schultz, M.C. (1998). A model for conducting clinical-outcome research: An adaptation of the standard protocol for use in aphasiology. *Aphasiology*, 12, 787–810. <https://doi.org/10.1080/02687039808249573>.
- Rønnestad, M.H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45, 444–454.
- Shapiro, D.A. (2011). *Stuttering intervention: A collaborative journey to fluency freedom* (2nd ed. ed.). PRO-ED.
- Silverman, D. (1993). *Interpreting qualitative data: methods for analyzing talk, text, and interaction*. Sage.



- Simmons, B.M. (2011). The complexity of evidence-based practice: A case study. *Smith College Studies in Social Work*, 81(2–3), 252–267. <https://doi.org/10.1080/00377317.2011.589352>.
- Skatvedt, A., Costain Schou, K. (2008). The beautiful in the commonplace. *European Journal of Cultural Studies*, 1, 83–100. <https://doi.org/10.1177/1367549407084965>.
- Skatvedt, A., Costain Schou, K. (2010). The potential of the commonplace: A sociological study of emotions, identity and therapeutic change. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38, 81–87.
- Swift, M.C., Langevin, M., Clark, A. (2017). Using critical realistic evaluation to support translation of research into clinical practice. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 19, 335–343. <https://doi.org/10.1080/17549507.2017.1309067>.
- Sønsterud, H. (2020). *Stuttering therapy: What works for whom? Minding the body in speech – a multifaceted, individual approach to stuttering therapy*. (PhD), University of Oslo.
- Sønsterud, H., Feragen, K.B., Kirmess, M., Halvorsen, M.S., Ward, D. (2019). What do people search for in stuttering therapy: Personal goal-setting as a gold standard? *Journal of Communication Disorders*, 105944. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2019.105944>.
- Sønsterud, H., Halvorsen, M.S., Feragen, K.B., Kirmess, M., Ward, D. (2020). What works for whom? Multidimensional Individualized Stuttering Therapy (MIST). *Journal of Communication Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2020.106052>.
- Sønsterud, H., Kirmess, M., Howells, K., Ward, D., Feragen, K.B., Halvorsen, M.S. (2019). The working alliance in stuttering treatment: A neglected variable? *International Journal of Language & Communication Disorders*, 54, 606–619. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12465>.
- Tashakkori, A., Teddlie, C. (2010). *SAGE handbook of mixed methods in social & behavioral research* (2nd ed. ed.). SAGE.
- Tate, R.L., Perdices, M., Rosenkoetter, U., Shadish, W., Vohra, S., Barlow, D.H., Wilson, B. (2016). The Single-Case Reporting Guideline in Behavioural Interventions (SCRIBE) 2016 Statement. *Physical Therapy*, 96, <https://doi.org/10.2522/ptj.2016.96.7.e1>.
- Thomsen, R.G. (1997). *Extraordinary bodies: figuring physical disability in American culture and literature*. Columbia University Press.
- Van De Ven, A.H., Johnson, P.E. (2006). Knowledge for theory and practice. *The Academy of Management Review*, 31, 802–821. <https://doi.org/10.5465/AMR.2006.22527385>.
- Venkatagiri, H.S. (2009). What do people who stutter want—fluency or freedom? *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 52, 500–515. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2008/07-0019\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2008/07-0019)).
- Wampold, B.E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (Second ed.). Taylor & Francis.
- Ward, D. (2018). *Stuttering and cluttering: Frameworks for understanding and treatment* (Second ed.). Routledge.
- Wieten, S. (2018). 'What the patient wants': An investigation of the methods of ascertaining patient values in evidence-based medicine and values-based practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 24, 8–12. <https://doi.org/10.1111/jep.12471>.
-

- World Health Organization (2018). Geneva: World Health Organization.
- Wright, L., Ayre, A. (2000). *WASSP: Wrioth and Ayre Stuttering Self-Rating Profile*. Winslow Press.
- Yardley, L. (1999). Understanding embodied experience: Beyond mind-body dualism in health research. In: M. Murray, K. Chamberlain (eds.), *Qualitative health psychology: Theories and methods*, (s. 31–46). Sage.
- Yaruss, J.S., Quesal, R.W. (2006). Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES): Documenting multiple outcomes in stuttering treatment. *Journal of Fluency Disorders*, 31, 90–115. <http://doi.org/10.1016/j.jfludis.2006.02.002>.

