

Rozdział 12

Hilda Sønsterud

Wielowymiarowa zindywidualizowana terapia jąkania dla osób dorosłych (MIST)

Cel rozdziału

Głównym celem tego rozdziału jest zaprezentowanie podejścia terapeutycznego, które kładzie nacisk na zindywidualizowaną opiekę i wartości osobiste w kontekście życia codziennego jednostki. Podejście to, znane jako *wielowymiarowa zindywidualizowana terapia jąkania* (ang. *Multi-dimensional Individualized Stuttering Therapy*; MIST), zakłada dostosowany do konkretnej osoby, holistyczny profil terapii opartej na praktycznych dowodach związanych z odpowiedziami na następujące pytanie: *Co w określonym momencie jest istotne/ma znaczenie dla danej jednostki?* Program MIST został rozwinięty i usystematyzowany (w oparciu o osobiste odpowiedzi osób jękających się) przez Hildę Sønsterud (Sønsterud, 2020; Sønsterud i in., 2020). Łączy on elementy odwołujące się do wartości i świadomości zaczerpnięte z terapii akceptacji i zaangażowania (ang. *Acceptance and Commitment Therapy*, ACT) z interwencją w zakresie modyfikacji jąkania i mowy. Skoncentrowanie się na wartościach jest zakotwiczone zarówno w terapii pluralistycznej, zorientowanej na cel (McLeod, 2018), jak i w perspektywie ACT (Harris, 2019; Hayes i in., 2012). Niniejszy rozdział nie omówi zapewne wszystkich aspektów interesującego nas podejścia. Przedstawiono w nim jednakże niektóre zasady filozoficzne oraz istotne naukowe rozważania logopedyczne, a także szczegółowo opisano elementy przybliżonej tu terapii.

Podejście MIST wyrasta z założenia, że logopeda jest tylko przewodnikiem lub dostarczycielem zasobów, z których jednostka mogłaby odnieść korzyści w określonym momencie podróży swojego życia. Jak już wspomniano, oparte jest ono na dowodach i doświadczeniach jednostki uwzględnianych podczas diagnozy i uzgodnień obejmujących elementy i/lub zadania planowanej terapii – pomocne lub nie, co jest określane w procesie ewaluacji. Osoba jękająca się i logopeda powinni do-



kładnie ustalić, co ma znaczenie w procesie terapeutycznym i odzwierciedla tę perspektywę współpracy. W MIST logopedzi uważani są zresztą za rzemieślników-twórców, projektantów (McLeod, 2018), potrafiących uczyć się od swoich klientów i improwizować. W myśl programu MIST logopeda musi być bowiem elastyczny i wspólnie pracować z jęczącym się nad osiągnięciem przez niego znaczących zmian w kontekście codziennego życia. Terapia może być uznana za zakończoną sukcesem, jeżeli uczestnicy zrealizowali swoje zamierzenia lub są usatysfakcjonowani tym, co osiągnęli. Warto jeszcze dodać, że MIST to podejście zintegrowane, bo łączy elementy różnych terapii w celu sformułowania wielowymiarowego, indywidualnego programu terapeutycznego.

Zintegrowana terapia jękania w szerokiej perspektywie efektów docelowych

Terapia jękania często wymaga ostrożnego zarządzania zarówno samym jękaniem, jak i związanymi z nim psychologicznymi konsekwencjami; chodzi o to, by zapobiec rozwinięciu się u uczestnika terapii rozmaitych psychologicznych i/lub społecznych trudności (Iverach i in., 2017). W praktyce logopedycznej obserwujemy, że podejścia skupiające się na jękaniu oraz modyfikacji mowy mogą się przyczynić do zmniejszenia lęku i wzrostu samoakceptacji jednostki jako osoby jęczącej się. Zredukowanie poziomu lęku, a ponadto poprawa w zakresie samoakceptacji i samooceny mogą z kolei korzystnie wpłynąć na umiejętności komunikacyjne i usprawnić czyjeś funkcjonowanie w codziennym życiu (Jørgensen in., 2008).

W literaturze przedmiotu odnoszącej się do zagadnienia jękania da się wskazać dwa nurty opierające się na pozornie różnych podstawach teoretycznych: terapię upłynniania mowy i terapię modyfikującą jękanie. Dalsze podziały w obrębie owych nurtów wprowadzają cele (behawioralne i afektywne), procedury i struktura terapii (Guitar, 2014; Shapiro, 2011). Jednocześnie wiele podejść terapeutycznych kompiluje różnorodne elementy wymienionych wcześniej tradycji, co niektórzy autorzy określają mianem terapii „integracyjnych” albo „zintegrowanych” (Guitar, 2014; Logan, 2015; Shapiro, 2011; Ward, 2018). Zwolennicy tego rodzaju orientacji, jakie znalazły już swoje miejsce w obszarze interwencji skoncentrowanych na zaburzeniach płynności mowy, podkreślają nierzadko, że terapia jękania powinna być zaprogramowana „na miarę”, tzn. dopasowana do indywidualnych potrzeb i życzeń klienta. Wiele osób zyskuje np. korzyści z kombinacji podejść behawioralnego i emocjonalnego lub kognitywnego (Beilby i in., 2012; Langevin i in., 2010; Menzies i in., 2019). Aby zoptymalizować wyniki terapii, każdorazowo należy uściślić jednak, które elementy w połączonych podejściach będą miały największe znaczenie dla danej jednostki (Manning, 2010; Shapiro, 2011; Sønsterud i in., 2020; Ward, 2018). W zależności

od tego, czy naszym zadaniem jest utrzymanie zmian w mowie, komunikacji i/lub społecznym zachowaniu permanentnie, czy tylko przez okres mający wyjątkowe znaczenie dla klienta, elementy modyfikacji jąkania i kształtowania płynności mowy mogą być stosowane wymiennie, w sposób elastyczny.

Jak ustalili Carter i in. (2017), samowystarczalność jest ważnym czynnikiem sygnalizującym pozytywną zmianę w życiu dorosłych osób z jąkaniem, podczas gdy ze spostrzeżeń innych badaczy (Hayhow i in., 2002; Sønsterud, Feragen i in., 2019) wynika, że uzyskanie kontroli nad jąkaniem było czynnikiem bardzo cenionym w grupach poddanych przez nich obserwacji. Brak kontroli, w ocenie klienta, był często kojarzony z jąkaniem (Helgadottir i in., 2014). Istnieją również dowody sugerujące, że subiektywne poczucie kontroli mowy może wskazywać, że terapia zakończyła się sukcesem (Craig, Andrews, 1985; De Nil, Kroll, 1995). Indywidualne doświadczenie własnej zdolności komunikowania się jest ważnym czynnikiem również według Karimi i in. (2018); satysfakcja jednostki z komunikowania się w codziennym życiu jest głównym celem terapii, „fundamentalnym osiągnięciem terapii, które jest nadrzędnym celem wszystkich terapii jąkania” (s. 82). By odnieść się do tych zagadnień, logopeda musi natomiast ustalić, jakie sytuacje mają największe znaczenie dla osoby jąkającej się.

Łatwość komunikowania się w codziennych sytuacjach

Rozważając pochodzenie słowa *komunikacja*, musimy wyjść od łacińskiego słowa *communicare*, które oznacza ‘dzielić się’. Chcąc szerzej omówić kryjące się za tym słowem znaczenia, potrzebujemy jednak kilku definicji. Komunikacja jest wymianą informacji dokonującą się w toku mówienia, pisania lub za pośrednictwem jakiegoś innego medium (Summers, red., 2009), jest również konceptualnie związana z pomyslnym przekazywaniem idei, myśli i uczuć lub dzieleniem się nimi. Według Stevena C. Hayesa (2005) ludzie używają języka zarówno w publicznych, jak i prywatnych domenach; pierwsza z domen obejmuje takie formy, jak rozmawianie, gestykulowanie, pisanie, malowanie, tańczenie, śpiewanie i grę aktorską, podczas gdy stosowanie języka w sytuacjach prywatnych utożsamia on raczej z myśleniem, wyobrażaniem sobie, marzeniem, wizualizowaniem, planowaniem, fantazjowaniem lub martwienie się. Jestem przekonana, że powszechne zrozumienie faktu, że poprawa umiejętności komunikacyjnych poprzez dzielenie myśli i uczuć oraz aktywne uczestnictwo w opartym na wartościach, pełnym znaczenia życiu, może być najważniejszym celem terapii, niezależnie od tego, czy pracujemy nad jąkaniem, czy nie.

Dążeniem logopedów jest możliwie najlepsze niesienie pomocy osobom, które jej szukają. Gdy osoby jąkające przychodzą do poradni, zwykle chcą zmienić coś w swo-



im życiu, a to, co najlepiej służy ich celowi, może być uznane za prawdę w procesie niesienia pomocy (Ramnerö, Törneke, 2008). Bothe i Richardson (2011) w odniesieniu do celów lub zmian o wielkiej wartości dla danej jednostki stosują termin *osobiście znaczenie*. Ingham i in. dowodzą, że terapie mogą wymagać zmian, tzn. takiego „zaprogramowania”, by zajmowały się tym, co jest szczególnie ważne dla konkretnego klienta (Bernstein Ratner, 2005; Bothe, Richardson, 2011; Finn, 2003; Ingham i in., 2012); na tym bazuje właśnie podejście MIST.

Porozumiewanie się jest zjawiskiem wielopłaszczyznowym i dużą jego część zajmuje komunikacja niewerbalna lub komunikacja z wykorzystaniem kodów parazykowych, w tym paraprozodycznych, np. tonu głosu. Zdaniem DeVore i Cookman (2009), tylko ok. 7% znaczenia wyrażamy dzięki słowom, podczas gdy ton głosu odpowiada za 38% komunikowanych znaczeń, a język ciała za pozostałe 55%. Niemniej wydaje się, że dla większości jękających się osób centrum zainteresowania jest poziom płynności, jakiego doświadczają podczas wypowiedzania słów i zdań. Pracując z tymi klientami, należy uwzględnić to zastrzeżenie.

Ważnym czynnikiem wpływającym na jakość mowy i komunikacji jawi się odnalezienie naszego najbardziej naturalnego i najefektywniej brzmiącego głosu. Integralną częścią procesu produkcji mowy jest także oddech – to wydychane z płuc powietrze wprawia w wibracje struny głosowe. DeVore i Cookman (2009) uważają, że nasze ciała są zbudowane tak, abyśmy, uruchamiając mięśnie brzuszne i niskie partie klatki piersiowej, uzyskiwali przepływ powietrza pozwalający na większą kontrolę wydechu w produkcji mowy. Efektywna produkcja mowy wymaga więc koordynacji pracy trzech powiązanych ze sobą systemów: układu oddechowego (płuca), układu fonacyjnego (krtani) i układu artykulacyjnego (jama ustna i nosowa, język, wargi, zęby i podniebienie miękkie) (DeVore, Cookman, 2009).

Jak zwykle się sądzić, osobom jękającym się trudno jest utrzymać płynność mowy i komunikacji przez dłuższy okres (Craig, Andrews, 1985; Ward, 2018). Uważa się poza tym, że jeżeli elementy modyfikacji mowy i jękania nie będą implementowane w codziennym życiu lub jeśli zmienione zachowanie w zakresie mowy nie zostanie włączone do codziennych sytuacji, które mają największe znaczenie dla jękających się, nowo wykształcone umiejętności komunikacyjne pogorszą się znacznie w miarę upływu czasu. Indywidualne podejście do terapii jękania wymaga zatem samodyscypliny i systematycznego wykonywania w domu ćwiczeń pozwalających utrwalić pozytywne zmiany.

Wielowymiarowa zindywidualizowana terapia jąkania – podstawowe zasady

Na proces terapii i jej wyniki może wpływać wiele zmiennych; wymieńmy: klientów i ich konkretne problemy, logopedów, wsparcie okazywane klientowi (lub jego brak), aspekty społeczne i środowiskowe, jakość przymierza terapeutycznego itd. W przypadku wielu jąkających się życie z zaburzeniem mowy, które potencjalnie wpływa na ich interakcje, może powodować pewne koszty psychospołeczne lub psychologiczne. Craig i in. (2011) zakładają, że istnieją trzy wyjątkowe czynniki przyczyniające się do osiągnięcia adaptacyjnych celów: poczucie własnej skuteczności, wsparcie i zdrowe funkcjonowanie społeczne jednostki. Rolę tego ostatniego elementu pozwala docenić także doświadczenie logopedyczne. Inne ważne czynniki to poziom świadomości klienta, jego społecznych i komunikacyjnych umiejętności, ogólna zdolność do mówienia oraz samodyscyplina, a ponadto: intensywność terapii, typ doświadczanych przez kogoś trudności i stopień ich nasilenia, poziom motywacji jednostki, a także gotowość do poświęcenia czasu na samodzielne ćwiczenia. Istotna jest wreszcie struktura procesu terapeutycznego, niektóre fragmenty terapii muszą bowiem zostać wprowadzone i utrwalone w poradni, a dopiero potem mogą być wdrażane poza nią.

Współpraca pomiędzy osobą jąkającą się i logopedą powinna obejmować wspólne rozważenie oczekiwań i celów jednostki. MIST podkreśla znaczenie tej współpracy, uznaje też klienta za równorzędnego partnera procesu terapeutycznego. McLeod (2018) sugeruje, że może on aktywnie badać proces terapii i wyrażać opinie na temat tego, co było, a co nie było pomocne w sesjach terapeutycznych. Tego rodzaju informacje zwrotne zostają włączone w nurt MIST; ważne jest, aby logopeda stworzył dla nich przestrzeń, ponieważ każdy klient najlepiej zna samego siebie i powinien być zachęcany do dzielenia się swoimi spostrzeżeniami. Jeżeli oczekiwany wynik nie zostanie podczas sesji osiągnięty, należy zmodyfikować podejście w oparciu o zamierzenia i życzenia osoby jąkającej się.

Zaprogramowanie właściwej terapii „na miarę” konkretnego klienta, z poszanowaniem jego potrzeb, perspektywy i celów, jest sporym wyzwaniem – zarówno w dziedzinie interwencji zogniskowanej na zaburzeniach płynności mowy w ogóle, jak i w ramach podejścia MIST. W odniesieniu do zarządzania jąkaniem Bloodstein (1997) podkreśla, że logopedzie nie wolno dyskredytować dążeń i wyborów klienta, jako osoba ma on kompetencje do określenia zysków i strat w zakresie terapii (Curlee, Siegel, 1997). W programowaniu indywidualnych terapii („na miarę”) potrzebna jest jednak szersza definicja poprawy, jak również gotowość logopedy do uznania zasadności wielorakich celów (Bernstein Ratner, 2005). Za podstawę diagnozy jąkania uznaje się często wskazówki zawarte w systemie klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia (ang. *The World Health Organization*; WHO) – *Międzynarodowej klasyfikacji*



funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia (ang. *The International Classification of Functioning, Disability and Health*; ICF) (St. Louis, Tellis, 2015). Efekt funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia rozważa się tu na tle szerokiego spektrum czynników i aspektów życia, włączając w to: a) upośledzenie funkcji ciała; b) ograniczenie zdolności działania oraz uczestnictwa; c) czynniki środowiskowe (World Health Organization, 2018). ICF stwarza ramy rozumienia bądź oceniania jąkania i terapii jąkania w różnych kontekstach; por. jakość życia, ogólne dobre samopoczucie, odczuwanie stygmatyzacji i aspekty społeczne, które mogą być uważane za szczególnie istotne dla jąkających się osób (Boyle, Fearon, 2017; St. Louis i in., 2017; Sønsterud, Feragen i in., 2019; Yaruss, 2010).

Motywacyjna gotowość do zmiany u klienta

Psycholodzy przedstawili różnorodne teorie objaśniające działanie motywacji (Cox, Klinger, 2004). Według „modelu motywacji do pracy” (Seo i in., 2010) uczucia jednostki mogą odgrywać ważną rolę w motywacji. Model ten obejmuje trzy kluczowe elementy motywacji: orientację generatywno-defensywną, wysiłek i wytrwałość. Orientacja generatywno-defensywna charakteryzuje się aktywnym zaangażowaniem w dążenie do osiągnięcia pozytywnych wyników lub może wskazywać na przeciwieństwo – defensywność. Przejawia się ona (weźmy pod uwagę komponent generatywny) w takich zachowaniach, jak: eksplorowanie, działania innowacyjne, podejmowanie ryzyka. Wysiłek dotyczy czasu i energii, które jednostka poświęca na zrealizowanie określonego zadania, a wytrwałość odnosi się do utrzymania wybranego kierunku działania pomimo upływu czasu (Seo i in., 2010). Osoby jąkające się muszą być gotowe na zmianę. W podejściu MIST motywacja obejmuje zarówno czynniki psychologiczne, jak i społeczne, odnosi się też do komponentów związanych z celem, jak to opisano powyżej.

MIST – podejście zindywidualizowane, zorientowane na cel

Tożsamość osoby jąkającej się, akceptację jąkania i zachowania unikowe uważać można za trzy ważne czynniki w dziedzinie jąkania, które mogą mieć wpływ na priorytety klienta dotyczące jego celów i oczekiwanych wyników terapii. W przypadku MIST istnieje również potrzeba ostrożnego definiowania, co dokładnie oznacza poprawa, postrzegana przez pryzmat indywiduum, konkretnej jednostki (Sønsterud i in., 2020; Ward, 2018). Sønsterud, Feragen i in. (2019) twierdzą, że zindywidualizowane, zorientowane na cel podejście na wiele sposobów odzwierciedla optymalny

poziom funkcjonowania klienta, a to było główną intencją towarzyszącą opracowaniu poszerzonej wersji testu *Priorytety klienta w terapii jąkania* (ang. *Client Preferences for Stuttering Therapy*; CPST-E). CPST-E jest jednym z narzędzi stosowanych w podejściu MIST (McCauley, Guitar, 2010; Sønsterud i in., 2017).

Oryginalny test CPST-E zawiera, w ogólnym zarysie, pytania o cele terapii, rozważania własne jednostki na temat płynności mowy, pytania o łatwość uczestnictwa w różnych sytuacjach komunikacyjnych i posiadanie poczucia kontroli. Poszczególne punkty są oceniane zgodnie ze skalą Likerta od 1 do 5 (nieważne – bardzo ważne). Wersja poszerzona, opracowana przez Sønsterud i in. (2017) zawiera dwie dodatkowe części dokonujące pomiaru motywacji i oczekiwań w odniesieniu do terapii bardziej szczegółowo niż w wersji oryginalnej. Część *motywacja i oczekiwania* (ang. *motivation and expectations*) odwołuje się do pięciu pytań dotyczących charakterystyki jednostki, w tym motywacji danej osoby, w oparciu o model motywacji pracy (Seo i in. 2010). Formularz składa się z punktów sondujących: a) poziom wytrwałości osób jąkających się (utrzymanie obranego kursu działania mimo upływu czasu); b) ich poziom motywacji do czynnej pracy nad jąkaniem; c) czas, jaki skłonni są poświęcić na ćwiczenia indywidualne; d) zakres pomocy i wsparcia pożądanego w okresie terapii; e) oczekiwane przez nich wyniki terapii. W CPST-E znalazło się również miejsce na swobodną wypowiedź osoby jąkającej się, która może sprecyzować swoje cele, pożądane efekty terapii, elementy pomocne w osiągnięciu celów czy inne kwestie wymagające, jej zdaniem, współpracy z logopedą (por. następujące pytanie: *Opisz własnymi słowami swoje cele i życzenia w odniesieniu do terapii*). Formularz, dostępny dla wszystkich zainteresowanych w języku angielskim, norweskim i szwedzkim¹, jest zgodny z ramami ICF w zakresie czynników osobistych i środowiskowych, co zostało omówione np. przez Yarusso i Quesala (2004), Logana (2015) oraz McCauley i Guitar (2010).

Według Logana (2015, 469) ludzie „najefektywniej funkcjonują, gdy ich codzienne aktywności są zbieżne z celami, które chcą osiągnąć”. McLeod (2018) konstatuje z kolei, że cele jednostki mogą zostać wyrażone, ale nie jest łatwo dokonać ich ewaluacji. Być może cele i zadania powinniśmy więc podzielić na specyficzne oraz na podcele i zadania, które można zmierzyć. Propozycja ta koresponduje z tezą pracy Sønsterud, Feragen i in. (2019, 2020), jest również zintegrowana z podejściem MIST. Przed rozpoczęciem terapii konieczna jest refleksja uwzględniająca indywidualne wyznaczenie celów i procesy decyzyjne, które łączą się z „filozofią przymierza pracy” (Horvath, Greenberg, 1989) odzwierciedlającego jakość relacji między logopedami a klientami. Zatem kierunek terapii musi pochodzić od osób jąkających się – przynajmniej w wypadku nastolatków i dorosłych.

¹ Można go uzyskać, kontaktując się z autorką.



Jako forma terapii behawioralnej odnosząca się do emocji MIST może uwzględnić zaangażowane działania jednostki w środowisku zawodowym, edukacyjnym i społecznym. Posługując się strategiami opartymi na ekspozycji, MIST opiera się ponadto na założeniu, że eksplorowanie działań związanych z mową i samoświadomością oraz ich przenoszenie do życia codziennego może wpłynąć pozytywnie na mowę osoby jąkającej się, na pewność siebie w komunikacji i jakość życia. Ponieważ dowody wyływające z doświadczenia empirycznego powinny rzutować na schemat wszystkich interwencji, ocena skuteczności terapii musi bazować na wielowymiarowych pomiarach i obejmować perspektywę klienta, jak również funkcjonalne wyniki (Baxter i in., 2015; Bothe, Richardson, 2011). Funkcjonalne wyniki mają w MIST istotne znaczenie, możemy tu odwołać się do kilku pozytywnych efektów terapii, ujmowanych w perspektywie najszerszej: umiejętności używania telefonu, zwiększenia społecznego uczestnictwa w życiu, znalezienia partnera lub rozpoczęcia edukacji.

Znaczenie przymierza terapeutycznego

Jakość przymierza terapeutycznego to jeden z kluczowych czynników mogących zdecydować o wynikach terapii. Flückiger i in. piszą: „Przymierze terapeutyczne reprezentuje proaktywną współpracę klientów z terapeutami podczas sesji i w momentach krótkich interakcji” (Flückiger i in., 2018, 330). Koncept ten ma swój początek w teorii psychodynamicznej (Wampold, 2015) i w nawiązaniu do przywołanego wyżej cytatu może być utożsamiany z proaktywną współpracą pomiędzy klientem i terapeutą podczas sesji terapeutycznych (Flückiger i in., 2018). Pierwszą osobą, która użyła terminu *przymierze terapeutyczne* w odniesieniu do relacji między szukającym wsparcia a logopedą, była Bordin (1979). Podstawami przymierza są: a) więź emocjonalna pomiędzy klientem i terapeutą; b) stopień, w jakim klient i terapeuta zgadzają się co do celu terapii; c) stopień, w jakim klient i terapeuta postrzegają zadanie terapeutyczne jako istotne.

Wydaje się, że opinia klienta o terapii jako efektywnej lub nie powstaje pod wpływem jego doświadczenia pracy z terapeutą w poradni (Flückiger i in., 2018; Flückiger i in., 2019). Według Zebrowski i Kelly (2002, 41) indywidualna terapia jąkania „pozwala logopedzie i klientowi rozwinąć wzajemne zrozumienie i opartą na szacunku relację zaufania i współpracy, relację, która umożliwi otwarcie się i zmianę”. Zatem zasadne jest przekonanie o znaczeniu przymierza terapeutycznego w terapii jąkania. Warto zadać sobie pytanie, co sprawia, że relacja między osobą poszukującą pomocy a terapeutą jest udana. W tym kontekście przywołajmy kolejne istotne badania naukowe z dziedziny terapii mowy i języka: Manning, 2010; Plexico i in., 2005, 2010. W ewaluację terapii jąkania powinno być wpisane rozważenie relacji klient – tera-

peuta, szczególnie z perspektywy klienta (Sønsterud, Kirmess i in., 2019). Szerokie grono osób jękających się zaakcentowało wagę tej relacji i jej wpływ na przebieg oraz na wyniki terapii. Podkreślmy więc ponownie: relacja terapeutyczna naprawdę ma znaczenie (Sønsterud, Kirmess i in., 2019).

Choć istnieje konsensus co do potrzeby otwartej i uczciwej dyskusji pomiędzy terapeutą i klientem, pozwalającej na uzgodnienie celów oraz oczekiwań wobec interwencji logopedycznej jako takiej, nad realnym wpływem motywacji i przymierza terapeutycznego na jękających się przeprowadzono jednak mało badań (Sønsterud, Kirmess i in., 2019). W ostatnich latach zainteresowanie tymi problemami znacznie wzrosło. Wyniki badań Sønsterud, Kirmess i in. (2019) sugerują, że zawiązanie się przymierza terapeutycznego na początku terapii jest równocześnie jej krytycznym momentem (to dlatego zaleca się, aby ewaluacja przymierza została włączona do terapii jąkania). Ważne, by osoba jękająca się i terapeuta rozumieli specyficzne cele terapii; terapeuta będzie mógł wtedy zidentyfikować i wybrać odpowiednie podejście terapeutyczne lub zadania do realizacji. Jeżeli osoba jękająca się z czymś się nie godzi lub coś jest dla niej pozbawione znaczenia, osoba ta powinna o tym powiedzieć – a terapeuta powinien „stworzyć dla tego przestrzeń” i uważnie słuchać. Podejście MIST podkreśla znaczenie otwartej dyskusji nie tylko na temat dążeń jednostki w terapii, ale również działań i zadań włączanych do jej programu. To z kolei sugeruje, że włączenie ewaluacji przymierza terapeutycznego na wczesnym etapie procesu terapeutycznego może pomóc w zidentyfikowaniu i wyborze owych celów i ważnych zadań, a także w dostrzeżeniu i rozwiązaniu problemów, które się pojawiają. Dostępnym narzędziem do oceny przymierza terapeutycznego jest np. *Inwentarz przymierza terapeutycznego* (ang. *The Working Alliance Inventory – Short Revised version*; WAI-SR) (Hatcher, Gillaspy, 2006); zostało ono zastosowane w opisanym powyżej badaniu Sønsterud, Kirmess i in. (2019). WAI-SR jest łatwy w użyciu, a przy tym bada interesujący nas fenomen w trzech dziedzinach: więzi, celu i zadania.

Znaczenie osobistych i zależnych od kontekstu informacji zwrotnych

Warunkiem wstępnym zmiany jest postrzeganie terapii przez osoby jękające się jako odpowiedniej, efektywnej i ważnej (Binder i in., 2010; Bothe, Richardson, 2011; Collier-Meek i in., 2018; Ingham i in., 2012). Zdaniem badaczy zapatrywania logopedów na postępy ich klientów w terapii bywają czasem nadmiernie optymistyczne (Lambert i in., 2018). W celu przeciwdziałania temu zjawisku Lambert i in. (2018) zarekomendowali narzędzie o nazwie *Rutynowe monitorowanie wyników* (ang. *Routine Outcome Monitoring*; ROM), za pomocą którego postępy szukającego pomocy regularnie mierzy się przy użyciu wystandaryzowanych arkuszy, co dla terapeuty



stanowi informację zwrotną uzyskiwaną w trakcie pracy terapeutycznej (Lambert i in., 2018). Wystawianie tego rodzaju ocen podczas każdej sesji obrazuje, „[...] w jaki [sposób – dopisek red.] dostarczona informacja przekracza zakres informacji pochodzących jedynie z obserwacji terapeuty i jego rozumienie postępu w terapii” (2018, 521). Egan (2014) sugeruje, że jedną z metod dookreślenia, jak ktoś postrzega terapię, jest regularne zadawanie pytań, czy udzielana pomoc jest rzeczywiście skuteczna. Ważkie jest ponadto uświadomienie sobie przez klienta jego wartości, preferencji i potrzeb w odniesieniu do planów i celów terapii. Koresponduje to z podejściami zorientowanymi na jednostkę, których przedstawiciele utrzymują, że każda osoba powinna otrzymać najodpowiedniejszą dla siebie terapię, przyczyniającą się do pozytywnych zmian w życiu codziennym tej osoby i różnych sytuacjach komunikacyjnych (Baxter i in., 2015; McLeod, 2018). Identyfikacja/eksploracja elementów terapii mogących mieć znaczenie dla konkretnej, uwikłanej w jakiś kontekst jednostki to główny punkt programu MIST. Jak już powiedziano, zgodnie z MIST klient jest aktywny w badaniu przebiegu terapii i wypracowywaniu poglądów, co było, a co nie było pomocne podczas sesji (McLeod, 2018); każda osoba ma bowiem możliwość podejmowania dialogu z terapeutą, w tym udzielania mu ustnie bądź na piśmie informacji zwrotnych. Preferencje, o których mowa, pozwala np. badać *Kwestionariusz preferencji w terapii* (ang. *Therapy Preferences Form*; TPF); TPF jest także dobrym narzędziem do programowania indywidualnych interwencji terapeutycznych.

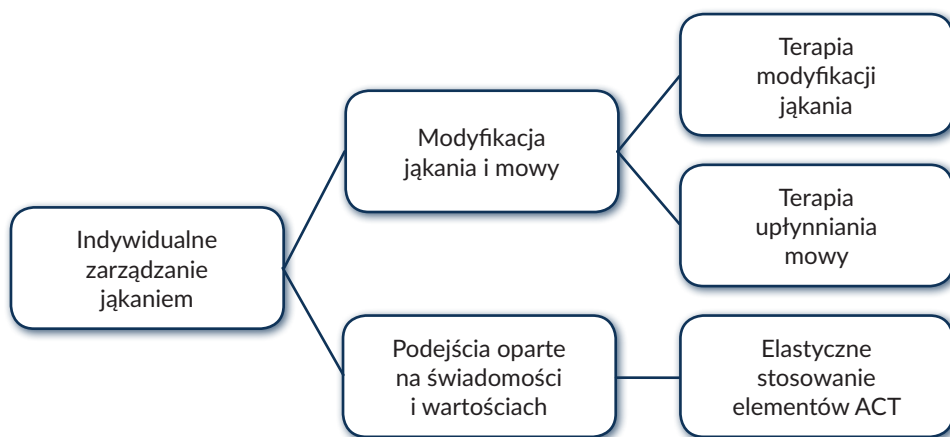
Stosowanie TPF można uznać za sposób rutynowego monitorowania wyników (Lambert i in., 2018). W podejściu MIST klientów prosi się o ocenę poszczególnych elementów przy użyciu skali Likerta (od 1 do 7); por. takie pytania, jak: 1) *Jak użyteczny, twoim zdaniem, jest dany element?*, 2) *Jak często stosujesz dany element podczas ćwiczeń w domu?* Inny punkt kwestionariusza, z podobną skalą Likerta, brzmi: *Jak oceniasz terapię i jak aktywnie w jej trakcie ćwiczyłeś?* TPF pozwala zatem zarejestrować i podsumować opinie dotyczące strategii, zadań itd., które uznane zostały przez osobę jąkającą się za przydatne i relatywnie łatwe do przeniesienia do życia codziennego. Jeżeli zdaniem tej osoby ćwiczenia są pomocne, mogą one zostać włączone do pracy w domu i poza nim (w pracy, w szkole itp.). Jeśli zaś oczekiwany wynik nie został osiągnięty, logopeda w oparciu o uzyskane informacje zwrotne powinien zmodyfikować elementy terapii.

Kluczowe elementy MIST w zarysie

Między 2009 i 2012 r. na bazie obserwacji poczynionych w pewnej przychodni logopedycznej opracowano studium przypadku. Wśród uwzględnionych wówczas wypowiedzi znalazła się opinia 39-letniego jąkającego się mężczyzny, który uczestniczył

w indywidualnej, wielowymiarowej terapii. Jako najwartościowsze elementy terapii ocenił on głębsze „zakotwiczenie” oddechu w ciele w celu uzyskania ogólnego zwolnienia ruchów ciała, a także świadome wydychanie (Sønsterud, Løvbakk, 2012). Zdaniem klienta świadome oddychanie pozwoliło na łatwiejszą produkcję mowy. Dzięki grantom Fundacji Dam (ang. the Dam Foundation/the Norwegian Extra Foundation for Health and Rehabilitation) badania zostały rozszerzone i w 2016 r. przeprowadzono wielokrotne (A-B-A) studium przypadku. Dodajmy, że poddana badaniu terapia była oparta na dowodach empirycznych, z uwzględnieniem tego, co dla danej osoby jest/powinno być istotne w określonym momencie.

Kilku badaczy i terapeutów zajmujących się jąkaniem uważa nieocenianą świadomość i samoakceptację za podstawowe komponenty terapii nakierowanej na wskazane zaburzenie (Beilby i in., 2012; Boyle, 2011; Cheasman i in., 2015). Słowa *wielowymiarowa* i *zindywidualizowana* w podejściu MIST, łączącym elementy terapii akceptacji i zaangażowania z modyfikacją jąkania i mowy, podkreślają wartość interakcji pomiędzy wyznawanymi wartościami, świadomością i procesami fizycznymi – patrz rys. 1.

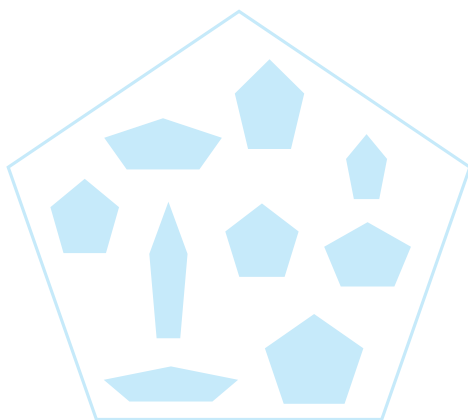


Rysunek 1. Uproszczony model wielowymiarowej zindywidualizowanej terapii jąkania (MIST)

Jedną z głównych przyczyn włączenia elementów opartych na świadomości do podejścia MIST było ułatwienie osobie jękającej się radzenia sobie z jąkaniem, zarządzania nim zarówno na poziomie psychospołecznym, jak i sensoryczno-motorycznym. Bardziej szczegółowo zostanie to omówione poniżej. Skoncentrowanie się na wartościach w tym podejściu jest zakotwiczone w pluralistycznej, zorientowanej na cel terapii i w perspektywie ACT; jest też utrzymywane i wzmacniane przez świadomość osobistych wartości wyznawanych przez uczestników terapii (Harris, 2019; Hayes i in., 2012).



Elementy tego programu są usystematyzowane zgodnie z trzema połączonymi ze sobą subsystemami motorycznymi mowy: oddechowym, fonacyjnym i artykulatoryjnym (DeVore, Cookman, 2009), a częściowo z ACT i ogólnymi umiejętnościami prezentacji stosowanymi przez klienta w gabinecie i/lub poradni. Zindywidualizowaną naturę prezentowanego podejścia oraz odpowiednie wyważenie subkomponentów różnych dla poszczególnych jednostek pozwala przybliżyć poniższy pentagon. Jak można zobaczyć na rys. 2, wewnętrzne pentagony (te na niebiesko) mogą różnić się wymiarami i formą.



Rysunek 2. Pentagon z wewnętrznymi, indywidualnymi pentagonami

W czasie terapii oczekuje się wprowadzenia różnorodnych elementów i eksplorowania ich wspólnie z osobami jaskającymi się; por. pracę nad samoświadomością, podparciem oddechowym, łagodniejszą fonacją, uwolnieniem się z bloku i/lub ogólnymi umiejętnościami prezentacji. MIST obejmuje pięć głównych obszarów zainteresowania, takich jak: 1) ogólne wzorce oddychania i napięcia w ciele, 2) wzorce oddychania podczas produkcji mowy, 3) cechy wokalne w produkcji mowy, 4) strategie oparte na wartościach i idei *mindfulness* (uwaga) oraz 5) ogólne umiejętności w zakresie komunikacji i prezentacji. Obszary te zostały scharakteryzowane poniżej.

1. *Ogólne wzorce oddychania i napięcia w ciele*

Element ten może np. wiązać się z wprowadzeniem wolniejszych ruchów ciała lub praktyką zwracania baczniejszej uwagi na oddech w celu poprawy ogólnego samopoczucia albo lepszego radzenia sobie ze stresem.

2. *Wzorce oddychania podczas produkcji mowy*

Może to np. obejmować monitorowanie zmian w pozycji powłok brzusznych podczas mówienia, ćwiczenie podparcia oddechowego podczas mówienia, eksperymentowanie ze spokojnym, gładkim przepływem oddechu (pasywnie lub aktywnie)

w celu utrzymania relatywnie równomiernego wydechu i ogólnie małego wysiłku oddechowego oraz napięcia podczas mówienia.

3. Cechy wokalne w produkcji mowy

Przykłady mieszczące się w tym obszarze to: eksperymentowanie z mową przedłużoną, łagodnym początkiem, ciągłą fonacją, łagodniejszy kontakt części aparatu artykulacyjnego (włączając łatwy i łagodny początek), świadomość zakresu wysokości dźwięku (wysokie lub niskie dźwięki mogą wymagać zwiększonego napięcia strun głosowych), zmiany w intensywności produkowanego dźwięku (różna głośność i ton głosu) (Ward, 2018) i inne metody modyfikacji mowy, takie jak modyfikacja w trakcie bloku (Van Riper, 1973). Uwalnianie się z bloku może nastąpić przez wycofanie się z zająkniętych słów albo łagodne wzmocnienie fonacji (*voicing-out*), które odzwierciedla „wycofanie się” i/lub łagodzenie bloków poprzez uwalnianie przepływu powietrza przy świadomym wydychaniu (*breathing-out*), co w tym kontekście mogłoby być uznane za przekształconą modyfikację Van Ripera. Głównym zadaniem obszaru 3. jest wypracowanie mowy i komunikacji wymagających mniej wysiłku, mniej energii wydatkowanej podczas mówienia.

4. Strategie oparte na wartościach i idei *mindfulness*

Przykłady odpowiadające tej części obejmują zwracanie uwagi na doświadczenia wewnętrzne i ich obserwowanie („obserwujące »ja«”), pracę z „punktem wyboru”, który jest momentem, kiedy możemy wybrać zachowania zgodne lub niezgodne z wartościami (opisane m.in. przez Harrisa (2019)), rozwijanie świadomości bycia tu i teraz („świadomy umysł”; ang. *the being mind* w przeciwieństwie do „działającego umysłu”; ang. *the doing mind*), eksplorowanie życzliwości, współczucia i perspektyw opartych na wartościach, rozwijanie stanów większego spokoju oraz akceptowanie myśli bez ich osądzania.

5. Ogólne umiejętności w zakresie komunikacji i prezentacji

Por. indywidualne stosowanie pauz, zróżnicowanego tempa mowy, intonacji i prozodii, elastyczne stosowanie akcentu w zdaniu w celu podkreślenia znaczenia słów, kontakt wzrokowy i/lub postawa dostosowane do kontekstu sytuacyjnego.

Obszary zainteresowania mogą czasem częściowo pokrywać się (szczególnie obszar 1. i 4.) oraz zależeć od indywidualnej odpowiedzi klienta i jego preferencji. Jednym ze sposobów rozwinięcia u siebie świadomości tu i teraz jest np. zwrócenie uwagi na swój wzorzec oddychania i podążanie za oddechem w fazie wdechu i wydechu. Ćwiczenie świadomej uważności na oddech powinno być wkomponowane w obszar 4., jeśli zaś rezultatem, który chcemy osiągnąć, jest ogólna poprawa samopoczucia lub ogólne radzenie sobie ze stresem, zadanie powinno znaleźć się w obszarze 1. Pamiętajmy jednak: natura wielowymiarowego zindywidualizowanego podejścia oznacza, że wyważenie różnych subkomponentów terapii powinno zależeć od każdego indywidualnego przypadku. MIST w pewnym stopniu znajduje



odzwierciedlenie w pracach Logana (2015) i Warda (2018), którzy podzielają pogląd, że zmiany lub dostosowania w systemie motoryki mowy prawdopodobnie doprowadzą do zmian w innych częściach systemu. Ponadto dokonując małych zmian w systemie motorycznym mowy, osoby jękające się mogą być w stanie dokonać również większych zmian w swojej mowie, zarządzając jękaniem, zyskując świadomość i podejmując pracę opartą na wartościach.

Zarządzanie jękaniem poprzez świadomość i pracę opartą na wartościach

Wiele programów poświęconych zarządzaniu stresem uczy samoświadomości i głębokiego oddychania jako podstawowych technik relaksacji czy uzyskiwania ogólnego dobrego samopoczucia. Podejścia oparte na teorii *mindfulness* (uważności) stały się także popularnymi formami interwencji w dziedzinie jękania (Boyle, 2011; Cheasman i in., 2013). Wymieniony wyżej termin oznacza zwracanie uwagi w szczególny sposób, który jest celowy, skupiony na tu i teraz i nieosądzający (Kabat-Zinn, 2003). Według Boyle'a (2011) praktykowanie *mindfulness* może zmniejszyć liczbę zachowań unikowych, a poza tym poprawić regulację emocjonalną.

Teoria *mindfulness* została opisana przez wielu badaczy i terapeutów (Kabat-Zinn, 2003; Teasdale i in., 2003). Pełniejsze rozwinięcie, a zarazem doprecyzowanie zestawianej z nią definicji (możliwej do zastosowania dla celów naukowych), znajdziemy w pracy Bishopa i in. (2004). *Mindfulness* zaczyna się od skierowania świadomości na bieżące wydarzenia, zajmowania się myślami, uczuciami i odczuciami płynącymi z ciała z chwili na chwilę i ich obserwacji, a ponadto od regulowania głównego punktu uwagi. Samoregulacja uwagi ułatwia osiągnięcie prostej, niewyszukanej świadomości pojawiających się myśli, uczuć itd. (Bishop i in., 2004). Zamiast koncentrować się na rozważaniach nad przeżyciami jednostki, w tym różnymi implikacjami i skojarzeniami, *mindfulness* obejmuje bezpośrednie doświadczenie wydarzeń w umyśle i ciele. Klienta nie instruuje się, jak osiągnąć pewien szczególny stan, dowiaduje się on, że ma „podjąć wysiłek zauważenia każdej myśli, uczucia czy odczucia, które pojawia się w strumieniu świadomości” (Bishop i in., 2004, 231). Bishop i in. zaproponowali model *mindfulness*, który dotyczy przyjęcia orientacji na chwilę obecną wspomaganą przez ciekawość, otwarcie i akceptację (Hayes i in., 2012). Według tych badaczy (Bishop i in., 2004) *mindfulness* jest procesem samoobserwacji i różni się od techniki medytacji (również tutaj stosowanej) „trybem świadomości”, który jest ewokowany, gdy regulujemy uwagę.

MIST nie zawiera żadnych szczególnych technik medytacyjnych pochodzących z *mindfulness*, ma raczej ulepszyć uważną świadomość różnych aspektów ciała i/lub umysłu, niezależnie od tego, czy zamierzamy mówić, czy nie. Przykłady zadań

opartych na świadomości w podejściu MIST to np. ćwiczenie „rzucania kotwicy”, obserwowanie i zwracanie uwagi na doświadczenia wewnętrzne („obserwujące »ja«”) i/lub praca nad „punktem wyboru”, kiedy uczestnicy są zachęcani do zdefiniowania własnych ruchów „od i do” (gdzie „ruchy od” znaczą ‘nie do zastosowania’, a „ruchy do” to zachowania, myśli i sytuacje do zastosowania). Zintegrowanie „punktu wyboru” z terapią może pomóc klientowi uzmysłowić sobie, co jest ważne, i pozwolić podążać w stronę bogatszego, pełnego znaczenia życia. Osoby jękające się różnią się umiejętnościami polegającymi na „byciu świadomym”; warto to w przyszłości poddawać oglądowi – w warunkach poradni oraz w ramach badań naukowych.

W podejściu MIST – jak i w innych podejściach wykorzystujących *mindfulness* – mamy do czynienia z ciągle aktualnym zaproszeniem do „zauważania”, np. oddychania bądź odczuć z ciała. Zapraszanie uczestników terapii do polepszania swoich umiejętności bycia świadomymi, „bycia obecnymi”, „otwarcia się” i „robienia tego, co ma znaczenie” może pomóc klientom rozwinąć elastyczność psychologiczną, definiowaną jako zdolność „bycia obecnym” z pełną świadomością i otwarciem na wszelkie doświadczenia życiowe, a także jako podejmowanie działań w zgodzie z własnymi wartościami (Harris, 2019). Świadomość behawioralna w kontekście MIST odnosi się do stopnia, w jakim dana osoba może odczuwać to, co fizycznie robi podczas mówienia – jękając się lub nie. Podejścia oparte na świadomości mogą wymagać pewnego obeznania się z przedmiotem. Jak już wskazywano, projekty odwołujące się do *mindfulness* koncentrują się na świadomości doświadczeń tu i teraz (Hayes i in., 2012); w terapii mowy konieczne może być stworzenie dla klienta warunków, w których będzie on realizować określone zadania i przechodzić zmianę, jednocześnie obserwując swoje myśli, uczucia i doświadczenia fizjologiczne. Zamiast przekazywania szczegółowych informacji werbalnych na temat zmian, jakich jednostka mogłaby dokonać, oraz eksperymentów możliwych do przeprowadzenia podczas procesu terapeutycznego, logopeda powinien zachęcać klientów do koncentrowania się na własnych doświadczeniach i kontynuowania praktyki rozwijającej świadomość samego siebie – zarówno w poradni, jak i poza nią. Dodajmy jednak: bycie świadomym własnych odczuć fizycznych, a przy tym pozostawanie obecnym i żywo reagującym w swoim środowisku wymaga od jednostki wysokiego poziomu umiejętności.

Współpraca w tym obszarze polega na wspieraniu osoby jękającej się w rozwijaniu świadomości takich elementów, jak wzorce oddychania, uzyskiwanie dźwięczności i/lub odczuwanie zmian fizycznych zachodzących w ciele (por. eksperymentowanie, celowe dostosowywanie przepływu powietrza, napięcia lub głosu); pamiętamy, że to jękający się zadecydują, co jest najistotniejsze w ich życiu codziennym. Modyfikacja mowy lub procesu oddychania, świadome regulowanie pra-



cy strun głosowych przy równoczesnym staraniu się o zwiększenie świadomości bycia tu i teraz może, na pierwszy rzut oka, wydawać się dużym obciążeniem kognitywnym (Sønsterud i in., 2020). Przypominając jednak klientom, że umiejętności rozwijamy przez jakiś czas, i zakotwicząc ich poczynania w koncepcie „wystarczająco dobre na teraz”, możemy ich wspomóc i zachęcić do dalszego podejmowania praktyk *mindfulness*. Niezależnie od tego warto też kontynuować badania naukowe związane z rozważanym tu obszarem terapii jąkania.

Konkluzja

Jak stwierdzają Baxter i in. (2015), osoby jękające się mogą odnieść korzyści z szerokiego spektrum terapii. Choć zakres interwencji i liczba związanych z nimi dociekań zdecydowanie wzrosła, autorzy ci przyznają, że dowody naukowe nadal nie są jednoznaczne co do tego, „kto odniesie największą korzyść z danego programu” (Baxter i in., 2015, 688). Skutecznych jest wiele terapii jąkania (Baxter i in., 2015); wykazano, że podejście MIST jest skuteczne zarówno w warunkach poradni, jak i w sytuacjach życia codziennego oraz że pozytywne zmiany znajdujące swe odbicie w tym podejściu nawiązują do modelu Światowej Organizacji Zdrowia, tj. *Międzynarodowej klasyfikacji funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia* (World Health Organization, 2018). Wyniki badań Sønsterud i in. (2020) potwierdziły istnienie umiarkowanego bądź nawet silnego związku pomiędzy ulepszoną umiejętnością mowy, pewnością siebie w komunikacji i jakością życia.

Podejście MIST można uznać za wyjątkowe, ponieważ jego ogólnym celem nie jest nauczenie technik upłynniania mowy, ale raczej rozwinięcie świadomości napięć w ciele, oddychania i mechanizmu wytwarzania mowy – po to, by znaleźć łatwiejszą i mniej wysiłkową alternatywę mówienia oraz komunikacji. Ponadto za nadrzędną intencję sprzężoną z MIST poczytywać można polepszenie samopoczucia osób jękających się, ich zdolności przeżywania życia w pełni, w zgodzie z wyznawanymi wartościami.

Programowanie terapii w oparciu o unikalne potrzeby i preferencje konkretnej osoby stało się strategią stosowaną w wielu odmianach interwencji terapeutycznych, a stopniowo staje się także cechą opieki zdrowotnej w ogóle (Lambert i in., 2018; McLeod, 2018; Wampold, 2015). Jak zakłada się w MIST, stosowanie się do zasad terapii i jej efektywność będą większe, jeśli na etapie programowania interwencji weźmiemy pod uwagę różnice osobowości, potrzeb i reakcji klientów. Logopedzi powinni być więc wrażliwi na motywacje klienta, wyznawane przez niego wartości, na wszystko, co wnosi on do procesu terapeutycznego. Kolejny ważny przymiot,

o którym należy pamiętać w praktyce logopedycznej, to elastyczność (Croft, Watson, 2019; McLeod, 2018; Sønsterud, Kirmess i in., 2019; Wampold, 2015).

Pytania kontrolne

1. Komunikacja jest zjawiskiem wielowymiarowym i realizuje się werbalnie i niewerbalnie. Według DeVore i Cookman (2009):
 - a) nośnikiem około 38% znaczenia są słowa, 7% ton głosu, a 55% język ciała;
 - b) nośnikiem około 7% znaczenia są słowa, 38% ton głosu, a 55% język ciała;
 - c) nośnikiem około 55% znaczenia są słowa, 38% ton głosu, a 7% język ciała.
2. Karimi i in. (2018) twierdzą, że następujący czynnik odzwierciedla fundamentalne osiągnięcie terapii jąkania:
 - a) poprawa jakości życia;
 - b) zwiększenie pewności siebie;
 - c) satysfakcja z komunikacji w codziennych sytuacjach;
 - d) łatwość uczestnictwa w życiu społecznym.
3. Termin: przymierze terapeutyczne, rozumiany jako proaktywna współpraca między klientem i terapeutą w trakcie sesji terapeutycznych, został po raz pierwszy użyty przez:
 - a) Wampolda;
 - b) Bordina;
 - c) Flückigera i jego współpracowników;
 - d) Horvatha.
4. W wielowymiarowej zindywidualizowanej terapii jąkania (MIST) można wskazać następującą liczbę głównych obszarów zainteresowania:
 - a) 4 obszary;
 - b) 6 obszarów;
 - c) 3 obszary.

Rekomendowana literatura:

- Cheasman, C., Simpson, S., Everard, R. (2013). *Stammering therapy from the inside: new perspectives on working with young people and adults*. J & R Press.
- Harris, R. (2019). *ACT made simple: an easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy* (2nd ed.). New Harbinger Publications.
- Logan, K.J. (2015). *Fluency disorders*. Plural Publishing.



- 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*, 88, 106052. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2020.106052>.
- Ward, D. (2018). *Stuttering and cluttering: frameworks for understanding and treatment* (2nd ed.). New York Routledge.

Bibliografia

- 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>.
- 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>.
- Binder, P.E., Holgersen, H., Nielsen, G.H. (2010). What is a “good outcome” in psychotherapy? A qualitative exploration of former patients’ point of view. *Psychotherapy Research*, 20, 285–294. <https://doi.org/10.1080/10503300903376338>.
- Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N.D., Carmody, J., Segal, Z.V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., Devins, G. (2004). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>.
- Bloodstein, O. (1997). Stuttering as an anticipatory struggle reaction. W: R.F. Curlee, G.M. Siegel (red.), *Nature and treatment of stuttering: new directions* (2nd ed., s. 167–181). Allyn and Bacon.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252–260.
- 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).
- Boyle, M.P. (2011). Mindfulness training in stuttering therapy: a tutorial for speech-language pathologists. *Journal of Fluency Disorders*, 36, 122–129. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2011.04.005>.
- Boyle, M.P., Fearon, A.N. (2017). Self-stigma and its associations with stress, physical health, and health care satisfaction in adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 56, 112–121. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2017.10.002>.
- Carter, A., Breen, L., Yaruss, J.S., Beilby, J. (2017). Self-efficacy and quality of life in adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 54, 14–23. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2017.09.004>.
-

- Cheasman, C., Simpson, S., Everard, R. (2013). *Stammering therapy from the inside: new perspectives on working with young people and adults*. J & R Press.
- Cheasman, C., Simpson, S., Everard, R. (2015). Acceptance and speech work: the challenge. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 193, 72–81. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.03.246>.
- Collier-Meek, M.A., Fallon, L.M., Gould, K. (2018). How are treatment integrity data assessed? Reviewing the performance feedback literature. *School Psychology Quarterly*, 33, 517–526. <https://doi.org/10.1037/spq0000239>.
- Cox, W.M., Klinger, E. (2004). *Handbook of motivational counseling: concepts, approaches, and assessment*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Craig, A., Andrews, G. (1985). The prediction and prevention of relapse in stuttering: the value of self-control techniques and locus of control measures. *Behavior Modification*, 9, 427–442. <https://doi.org/10.1177/01454455850094002>.
- Craig, A., Blumgart, E., Tran, Y. (2011). Resilience and stuttering: factors that protect people from the adversity of chronic stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 54, 1485–1496. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2011/10-0304\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2011/10-0304)).
- Croft, R.L., Watson, J. (2019). Student clinicians' and clients' perceptions of the therapeutic alliance and outcomes in stuttering treatment. *Journal of Fluency Disorders*, 61, 105709–105709. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2019.105709>.
- Curlee, R.F., Siegel, G.M. (1997). *Nature and treatment of stuttering: new directions* (2nd ed.). Allyn and Bacon.
- De Nil, L.F., Kroll, R.M. (1995). The relationship between locus of control and long-term stuttering treatment outcome in adult stutterers. *Journal of Fluency Disorders*, 20, 345–364. [https://doi.org/10.1016/0094-730X\(95\)00024-2](https://doi.org/10.1016/0094-730X(95)00024-2).
- DeVore, K., Cookman, S. (2009). *The voice book. Caring for protecting, and improving your voice* (1st ed.). Chicago Review Press, Incorporated.
- Egan, G. (2014). *The skilled helper: a client-centred approach* (10th ed.). Cengage Learning.
- Finn, P. (2003). Evidence-based treatment of stuttering. II: Clinical significance of behavioral stuttering treatments. *Journal of Fluency Disorders*, 28, 209–218. [https://doi.org/10.1016/S0094-730X\(03\)00039-1](https://doi.org/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>.
- Flückiger, C., Hilpert, P., Goldberg, S., Caspar, F., Wolfer, C., Held, J., Vislä, A. (2019). Investigating the impact of early alliance on predicting subjective change at posttreatment: an evidence-based souvenir of overlooked clinical perspectives. *Journal of Counseling Psychology*, <https://doi.org/10.1037/cou0000336>.
- Guitar, B. (2014). *Stuttering: an integrated approach to its nature and treatment* (4th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.



- Harris, R. (2019). *ACT made simple: an easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy* (2nd ed.). New Harbinger Publications.
- Hatcher, R.L., Gillaspay, J.A. (2006). Development and validation of a revised short version of the Working Alliance Inventory. *Psychotherapy Research*, 16, 12–25. <https://doi.org/10.1080/10503300500352500>.
- Hayes, S.C. (2005). *Get out of your mind & into your life: the new acceptance & commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- 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).
- Helgadottir, F.D., Menzies, R.G., Onslow, M., Packman, A., O'Brian, S. (2014). Safety behaviors and speech treatment for adults who stutter. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 57, 1308–1313. https://doi.org/10.1044/2014_JSLHR-S-13-0041.
- Horvath, A., Greenberg, L. (1989). Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223–230.
- 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., Lowe, R., Jones, M., O'Brian, S., Menzies, R.G., Packman, A., Onslow, M. (2017). A speech and psychological profile of treatment-seeking adolescents who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 51, 24–38. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2016.11.001>.
- Jørgensen, M., Sønsterud, H., Reitz, L. (2008). *Å bygge bro mellom McGuire-programmet og den logopediske stammebehandlingen*. Paper presented at the Nordic Conference on stuttering and cluttering, Nyhavn, Danmark.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144.
- Karimi, H., Onslow, M., Jones, M., O'Brian, S., Packman, A., Menzies, R., Reilly, S., Sommer, M., 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>.
- Lambert, M.J., Whipple, J.L., Kleinstäuber, M. (2018). Collecting and delivering progress feedback: a meta-analysis of routine outcome monitoring. *Psychotherapy*, 55, 520–537. <https://doi.org/10.1037/pst0000167>.
- 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>.
- Logan, K.J. (2015). *Fluency disorders*. Plural Publishing.
-

- Manning, W.H. (2010). Evidence of clinically significant change: the therapeutic alliance and the possibilities of outcomes-informed care. *Seminars in Speech and Language*, 31, 207–216. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1265754>.
- McCauley, R.J., Guitar, B. (2010). *Treatment of stuttering: established and emerging interventions*. Lippincott Williams & Wilkins.
- McLeod, J. (2018). *Pluralistic therapy: distinctive features*. Routledge.
- Menzies, R.G., O'Brian, S., Packman, A., Jones, M., Helgadóttir, F.D., Onslow, M. (2019). Supplementing stuttering treatment with online cognitive behavior therapy: an experimental trial. *Journal of Communication Disorders*, 80, 81–91. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2019.04.003>.
- Ramnerö, J., Törneke, N. (2008). *The ABCs of human behavior: behavioral principles for the practicing clinician*. New Harbinger Publications, Inc.
- Seo, M.G., Bartunek, J.M., Barrett, L.F. (2010). The role of affective experience in work motivation: test of a conceptual model. *Journal of Organizational Behavior*, 31, 951–968. <https://doi.org/10.1002/job.655>.
- Shapiro, D.A. (2011). *Stuttering intervention: a collaborative journey to fluency freedom* (2nd ed.). PRO-ED.
- St. Louis, K.O., Irani, F., Gabel, R.M., Hughes, S., Langevin, M., Rodriguez, M., Scott, K.S., Weidner, M.E. (2017). Evidence-based guidelines for being supportive of people who stutter in North America. *Journal of Fluency Disorders*, 53, 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2017.05.002>.
- St. Louis, K.O., Tellis, G. (2015). *Stuttering meets stereotype, stigma, and discrimination: an overview of attitude research*. West Virginia University Press.
- Summers, D. (red.). (2009). *Longman dictionary of contemporary English* (5th ed.). Longman.
- 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*, 85, 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*, 88, 106052. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2020.106052>.
- Sønsterud, H., Howells, K., Baluyot, C. (2017). Individuelle ønsker for oppfølging av stamming: et kartleggings skjema i det logopediske samarbeidet. *Statped's læringsressurser, Oslo, Norge*.
- 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>.
- Sønsterud, H., Løvbakk, J. (2012). Aktiv talepust – et nyttig verktøy i vår stammelogopediske verktøykasse? [Breathing management – a useful tool in the stuttering toolbox for speech-language therapists]. *Norsk Tidsskrift for Logopedi*, 58, 22–24.



- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M.G. (2003). Mindfulness training and problem formulation. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 157–160. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg017>.
- Van Riper, C. (1973). *The treatment of stuttering*. Prentice-Hall.
- Wampold, B.E. (2015). *The great psychotherapy debate: the evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). Taylor and Francis.
- Ward, D. (2018). *Stuttering and cluttering: frameworks for understanding and treatment* (2nd ed.). New York Routledge.
- World Health Organization. (2018). Geneva: World Health Organization.
- Yaruss, J.S. (2010). Assessing quality of life in stuttering treatment outcomes research. *Journal of Fluency Disorders*, 35, 190–202. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2010.05.010>.
- Yaruss, J.S., Quesal, R.W. (2004). Stuttering and the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): an update. *Journal of Communication Disorders*, 37, 35–52. [https://doi.org/10.1016/S0021-9924\(03\)00052-2](https://doi.org/10.1016/S0021-9924(03)00052-2).
- Zebrowski P.M., Kelly E.M. (2002). *Manual of stuttering intervention*. Singular Thomson Learning.
-