

Rozdział 16

Hilda Sønsterud

Terapia akceptacji i zaangażowania (ACT) i jej zastosowanie w terapii jąkania

Cel i zarys rozdziału

Głównym zadaniem logopedów pracujących w dziedzinie jąkania jest jak najlepiej pomóc klientowi szukającemu pomocy. Kiedy osoby jękające zwracają się do specjalisty, zwykle chcą zmienić coś w swoim życiu i wszystko, co służy temu celowi, powinno być uznane za centralne w procesie niesienia pomocy (Egan, 2014; Ramnerö, Törneke, 2008). Ten aspekt jest szczególnie ważny w pracy logopedycznej w przypadku jąkania. Jednym z istotnych celów logopedy jest skupienie terapii jąkania na wspólnych z klientem rozważaniach i indywidualnych zasadach procesu decyzyjnego. Zastosowanie umiejętności terapeutycznych opartych i zainspirowanych terapią akceptacji i zaangażowania (ang. *Acceptance and Commitment Therapy*, ACT; *act* w języku angielskim znaczy 'działać') może umożliwić logopedom osiągnięcie ich celu na wiele sposobów. W tym rozdziale przedstawiam kilka sugestii.

Rola terapeuty rozważana z perspektywy pluralizmu

W tym rozdziale przymiotnik *pluralistyczny* używany jest w odniesieniu do istnienia wielorakich składników (w naturze i społeczeństwie) wspólnie tworzących rzeczywistość. W ramach pluralizmu absolutna lub fundamentalna prawda nie istnieje – zamiast niej są różne źródła wiedzy mające wartość, a wszystkie źródła mogą być istotne (McLeod, 2018). Według McLeod (2018) podejście pluralistyczne może być uważane za integracyjne, szukające możliwości łączenia konceptów i metod pochodzących z kilku podejść. Pluralizm obejmuje wiele zasobów intelektualnych i szerokie spektrum dziedzin, w tym etykę, filozofię, socjologię, nauki polityczne, teologię i psychologię. Do tej listy niniejszym dodaję logopedię. McLeod dowo-



dzi, że to, co jest prawdziwe (zasadne), działa na każdą jednostkę w terapii, a to, co jest najlepsze dla poszczególnych osób, zależy od czynników indywidualnych, relacyjnych i kontekstualnych. Pluralizm w kontekście filozoficznym odnosi się do idei, że „nie ma prawidłowych odpowiedzi na główne pytania dotyczące ludzkiej egzystencji” (McLeod, 2018, 13). Podstawowe zasady pluralizmu, jak również wielowymiarowej zindywidualizowanej terapii jąkania (ang. *Multi-dimensional Individual Stuttering Therapy, MIST*) opisanej w rozdziale 12, są osadzone na założeniu, że ludzie są prawdziwymi bohaterami i bohaterkami, a logopeda jest po prostu „przewodnikiem” oraz „dostarczycielem” pewnych zasobów (McLeod, 2018), z których jednostka może odnieść korzyści w określonym czasie podczas swojej podróży przez życie.

Ta terapia jąkania opiera się na fundamentalnym celu znalezienia strategii, zadań, elementów, które działają dla klienta w określonym czasie w jego codziennym życiu. Terapia ukierunkowana na cel może osiągnąć złoty standard tylko wtedy, jeżeli klient i terapeuta zbudują wspólnie coś konstruktywnego. Opiera się to na wspólnym procesie decyzyjnym w zakresie wyboru zadań i indywidualnych celów oraz na tym, że terapeuta i klient wspólnie poszukują dostępnych możliwości, łącząc elementy w sposób najbardziej odpowiadający celom i preferencjom klienta. Różne terapie mogą obejmować „bezpośredni związek pomiędzy identyfikacją celu i tym, co dzieje się, krok po kroku, w terapii” (McLeod, 2018, 95), co jest zgodne z podejściem pluralistycznym. Być może podejścia do terapii jąkania powinny być oparte raczej na doświadczeniu niż na edukacji czy teorii. W szerszym znaczeniu może to podkreślać własne doświadczenia jednostki w poszukiwaniu elementów terapii, zadań i opcji oraz ocenianie, które z tych elementów są pomocne w codziennym życiu. W ten sposób klienci mogą stać się aktywnymi jednostkami i badaczami w ich własnych kontekstach komunikacyjnych. Osoba jąkająca się i logopeda budują wspólnie coś konstruktywnego, co odzwierciedla perspektywę współpracy w podejściu pluralistycznym. Z perspektywy pluralistycznej terapeuci uważani są za improwizatorów, rzemieślników, artystów lub projektantów, którzy uczą się od klienta i improwizują. Klient i terapeuta współpracując, obserwują komunikację i/lub życie, aby zyskać rozeznanie w istniejących możliwościach, i używają tej wspólnej przestrzeni, aby ulepszyć np. ogólną umiejętność mówienia, pewność siebie w komunikacji lub ogólne dobre samopoczucie. Terapeuta musi pracować elastycznie, a terapia jest uznana za zakończoną sukcesem, jeżeli klienci osiągnęli swoje cele lub są usatysfakcjonowani tym, co osiągnęli. Myśl, że to klient decyduje, co stanowi udaną terapię, podkreślona jest w „teorii przymierza” i badaniach naukowych (Flückiger, Del Re, Wampold, Horvath, 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). Znaczenie silnego „przymierza terapeutycznego” między lo-

gopedami i klientami i to, w jaki sposób jakość tego przymierza może wpłynąć na wyniki terapii, zostało opisane szczegółowo w rozdziale 10.

Podjęcie pluralistyczne jest oparte na wartościach, czyli podtrzymywaniu i zachęcaniu klienta do uświadomienia sobie własnych wartości. Podczas terapii można pracować raczej nad uzyskaniem większej świadomości i uczestnictwa w codziennym życiu niż nad próbami uwolnienia od jąkania swojej mowy lub od ukrywania jąkania przed światem (Beilby, Byrnes, Yaruss, 2012). Może zatem być konieczne, aby logopeda stworzył środowisko, w którym osoba jąkająca się będzie mogła wykonywać pewne zadania, działania lub dokonywać zmian, jednocześnie obserwując swoje myśli, uczucia i reakcje fizjologiczne w danym momencie. Podczas współpracy w gabinecie zamiast dostarczania werbalnych instrukcji dotyczących zmian, które klient mógłby wprowadzić lub z nimi eksperymentować, logopedzi mogą zachęcać osoby jąkające się do obserwacji i odczuwania swojego doświadczenia i rozwijania samoświadomości w warunkach przychodni i poza nią. Świadomość odczuć fizycznych, przy jednoczesnym byciu tu i teraz w środowisku społecznym wymaga jednak wysokiego stopnia umiejętności. Odzwierciedla to praca Gilman (2014), która zidentyfikowała różnicę między uczeniem się „z zewnątrz do środka” i „ze środka na zewnątrz”, uznając oba procesy za ważne czynniki wspierające. Sposób, w jaki ludzie uczą się wykonywania nowego zadania, aktywnie utrzymując uwagę na nim lub mając świadomość, co i jak wykonują w tym działaniu, jest, zdaniem Gilman, sposobem, w jaki uczy się ciało. To są odczucia, które ludzie muszą nauczyć się zauważać, jeżeli chcą wprowadzić znaczące zmiany. Podejście pluralistyczne opiera się na wspólnym podejmowaniu decyzji co do zadań i celów indywidualnych oraz potrzeb terapeuty i klienta, wspólnego eksplorowania dostępnych możliwości oraz łączenia elementów w sposób najbardziej odpowiadający celom i preferencjom klienta. Skupienie się na wartościach jest również podkreślane w terapii akceptacji i zaangażowania (ang. *Acceptance and Commitment Therapy, ACT*).

Praca logopedy w ramach terapii akceptacji i zaangażowania (ACT)

Jednym z podejść, które wydaje się coraz popularniejsze w obszarze jąkania, jest terapia akceptacji i zaangażowania (ACT). ACT opiera się na funkcjonalnym kontekstualizmie i jest częścią „trzeciej fali” terapii behawioralnych, obok między innymi dialektycznej terapii behawioralnej (ang. *Dialectical Behavior Therapy, DBT*), terapii poznawczej opartej na uważności (ang. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT*), terapii skoncentrowanej na współczuciu (ang. *Compassion Focused Therapy*) i psychoterapii opartej na analizie funkcjonalnej (ang. *Functional Analytic Psychotherapy, FAP*). ACT kładzie główny nacisk na interwencje oparte na akceptacji, uważności i współ-



czuciu obok tradycyjnych interwencji behawioralnych (Harris, 2019; Hayes, Barnes-Holmes, Wilson, 2012); łączy procesy akceptacji i uważności z procesami zmiany zachowań. Luoma, Hayes i Walser (2017, 35) następująco definiują ACT:

ACT jest interwencją psychologiczną opartą na nowoczesnych zasadach behawioralnych i ewolucyjnych, obejmujących teorię ram relacyjnych RFT (ang. *Relational Frame Theory*), w której znajdują zastosowanie procesy uważności, akceptacji oraz zaangażowanie i procesy zmiany zachowań w celu osiągnięcia psychologicznej elastyczności.

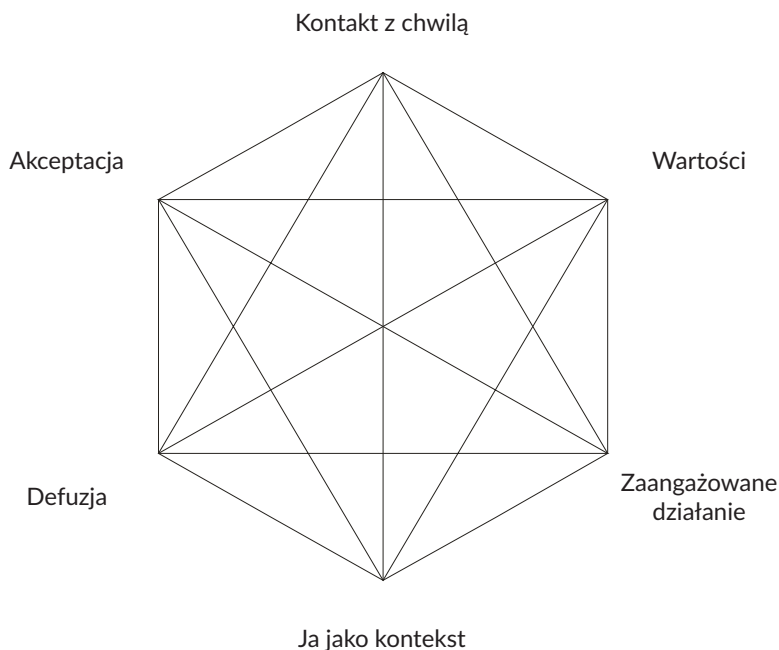
Ludzie używają języka zarówno w publicznie, jak i prywatnie, a w ramach ACT publiczne zastosowanie języka obejmuje takie formy, jak mówienie, gestykulowanie, pisanie malowanie, śpiewanie, grę aktorską, podczas gdy prywatne użycie języka to myślenie, wyobrażanie sobie, marzenie, wizualizowanie, planowanie, fantazjowanie i martwienie się (Harris, 2019; Hayes, 2005). W terapii ACT praca umysłu jest uznawana za ludzki język i nie jest ona ani przyjacielem, ani wrogiem umysłu. Celem terapii ACT jest stworzenie bogatego i konstruktywnego życia, w którym nawet w okresach wielkiego bólu i cierpienia istnieje możliwość znalezienia znaczenia, celu i witalności (Harris, 2019). ACT wywodzi się z funkcjonalnego kontekstualizmu (ang. *functional contextualism*) (Hayes, Barnes-Holmes i in., 2012; Ramnerö, Törneke, 2008). Funkcjonalny kontekstualizm wyłania się z kontekstualizmu (Ramnerö, Törneke, 2008) i podkreśla „działanie w kontekście”, w którym każde zdarzenie lub trwające działanie musi być obserwowane i analizowane w bieżącym kontekście środowiskowym i historycznym. Kontekstualizm podkreśla praktyczne zastosowanie idei przez pracę nad nimi, aby sprawdzić naturę wiedzy, konceptów, znaczenia i nauki w ludzkich doświadczeniach w realnym świecie (Benton, 2011; Ramnerö i Törneke, 2008). Kontekstualizm zakłada, że prawda nie może być rozumiana poza swoim kontekstem środowiskowym i analizy oparte na funkcjonalnym konceptualizmie mogą być uznane za prawdziwe i uzasadnione, jedynie gdy prowadzą do efektywnego działania lub osiągnięcia celu w istotnym kontekście. Funkcjonalny kontekstualizm ma być w zamierzeniu podejściem holistycznym, w którym całość rozumiana jest raczej w odniesieniu do kontekstu niż jako złożona z elementów (Hayes, Strosahl i Wilson, 2012). W funkcjonalnym konceptualizmie prawda uważana jest za lokalną i pragmatyczną, a prawda jednej osoby nie musi być prawdą innej.

W ramach ACT różne sposoby myślenia lub mówienia mają różne konsekwencje, a elastyczność poznawcza kierowana jest przez operacyjność, a nie potrzebę spójności/konsekwencji. Według jej twórców ACT koncentruje się na procesie myślowym i zarówno terapeutom, jak i klientom radzi się obserwowanie, jak rozwijają się ich myśli i następnie rozważenie *praktycznej operacyjności w danej sytuacji* (Hayes,

Strosahl i in., 2012, 36). ACT ma bazę empiryczną (Davies, Niles, Pittig, Arch, Craske, 2015; Eustis, Hayes-Skelton, Roemer, Orsillo, 2016; Wetherell i in., 2011; Østergaard i in., 2019), która odwołuje się do indywidualnych i życiowych wartości klienta, który ma zdolność kontaktowania się z terażniejszością pełniej, jako świadoma osoba. Głównym celem ACT jest rozwijanie elastyczności psychologicznej, która jest uważana za umiejętność bycia obecnym, z pełną świadomością i otwartością na doświadczenia życia oraz podejmowania działania sterowanego własnymi wartościami jednostki (Harris, 2019). Elastyczność psychologiczna może być rozwijana przy pomocy sześciu kluczowych procesów terapeutycznych (Harris, 2019; Hayes, 2016):

- skupienie się na chwili obecnej (bycie tu i teraz);
- Ja jako kontekst (świadomość umożliwiająca spojrzenie z perspektywy na własne doświadczenia);
- defuzja (spojrzenie na własne myśli z pewnego dystansu);
- akceptacja (otwarcie się);
- życie według własnych wartości (rozumienie, co to oznacza);
- zaangażowane działanie (robienie tego, co należy).

Te sześć kluczowych procesów ujęto w modelu poniżej znanym jako *Heksafleks ACT* (Hayes, Strosahl i in., 2012):



Rysunek 1. Heksafleks ACT



Według Harrisa (2019, 11) te sześć kluczowych procesów nie powinno być rozpatrywane jako oddzielne procesy, ale raczej jako *sześć faset diamentu*. Można je ująć w trzy kategorie elastyczności: „otwarta”, „świadoma” i „zaangażowana” (Harris, 2019; Hayes, 2016). Procesy defuzji, akceptacji, Ja jako kontekst i kontakt z chwilą obecną są uznawane za cztery kluczowe procesy uważności (ang. *mindfulness* ‘elastyczna uwaga’) i składają się na termin *mindfulness* w ACT. W ramach ACT ów termin może się zatem odnosić do jednego lub wszystkich czterech procesów. Centralnym konceptem ACT jest założenie, że rozwijając postawę większej elastyczności psychologicznej, mamy większą szansę uświadomić sobie niekomfortowe doświadczenia, jednocześnie skupiając się na tym, jakie życie chcemy prowadzić (Hayes, 2016). Aby ułatwić rozwinięcie psychologicznej elastyczności, można pracować nad czterema kluczowymi elementami w dowolnej kolejności i jednostka może decydować, co stanowi dla niej priorytety. ACT zmierza do pomocy klientowi w zaakceptowaniu faktu, że to, co nie może być kontrolowane i poddane działaniu, wzbogaca życie (Harris, 2019; Hayes, 2005). Pragmatyczna perspektywa w terapii ACT podkreśla ustalenie wartości i prawdy poprzez określenie stopnia, w jakim poszczególne procesy funkcjonują u danej osoby. Według twórców ACT wszystkie interakcje terapeutyczne są brane pod uwagę w odniesieniu do wybranych wartości oraz celów klienta i należy najpierw przemyśleć, czy działania i myśli znajdują zastosowanie w praktyce (Hayes, Strosahl i in., 2012).

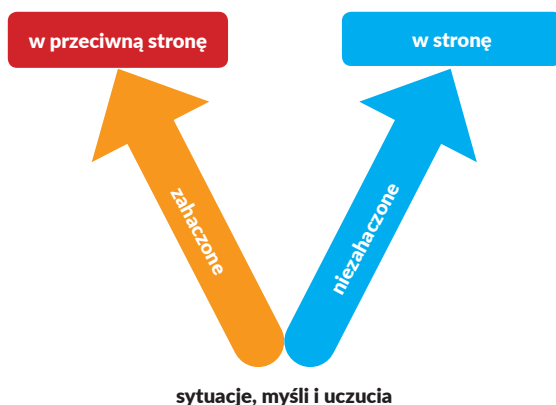
Zarządzanie jękaniem z perspektywy terapii akceptacji i zaangażowania

Połączenie terapii jękania z elementami ACT nie jest czymś nowym i zostało przedstawione przez wielu autorów (Beilby i in., 2012; Cheasman, Simpson, Everard, 2015; Harley, 2018; Plexico, Sandage, 2011; Scott, Jaime, 2013; Sønsterud, Halvorsen, Feragen, Kirmess, Ward, 2020). Jak opisano wcześniej, psychologiczna elastyczność jest jednym z kluczowych komponentów ACT i jej rozwinięcie jest cenne dla nas wszystkich, włączając osoby jękające się. W ACT umiejętności bycia świadomym i ćwiczenia ją rozwijające wprowadzane są na wiele sposobów, np. metodą obserwacji oddechu lub zauważania zmian zachodzących w ciele (np. przez kinestetyczne informacje zwrotne), co może pomóc jednostce poprawić zdolność do bycia świadomym i osiągnięcia lepszego kontaktu z chwilą obecną. Aby ułatwić rozwój elastyczności psychologicznej, sześć kluczowych elementów ACT może być przepracowywanych w różnej kolejności, zależnie od decyzji i priorytetów jednostki. Ewaluacja symptomów nie jest aspektem ACT, gdyż redukcja czy eliminowanie symptomów nie jest szczególnym celem. Może wydawać się paradoksem, że pracujemy nad redukcją negatywnego wpływu jękania, jednocześnie koncentrując się na zwiększaniu

jego akceptacji i uświadomienia. Różni badacze rozważali to zagadnienie (Beilby i in., 2012; Cheasman i in., 2015; Nippold, 2012; Yaruss, Coleman, Quesal, 2012). Beilby i współpracownicy (2012) konkludują, że praca nad oboma tymi celami jest możliwa oraz że oba te cele mogą się wzajemnie uzupełniać. Ja również zgadzam się ze stanowiskiem Cheasman i in. (2015), że poprzez polepszenie świadomości, desensytyzację i eksternalizację procesów jednostka może lepiej rozwinąć narzędzia do radzenia sobie z jękaniem – włączając te długoterminowe.

W ACT akceptacja oznacza otwarcie się, przygotowanie przestrzeni, pozwolenie bolesnym uczuciom, doznaniom i emocjom być takimi, jakie są (Harris, 2019; Hayes, Strosahl i in., 2012). W ramach ACT akceptacja istnienia jękania nie oznacza lubienia go czy chęci mówienia w ten sposób, ale raczej przygotowanie przestrzeni dla jękania i rozwijania dotyczącej go ciekawości (Cheasman, Simpson, Everard, 2013; Sørsterud i in., 2020). Hayes, Strosahl i in. (2012) sugerują, że słowo *akceptacja* może przywoływać negatywne i nieterapeutyczne konotacje u niektórych jękających się osób. W podejściu ACT Cheasman i in. (2015) rekomendują zatem wprowadzenie konceptu akceptacji raczej przez takie określenia, jak: *przyjazna ciekawość*, *przygotowanie miejsca na...*, *gotowość*, niż przez używanie słowa *akceptacja*. Akceptacja jest jednym z kamieni węgielnych ACT i jest częścią sześciu kluczowych procesów opisanych wcześniej. Polecam prace Everard, Simpson i Cheasman (2013, 2015), a także rozdział w tej książce autorstwa Everard i Cheasman, w którym prezentują ważne aspekty ACT, podkreślając jednocześnie wyzwania wokół akceptacji w związku z jękaniem.

W procesie ustalania wartości w terapii ACT należy sobie zadać ogólne pytanie, czy określone działanie lub zachowanie prowadzi nas *w kierunku* życia, jakie naprawdę chcemy prowadzić, czy *w przeciwną stronę* (Harris, 2019). Według Harrisza każde działanie czy zachowanie może być albo „*ruchem w kierunku*”, albo „*ruchem w przeciwną stronę*”, zależnie od indywidualnego kontekstu (zob. rys. 2).



Rysunek 2. Punkt wyboru (Harris, 2019)



Harris (2019) sugeruje, że cztery świadome opisane powyżej procesy („defuzja”, „akceptacja”, „Ja jako kontekst” i „kontakt z chwilą obecną”) mogą zostać zastosowane w różnych kombinacjach jako „odhaczające” umiejętności. Ich celem jest „odhaczenie” jednostki od trudnych myśli i uczuć w celu zredukowania ich wpływu na „jawne” i/lub „ukryte”.

Termin „zahaczony” odnosi się do dwóch kluczowych procesów, które są nieodłączne: „fuzja poznawcza” i „unikanie doświadczenia”, które według ACT są odpowiedzialne za większość cierpień psychicznych (Harris, 2019; Hayes, Strosahl i in., 2012). Fuzja poznawcza oznacza, że myśli mogą zdominować zachowanie, defuzja jest zatem oddzieleniem i zdystansowaniem się od tych myśli. Unikanie doświadczenia oznacza próbę uniknięcia, stłumienia, ucieczki lub pozbycia się niechcianych *prywatnych doświadczeń* (Harris, 2019; Hayes, 2005). Chociaż mogą być uznawane za typowe, a nawet czasem poprawiające życie, te same procesy mogą być przeszkodą w prowadzeniu życia bogatego i pełnego znaczenia (Harris, 2019). Może to również być rzeczywistością w przypadku niektórych jękających się osób. „Ruch w kierunku” odnosi się do zaangażowanego fizycznego i/lub psychologicznego działania, które jest zgodne z wartościami jednostki (Harris, 2019). Według Hayesa, Strosahla i in. (2012) gdy uczymy się kierowania do środka, zwyczajne przykłady psychicznego bólu stają się centralne w naszym codziennym rozwiązywaniu problemów.

W ten sposób pewne elementy ACT mogą dodać ważne aspekty do terapii jękania. Przez zidentyfikowanie jękania i modyfikację mowy oraz elementy oparte na świadomości, które mogą mieć znaczenie dla każdej jednostki, terapia może być pozytywnym wkładem do dalszego rozwoju osoby jękającej się. Przykłady zastosowania ACT w połączeniu ze strategiami modyfikacji jękania można zobaczyć np. w podejściu MIST (Sønsterud i in., 2020). Takie połączenie może być również zintegrowane z innymi podejściami w terapii jękania. Połączone z interwencjami modyfikacji jękania elementy z podejścia ACT oparte na świadomości i wartościach mogą stworzyć holistyczny i indywidualny program terapii jękania, który okazał się pomocny w przypadku kilku jękających się osób (Sønsterud i in., 2020).

Ekspozycja w ramach tradycyjnej terapii behawioralnej jest techniką stosowaną w leczeniu lęków i może obejmować ekspozycję osób na źródła lęków lub ich kontekstów w celu pomocy klientowi w przezwyciężeniu niepokoju i cierpienia (Beck, 2011). ACT również zawiera strategie oparte na ekspozycji, ale nie koncentruje się na redukcji symptomów lęku i cierpienia. W podejściu ACT ćwiczenia ekspozycji mogą pomóc ludziom w pozostawaniu obecnym i świadomym, niezależnie od poziomu cierpienia, którego doświadczają. Celem ACT jest połączenie osób z ich wartościami po to, aby uświadomili sobie, że niezależnie od tego, w jak trudnej znajdują się sytuacji, nadal mają wybór. Życie w zgodzie z własnymi wartościami może oznaczać wprowadzenie jakiegokolwiek zmiany, aby poprawić daną sytuację,

ale jednocześnie należy stworzyć przestrzeń dla bólu i cierpienia, jakie jej towarzyszą (Harris, 2019; Hayes, 2016). Innymi słowy, gdy są obecne lęk i cierpienie psychiczne, w jaki sposób ludzie chcą inaczej reagować działaniem opartym na wartościach?

Dodanie praktykowania ACT może przynieść dalsze korzyści w stosowaniu techniki ekspozycji, pozwalając jednostce rozwijać umiejętność defuzji. Świadoma perspektywa postrzegania myśli, nie jako pozytywnych lub negatywnych, tylko po prostu „myśli”, może zwiększyć elastyczność behawioralną (Harris, 2019; Hayes, 2005; Hayes, Barnes-Holmes i in., 2012). Hayes i współpracownicy podkreślają, że świadome podejście może wzmocnić życie bardziej witalne, zgodne z wartościami. W ten sposób kilka elementów ACT dodaje ważne aspekty w dziedzinie jąkania i może być jednym z filarów indywidualnego programu terapii jąkania. Obok swojego jąkania i pomimo niego osoby jękające się muszą zauważyć, kiedy robią „kroki w kierunku”, i dostrzec, jaką różnicę wprowadza to w ich codziennym życiu. Kilku jękających się uczestników w badaniu MIST (Sønsterud i in., 2020) wybrało do wykonywania w domu połączone ćwiczenia będące ekspozycją na sytuacje komunikacyjne z zintegrowanym jękaniem i/lub elementami modyfikacji mowy. Decyzja o badaniu i transferowaniu aktów mowy i/lub działań opartych na świadomości do życia codziennego wydaje się połączona z zasadami radzenia sobie w realnym świecie (Sønsterud, Fergan, Kirmess, Halvorsen, Ward, 2019). Cele były ponadto oparte na szerzej pojętych rezultatach końcowych, odnoszących się głównie do codziennych sytuacji osób uczestniczących w badaniu i tych, które uważali oni za istotne (Sønsterud, 2020), co zostanie szczegółowo przedstawione poniżej.

Zwiększanie świadomości i robienie tego, co ma znaczenie

Uważność jest trybem świadomości ewokowanym przez regulowanie uwagi (Hayes, Strosahl i in., 2012). Według Kabat-Zinna (2003) uważność oznacza zwracanie uwagi w szczególny sposób, który jest zamierzony, obecny w danej chwili, nieosądzający. Jak przedstawiono wcześniej, umiejętność bycia świadomym i ćwiczenia rozwijające świadomość wprowadzane są elastycznie, a krótkie ćwiczenia, obejmujące np. obserwowanie swojego oddechu lub zauważanie tego, co dzieje się w ciele, mogą pomóc jednostce ulepszyć bycie świadomym i bardziej w kontakcie z chwilą obecną. Świadomość w podejściu behawioralnym w kontekście terapii jąkania może również odnosić się do stopnia, w jakim jednostka odczuwa i jest świadoma tego, co fizycznie robi, gdy mówi i/lub się jąka. Praca logopedy w tej dziedzinie może obejmować wspieranie klienta w ulepszaniu uświadamiania sobie takich czynników, jak wzorce oddechu, dźwięczność i/lub odczucia w ciele, a także ustalanie wartości. Trzeba przez cały czas pamiętać, że głos i ciało działają jako jedno i że jednostka decyduje,



co jest dla niej optymalne. Rozdział 10 dostarcza więcej szczegółowych informacji na temat terapii jąkania i pracy opartej na świadomości i więcej praktycznych pomysłów na ulepszanie umiejętności w ramach terapii jąkania.

Choć różni się to w zależności od cech indywidualnych jednostki i kontekstu, jąkanie może wywierać negatywny wpływ na relacje z innymi, edukację, karierę, życie społeczne i może istotnie wpływać zarówno na komunikację, jak i na jakość życia (Bricker-Katz, Lincoln, Cumming, 2013; Craig, Blumgart, Tran, 2009; Erickson, Block, 2013; Manning, Beck, 2013; O'Brian, Jones, Packman, Menzies, Onslow, 2011; St. Louis, Tellis, 2015; Steine, Inglingstad, 2013; Yaruss, 2010). Brak wiary we własne umiejętności mówienia może prowadzić do zachowań ucieczkowych i społecznego wycofania. Niepokój może „wkraść się do mięśni” i spowodować napięcie w ciele. Dla wielu osób jąkających się życie codzienne z zaburzeniem mowy może wpływać na interakcje z innymi i prowadzić do uszczerbku natury psychologicznej i psychospołecznej. Według Craig, Blumgart i Tran (2011) istnieją trzy unikalne elementy przyczyniające się do pozytywnych wyników adaptacji: poczucie własnej skuteczności, wsparcie społeczne i zdrowe funkcjonowanie społeczne. Doświadczenie terapeutyczne sugeruje, że ogólne funkcjonowanie społeczne jednostki może być decydującym czynnikiem wpływającym na wyniki terapii oprócz, między innymi, poziomu świadomości, umiejętności społecznych, ogólnej zdolności mówienia i samodyscypliny. Jako forma terapii behawioralnej odnosząca się do emocji ACT może obejmować zaangażowane działanie jednostki w pracy, środowisku edukacyjnym i społecznym. Według Harrisa (2019) wartości są pożądanymi właściwościami trwających działań i największymi potrzebami serca, jeśli chodzi o to, jak chcemy traktować siebie i innych. Wartości są niczym kompas wskazujący nam kierunek i utrzymujący nas na właściwej drodze życia. Istnieje wiele źródeł na temat ACT dostępnych w literaturze. W celu zintegrowania procesów ACT, takich jak życie według własnych wartości i robienie tego, co należy (zaangażowane działanie), opracowano użyteczne zestawy zadań, jak na przykład *Strzał w dziesiątkę* (ang. *bull's eye*) (Luoma i in., 2017). *Strzał w dziesiątkę* jest krótkim narzędziem pomiaru w czterech dziedzinach życia, takich jak: praca i edukacja, czas wolny, rozwój osobisty i zdrowie oraz związki. Według twórców ACT wszystkie relacje terapeutyczne są rozważane w odniesieniu do wartości i celów klienta. Podstawowym zagadnieniem jest, czy działania i myśli mają zastosowanie w praktyce (Hayes, Strosahl i in., 2012). Według Harrisa (2019) wybieramy wartości świadomie, aby wnieść pożądane cechy do naszych działań. Wartości nie są jak przykazania, według których musimy postępować, ale raczej jesteśmy ich świadomi, używamy ich jako kierunkowskazów. Harris (2019, 217) porównuje wartości z metaforą kompasu w następującym zdaniu: „Gdy jesteś w podróży, nie chcesz trzymać się kurczowo kompasu na każdym etapie swojej drogi, chcesz mieć go w plecaku, wyjąć go, gdy będzie potrzebny, i znów odłożyć do plecaka”.

Według McLeod (2018) i Wampolda (2015) ludzkie cele mogą zostać wytyczone, ale nie zawsze można je łatwo ocenić; mogą wymagać rozbicia na szczegółowe, znaczące i wymierne podcele, które przyczyniają się do realizacji szerszej pojętego celu. Te różne poziomy celów możemy zaklasyfikować jako *cele w procesie* oraz *cele końcowe*. *Cele końcowe* są najbardziej pożądanym ostatecznym wynikiem, a *cele w procesie* są specjalnymi działaniami lub procesami w trakcie terapii (Zimmerman, Kitsantas, 1997). Jak przedstawili Sønsterud i in. (2019), jednostka może początkowo określić swój cel jako poprawienie płynności mowy, zredukować objawy jąkania lub nawet całkowicie pozbyć się jąkania. W takich przypadkach logopeda może sondować głębiej, pytając, co by się zdarzyło lub co byłoby inne dla klienta, gdyby osiągnął ten cel. Niektórzy uczestnicy badania prowadzonego przez Sønsterud (2020) uszczegółowili lub poszerzyli swoje cele, odpowiadając na przykład: *Gdybym mniej się jąkał, mógłbym rozwinąć w pełni mój akademicki potencjał* lub: *Poprawienie płynności mowy pomogłoby mi ulepszyć moje kontakty społeczne*, albo też: *Gdyby nie moje jąkanie, łatwiej znalazłabym partnera*. W tych przykładach cele były formułowane w związku z jąkaniem. Odpowiedzi większości uczestników wcześniejszego badania przeprowadzonego przez Sønsterud i in. (2019) wskazują, że zwiększenie płynności mowy lub uzyskanie poczucia kontroli nad jąkaniem były uważane za bardzo istotne cele. Według Zimmerman i Kitsantas (1997) takie cele mogą być definiowane raczej jako cele w procesie niż cele końcowe, ponieważ kilku uczestników czuło, że poprawa płynności mowy czy redukcja jąkania przyczyniłyby się do osiągnięcia szerszej sformułowanych celów, takich jak zoptymalizowanie osiągnięć szkolnych czy zwiększenie uczestnictwa w życiu społecznym. Interesujące jest dostrzeżenie, w jakim stopniu uczestnicy charakteryzują proces terapeutyczny jako związany z ich relacjami i uczestnictwem w życiu społecznym. Istnieje wiele sposobów, dzięki którym terapeuta i klient mogą rozpatrywać zagadnienie wartości podczas sesji terapeutycznych. Można również zadać kilka z poniższych pytań, na przykład: *Jaką osobą chciałbyś być? Jak można by zaobserwować pozytywne zmiany w interakcji z innymi osobami? Gdy ludzie działają bardziej w zgodzie ze swoimi wartościami, co mogą zauważyć w swoim zachowaniu lub co mogliby zrobić jeszcze? Jaką różnicę czyni to w życiu? Czy większa pewność siebie w komunikacji może prowadzić do bogatszego i pełnego znaczenia życia?*

Binder, Holgersen i Nielsen (2010) donosili o istnieniu korelacji pomiędzy pozytywnymi wynikami terapii i jej komponentami ogniskującymi się wokół czterech tematów: wypracowanie nowych sposobów nawiązania związków z innymi; zredukowanie symptomatycznego cierpienia lub zmiana wzorców zachowania wobec cierpienia; podwyższony poziom rozumienia samego siebie i wglądu w siebie; samoakceptacja i docenianie siebie. W idealnej sytuacji wyniki terapii jąkania odzwierciedlają wyniki uznane przez klientów za ważne. Indywidualne doświadczenie osiągnięcia celu w badaniu Sønsterud (2020) zostało opisane przez uczestników jako



dotyczące różnorodnych dziedzin życia. Eksplorując dialogi i refleksje uczestników sesji terapeutycznych, uzyskano informacje, że osiągnięcia często były związane z ogólną chęcią doświadczania życia i pełniejszego w nim uczestniczenia. Większość uczestników (16 z 18) doświadczyła osiągnięcia szeroko sformułowanych wyników końcowych. Przykłady obejmują ludzi, którzy dotychczas unikali rozmów telefonicznych, ale po terapii korzystali z telefonu prawie codziennie; dziadek, który nie lubił rozmawiać i unikał spotkań towarzyskich, gdy tylko było to możliwe, stał się aktywniejszy towarzysko i więcej kontaktuje się z wnukami; trzech pracowników, którzy unikali sytuacji społecznych i ze wszystkich sił starali się być niewidzialni w miejscu zatrudnienia, stali się pewniejsi siebie w sytuacjach wymagających mówienia i sami szukali spotkań grupowych, aby w nich uczestniczyć. Za inne przykłady niech posłużą rodzice, którzy unikali czytania na głos bajek na dobranoc, a zaczęli cieszyć się czytaniem dla dzieci; dwóch młodych mężczyzn, którzy zaczęli cieszyć się z chodzenia na randki; osoba, która wcześniej czuła się niezdolna do studiowania z powodu jąkania, a obecnie ukończyła edukację na jednym z najbardziej prestiżowych uniwersytetów w Norwegii.

Jąkający się ludzie, którzy szukają terapii mowy, zwykle mają swoje pomysły na to, co chcą osiągnąć w terapii. Podczas wstępnych dyskusji logopeda może rozpocząć formułowanie ogólne obrazu mowy klienta, osobowości jąkającego się i stylu komunikacji, oraz zbierać informacje, jak klient funkcjonuje w różnych środowiskach. Zbieranie informacji obejmuje komunikaty werbalne i niewerbalne, formalne pomiary jąkania, obserwacje nieformalne, rozmowy, wywiady w celu ustalenia, co jest ważne i konstruktywne dla danej jednostki. Logopeda powinien poświęcić trochę czasu na zidentyfikowanie celów klienta i zrozumienie, co te cele dokładnie oznaczają dla osoby jąkającej się. Jednocześnie ważne jest, aby zapewnić klientowi uczucie, że praca nad zmianą może zacząć się tak szybko, jak to możliwe, zarówno by dać klientowi coś konkretnego, nad czym może pracować, i umożliwić mu rozwinięcie motywacji do udziału w terapii. Wszystkie te aspekty uznane są za ważne, ponieważ „zakotwiczą” proces terapii oraz pomagają stworzyć poczucie współpracy i wspólnego celu (McLeod, 2018). Jak wykazano wcześniej, terapia powinna być oceniana i zintegrowana z tym, co jest ważne dla danej osoby (Duncan, Miller, Wampold, Hubble, 2010).

Ważna rola logopedy w osiągnięciu ostatecznego wyniku terapii

Istnieją różnorodne czynniki, które mogą wpłynąć na wyniki terapii. Rzeczywiście, można spekulować, czy elementy krytyczne terapii uwieńczonej sukcesem mogą być rezultatem wzajemnego oddziaływania na siebie szeregu czynników, włączając interwencję jako taką, charakterystykę klienta i logopedy, a także aspekty interak-

cji między logopedą i osobą jąkającą się. Na przykład wiemy, że kompetencje zawodowe i stopień zaufania do profesjonalisty odgrywają ważną rolę w ramach terapii zorientowanej na cel (Manning, 2010; Plexico, Manning, DiLollo, 2005, 2010; Sønsterud, Kirmess i in., 2019). Zarówno w dziedzinie psychologii, jak i logopedii stało się jasne, że kontrasty w podejściach terapeutycznych nie decydują o wszystkich wynikach terapii. Metaanalizy wykazały, że zróżnicowanie logopedów w ramach przymierza terapeutycznego ma większy wpływ na wynik terapii niż zróżnicowanie klientów (Flückiger i in., 2018; Flückiger i in., 2019). Kilku badaczy potwierdziło, że styl tworzony w relacjach interpersonalnych przez terapeutę wpływa zarówno na jakość przymierza terapeutycznego, jak i proces terapeutyczny (Anderson, Ogles, Patterson, Lambert, Vermeersch, 2009; Heinonen, Nissen-Lie, 2019; Nissen-Lie i in., 2013; Oddli, Halvorsen, 2014). Włączymy tu również styl kontaktów interpersonalnych logopedy oraz stałe znaczenie elastyczności, uczciwości, szacunku, wiarygodności, zaufania, ciepła, zainteresowania i otwartości podkreślanych m.in. przez Ackerman i Hilsenrotha (2003) czy Van Ripera (1973) w przypadku pracy logopedy z osobą jąkającą się. Aspekty te zostały odzwierciedlone na przykład w pracy Miciaka i współpracowników (2018), którzy zidentyfikowali cztery główne warunki konieczne dla powstania relacji terapeutycznej: bycie obecnym, chłonnym, szczerym i zaangażowanym. Autorzy twierdzą, że te warunki w połączeniu z umiejętnościami komunikacyjnymi, stanowią o intencjach i postawach zarówno terapeuty, jak i klienta.

Pomimo, że wyniki badania przeprowadzonego przez Sønsterud, Kirmess i in. (2019) wykazały ważne związki pomiędzy jakością przymierza terapeutycznego i wynikami terapii, silny związek między cechami klienta i wynikiem terapii, szczególnie motywacją klienta i chęcią poświęcenia czasu na pracę własną, został również potwierdzony. W nawiązaniu do wyników badania MIST (Sønsterud i in., 2020) wykazano również silne związki między ogólną satysfakcją z terapii jąkania i jej wynikami, zarówno 6, jak i 12 miesięcy po zakończeniu terapii. Może to sugerować, że niektóre zadania występujące w programie MIST zostały uznane za przydatne w życiu codziennym.

Chociaż istnieje konsensus dotyczący otwartego i uczciwego przedyskutowania przez logopedę celów i oczekiwań jednostki związanych z terapią, indywidualna motywacja i wpływ przymierza terapeutycznego w pracy z osobami jąkającymi się były rzadko przedmiotem badań. Z perspektywy dyspozycjonizmu (Kerry, Eriksen, Lie, Mumford, Anjum, 2012) najważniejsze ogniwo przyczynowe możemy zobaczyć w pojedynczych przypadkach, na przykład w pytaniu: *Jak efektywny może być dany logopeda w pracy z danym klientem w określonym punkcie w czasie?* Perspektywa dyspozycjonalna podkreśla znaczenie uwarunkowania środowiskowego w rozumieniu przypadków, uznając, że terapia nie jest jedynym czynnikiem wpływającym na wyniki. Kerry i in. (2012, 1008) sugerują, że „przyczynowość jest czymś dodanym do sytu-



acji, która ingeruje i wpływa na wyniki” w ramach dyspozycjonizmu, dodany czynnik jest przyczynowo silny tylko wtedy, gdy jest on przyczynowo związany z przynajmniej niektórymi z elementów już zaangażowanych. Według Logana (2015) dyskusje z klientem na temat preferencji dotyczących terapii mogą dostarczyć cennego wglądu w jego doświadczenia związane z jękaniami. Logan sugeruje, że logopeda musi być przygotowany do zaadaptowania podejść terapeutycznych, by dostosować je do celów oraz potrzeb każdej osoby i uważnie rozpatrzyć efekty takich adaptacji poprzez zbieranie informacji monitorujących, jak dana osoba reaguje na poszczególne elementy terapii. Aspekty te zostały przedstawione w tym rozdziale i potwierdzają główne cechy podejścia pluralistycznego (McLeod, 2018). Jak wskazano powyżej, podejście pluralistyczne opiera się na wspólnym procesie decyzyjnym dotyczącym zadań i celów oraz na potrzebie wspólnego eksplorowania przez logopedę i klienta istniejących możliwości, a także łączenia elementów w taki sposób, aby najlepiej odpowiadały celom i preferencjom klienta. Kilku innych autorów specjalizujących się w dziedzinie jękania również podkreślało ten aspekt (Finn, 2003; Logan, 2015; Manning, 2010; Shapiro, 2011; Sønsterud i in., 2020; Ward, 2018).

Według Miller i in. (2010, 424) logopedzi nie potrzebują wiedzieć z góry, które podejście zastosować, ale raczej powinni być w stanie rozpoznać, czy obecna relacja jest dobrze dopasowana, czy nie i czy będzie on/ona w stanie dostosować terapię i uwzględnić w niej doświadczenia i cele klienta. Nissen-Lie i in. (2017) twierdzą, że istnieje ogniwo łączące samoocenę terapeuty i wyniki terapii. Terapeuci mogą służyć za wzór do naśladowania dla swoich klientów, gdy sami pozwolą sobie na refleksję na temat ich udziału w trudnościach, które mogą pojawić się w relacji terapeuta – klient. Autorzy sugerują, że klienci mogą przyjąć to stanowisko jako model w życiu codziennym i zaadaptować sposoby radzenia sobie, gdy czują się zaniepokojeni. Radzą, aby rozwijać atmosferę sprzyjającą tolerancji dla rzeczy nieznanych, przyjmowaniu ambiwalencji, opanowywaniu niedociągnięć i ograniczeń bez lęku o utratę twarzy lub autorytetu (Nissen-Lie i in., 2017, 57). Jak jednak wyjaśniają Miller i in. (2010), nadal wiemy zbyt mało o terapeutach odnoszących sukces. Wątpię, żeby istniał „najlepszy logopeda” i „najlepsza terapia jękania”. Badania Sønsterud i in. (2019, 2020) udokumentowały raczej istnienie różnorodnych czynników mogących mieć wpływ na wyniki terapii, włączając czynniki dotyczące logopedy. Życzenia osoby jękającej się i jej cele mogą zmienić się w czasie trwania terapii, podobnie jak jej gotowość do pracy. Terapia powinna zatem zawsze obejmować rozważanie obecnych celów i oczekiwań klienta we współpracy z terapeutą, ich dalsze badanie i refleksje podczas sesji terapeutycznej. Według kilku autorów (McLeod, 2018; Shapiro, 2011; Stewart, 2020; Wampold, 2015; Ward, 2018) w ramach indywidualnej terapii jękania logopeda powinien być bardzo uwrażliwiony na charakterystykę klienta, jego potrzeby, motywację, wartości, reakcje i indywidualne wyniki terapii.

Konkluzja

Badania naukowe w dziedzinie psychoterapii wskazują, że doświadczony terapeuta może wprowadzić efektywną terapię indywidualną i praktykę własną klienta (Benum, Axelsen, Hartmann, 2013; Nissen-Lie i in., 2013; Oddli, Halvorsen, 2014; Oddli, McLeod, 2016). Praktyka logopedyczna i badania naukowe dowodzą, że jakość życia i zdrowie psychiczne mogą ulec znacznej poprawie u osób jękających się, gdy terapia dostosowana jest do ich indywidualnych potrzeb (Baxter i in., 2015; Beilby i in., 2012; Craig i in., 2009; Langevin, Kully, Teshima, Hagler, Narasimha Prasad, 2010), do tej pory jednak nie odnotowaliśmy jeszcze dużego zainteresowania różnorodnością czynników, które mogą wpływać na wyniki terapii. Gdy rozważamy zasoby, elementy terapii, implikacje treningu i działania terapeuty, pozostaje wiele do zrozumienia. W wielu podejściach do terapii jękania pozostaje niejasne, które czynniki odpowiadają za obserwowane zmiany. Na przykład Baxter i in. (2015) wskazują na istnienie potrzeby debaty na temat tego, w jaki sposób znaczna redukcja częstotliwości i nasilenia objawów jękania może wpływać na codzienne funkcjonowanie osoby jękającej się i popieram zasadność takiej inicjatywy. Badania tego, w jakim stopniu procedury mają indywidualne znaczenie dla jednostki w jej życiu codziennym, czy takie zmiany mogą przyczynić się do polepszenia samopoczucia i jakości życia, mają wielką wartość. Włączenie danych jakościowych do danych ilościowych jest właściwe przy ocenie tego, jak zarządzanie jękaniem funkcjonuje w sposób pełny znaczenia, zależny od kontekstu. Kilka podejść wykazało ponadto skuteczność krótkoterminową, ale prawdziwym testem dla terapii jest stopień, w jakim zmiany mogą zostać zintegrowane z szeregiem sytuacji komunikacyjnych w dłuższym okresie, najlepiej przez całe życie.

Istnieje kilka sposobów zarządzania jękaniem i niektórzy ludzie radzą sobie z nim bardzo dobrze, bez potrzeby profesjonalnego wsparcia. Niemniej jednak wiele osób poszukuje pomocy. Niektórzy pomyślnie rozwinęli relację z logopedą, często przy wsparciu i zachęcie innych osób, ale jest też wciąż wielu klientów, którym nie udało się stworzyć wspierającej współpracy z terapeutą. Dzieje się tak z wielu powodów, między innymi, choć nie tylko, w związku z miejscem zamieszkania, ograniczoną liczbą specjalistów i dostępem do pomocy logopedycznej. Mogą to być również osoby, które nie mają zaufania do logopedów, lub takie, które wcześniej doświadczyły nieudanej terapii jękania. Jest to bardzo smutne, ale wierzę, że poprzez poszerzanie wiedzy, ulepszanie kompetencji i umiejętności psychoterapeutycznych w dziedzinie terapii mowy wzbogacane są umiejętności logopedy.



Pytania kontrolne

1. Głównym celem logopedów może być skupienie terapii jąkania na:
 - a) zmianie jąkania na lepsze;
 - b) podążaniu za wytycznymi danego podejścia terapeutycznego;
 - c) zasadach wspólnego omawiania i podejmowania decyzji na poziomie indywidualnym;
 - d) nauczaniu technik upłynniania mowy.
2. Cztery kluczowe procesy uważności w ACT to:
 - a) defuzja, akceptacja, Ja jako kontekst i kontakt z chwilą obecną;
 - b) akceptacja, zaangażowane działania, kontakt z chwilą obecną i defuzja;
 - c) kontakt z chwilą obecną, defuzja, życie w zgodzie z własnymi wartościami i akceptacja;
 - d) Ja jako kontekst, defuzja, akceptacja i życie w zgodzie z własnymi wartościami.
3. Aby zrozumieć przykłady psychicznego cierpienia, ACT odwołuje się do dwóch procesów, a są nimi:
 - a) fuzja poznawcza i emocjonalna;
 - b) zwrócenie się do wnętrza i zwrócenie się na zewnątrz;
 - c) fuzja poznawcza i unikanie doświadczenia;
 - d) unikanie doświadczenia i emocji.
4. Według Craig, Blumgart i Tran (2011) istnieją trzy unikalne czynniki przyczyniające się do wyników adaptacyjnych:
 - a) wsparcie społeczne, zdrowe funkcjonowanie społeczne, większa akceptacja;
 - b) poczucie własnej skuteczności, wsparcie społeczne i zdrowe funkcjonowanie społeczne;
 - c) poczucie własnej skuteczności, pewność siebie i zdrowe funkcjonowanie społeczne;
 - d) zdrowe funkcjonowanie społeczne, pasjonująca kariera i samowystarczalność.

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.

Luoma, J.B., Hayes, S.C., Walser, R.D. (2017). *Learning ACT: An Acceptance and Commitment Therapy skills-training manual for therapists* (2nd ed.). Context Press.

- Stewart, T. (2020). *Stammering resources for adults and teenagers: Integrating new evidence into clinical practice*. Taylor & Francis Group.
- Wampold, B.E. (2015). *The Great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). Taylor & Francis Group.

Bibliografia

- Ackerman, S.J., Hilsenroth, M.J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00146-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00146-0).
- Anderson, T., Ogles, B.M., Patterson, C.L., Lambert, M.J., Vermeersch, D.A. (2009). Therapist effects: facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 755–768. <https://doi.org/10.1002/jclp.20583>.
- 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>.
- Beck, J.S. (2011). *Cognitive behavior therapy: basics and beyond* (2nd ed.). Guilford Press.
- 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.
- 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>.
- Bricker-Katz, G., Lincoln, M., Cumming, S. (2013). Stuttering and work life: An interpretative phenomenological analysis. *Journal of Fluency Disorders*, 38, 342–355. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2013.08.001>.
- 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>.
- 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>.



- 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)).
- Davies, C.D., Niles, A.N., Pittig, A., Arch, J.J., Craske, M.G. (2015). Physiological and behavioral indices of emotion dysregulation as predictors of outcome from cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 46, 35–43. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.08.002>.
- Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold, B.E., Hubble, M.A. (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy*: American Psychological Association.
- Egan, G. (2014). *The skilled helper: a client-centred approach* (10th ed.). Cengage Learning.
- Erickson, S., Block, S. (2013). The Social and communication impact of stuttering on adolescents and their families. *Journal of Fluency Disorders*, 38, 311–324.
- Eustis, E.H., Hayes-Skelton, S.A., Roemer, L., Orsillo, S.M. (2016). Reductions in experiential avoidance as a mediator of change in symptom outcome and quality of life in acceptance-based behavior therapy and applied relaxation for generalized anxiety disorder (Report). *Behaviour Research and Therapy*, 87, 188. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.09.012>.
- 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., Vīslā, 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>.
- Gilman, M. (2014). *Body and voice: somatic re-education*. Plural Publishing.
- Harley, J. (2018). The Role of attention in therapy for children and adolescents who stutter: Cognitive Behavioral Therapy and Mindfulness-Based Interventions. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 27, 1139–1151. https://doi.org/10.1044/2018_AJSLP-ODC11-17-0196.
- Harris, R. (2019). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy* (2nd ed.). New Harbinger Publications.
- Hayes, S.C. (2005). *Get out of your mind & into your life: The new acceptance & commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Hayes, S.C. (2016). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies – Republished Article. *Behaviour Therapy*, 47, 869–885. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.006>.
-

- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D., Wilson, K.G. (2012). Contextual behavioral science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1, 1–16. <http://doi.org/10.1016/j.jcbs.2012.09.004>.
- 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.
- Heinonen, E., Nissen-Lie, H.A. (2019). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: a systematic review. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 1–16. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1620366>.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144.
- 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>.
- 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.
- Luoma, J.B., Hayes, S.C., Walser, R.D. (2017). *Learning ACT: An acceptance and commitment therapy skills-training manual for therapists* (J. Star Ed. 2nd ed.). Context Press.
- 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>.
- Manning, W.H., Beck, J.G. (2013). Personality dysfunction in adults who stutter: Another look. *Journal of Fluency Disorders*, 38, 184–192. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2013.02.001>.
- McLeod, J. (2018). *Pluralistic therapy: Distinctive features*. First edition. Routledge.
- 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. <https://doi.org/10.1186/s40945-018-0044-1>.
- Miller, S.D., Hubble, M.A., Duncan, B.L., Wampold, B.E. (2010). *Delivering what works*. American Psychological Association.
- Nippold, M. (2012). When a school-age child stutters, let's focus on the primary problem. *Language, Speech & Hearing Services in Schools*, 43, 549–551. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2012/12-0054\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2012/12-0054)).
- 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., 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>.
- 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., Rønnestad, M.H., Høglend, P.A., Havik, O.E., Solbakken, O.A., Stiles, T.C., Monsen, J.T. (2017). Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24, 48–60. <https://doi.org/10.1002/cpp.1977>.
- O'Brian, S., Jones, M., Packman, A., Menzies, R., Onslow, M. (2011). Stuttering severity and educational attainment. *Journal of Fluency Disorders*, 36, 86–92. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2011.02.006>.
- 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>.
- Østergaard, T., Lundgren, T., Rosendahl, I., Zettle, D.R., Jonassen, R., Harmer, J.C., Landrø, N.I. (2019). Acceptance and Commitment Therapy preceded by attention bias modification on residual symptoms in depression: A 12-month follow-up. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01995>.
- Plexico, L.W., Manning, W.H., DiLollo, A. (2005). A phenomenological understanding of successful stuttering management. *Journal of Fluency Disorders*, 30, 1–22. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2004.12.001>.
- 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>.
- Plexico, L.W., Sandage, M.J. (2011). A Mindful Approach to Stuttering Intervention. *Perspectives on Fluency and Fluency Disorders*, 21, 43. <https://doi.org/10.1044/ffd21.2.43>.
- Ramnerö, J., Törneke, N. (2008). *The ABCs of human behavior: behavioral principles for the practicing clinician*. New Harbinger & Context Press.
- Scott, P., Jaime, H. (2013). The clinical applications of Acceptance and Commitment Therapy with clients who stutter. *Perspectives on Fluency and Fluency Disorders*, 23, 54–69. <https://doi.org/10.1044/ffd23.2.54>.
-

- Shapiro, D.A. (2011). *Stuttering intervention: A collaborative journey to fluency freedom* (2nd ed.). PRO-ED.
- St. Louis, K.O., Tellis, G. (2015). *Stuttering meets stereotype, stigma, and discrimination: An overview of attitude research*. West Virginia University Press.
- Steine, A.K., Inglingstad, K.N. (2013). *Å leve med stamming: En analyse av hvordan voksne mennesker som stammer opplever sin livssituasjon*. University of Oslo.
- Stewart, T. (2020). *Stammering resources for adults and teenagers: Integrating new evidence into clinical practice*. Taylor & Francis Group.
- 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, 1–15. 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>.
- Van Riper, Ch. (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 & Francis Group.
- Ward, D. (2018). *Stuttering and cluttering: Frameworks for understanding and treatment* (2nd ed.). Routledge.
- Wetherell, J.L., Liu, L., Patterson, T.L., Afari, N., Ayers, C.R., Thorp, S.R., Petkus, A.J. (2011). Acceptance and Commitment Therapy for generalized anxiety disorder in older adults: A preliminary report. *Behavior Therapy*, 42, 127–134. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.07.002>.
- 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., Coleman, C., Quesal, R.W. (2012). Stuttering in school-age children: A comprehensive approach to treatment. *Language, Speech & Hearing Services in Schools*, 43, 536–548. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2012/11-0044\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2012/11-0044)).
- Zimmerman, B., Kitsantas, A. (1997). Developmental phases in self-regulation: Shifting from process to outcome goals. *Journal of Educational Psychology*, 89, 29–36. <https://doi.org/10.1037/0022-0663.89.1.29>.

