

Rozdział 8

Sabine Van Eerdenbrugh, Sue O'Brian

Program Camperdown

Cel rozdziału i krótkie wprowadzenie teoretyczne do jego tematyki

Głównym celem niniejszego rozdziału jest opisanie programu Camperdown, który obejmuje restrukturyzację mowy jękających się dorosłych i nastolatków. Program ten polega na użyciu zindywidualizowanych technik upłynniania mowy opartych na mowie przedłużonej. Program Camperdown jest projektem terapii behawioralnej, która skupia się na zmniejszeniu nasilenia jękania u klienta, ale zapewnia też możliwość niwelowania lęków związanych z mówieniem poprzez wprowadzenie elementów terapii kognitywno-behawioralnej. W dalszej części rozdziału umieszczone zostały sugestie dla logopedów, którzy nie są zaznajomieni z tym rodzajem interwencji, jak wprowadzić daną terapię bez udziału logopedy. Drugim z celów niniejszego rozdziału jest opisanie programu Camperdown w szerszym kontekście, obejmującym terapię jękania u dorosłych. Mimo że program Camperdown oparty jest solidnym materiałem badawczym, ostatecznym celem niniejszego rozdziału jest podkreślenie wagi zastosowania trzech rodzajów dowodów (doświadczeń pacjentów, dowodów praktycznych i badań naukowych).

Kluczowe pojęcia i definicje

Pojęcia kluczowe: jękanie, dorośli, mowa przedłużona, restrukturyzacja mowy

SR = Severity Rating (Skala nasilenia jękania)

CBT = Cognitive Behavioral Therapy (Terapia poznawczo-behawioralna)

Środki zapobiegawcze i/lub diagnostyczne oraz prezentacja różnych opcji/wyników (w oparciu o praktykę opartą na dowodach i/lub dowody oparte na praktyce) (EBP, Evidence Based Practice/PBE, Prace Based Evidence)



Terapia jękających się dorosłych

Mimo znaczącej roli mediów społecznościowych w dzisiejszym świecie prowadzenie rozmów twarzą w twarz ze znajomymi (i nieznajomymi), przyjaciółmi czy członkami rodziny nadal jest bardzo ważne. Około 0,72% społeczeństwa (Yairi, Ambrose, 2013) zmagają się z jękaniami – przeszkodą w realizacji tego pozornie prostego zadania. Dorosli, którzy się jękają, często mniej mówią i upraszczają swój język (Spencer i in., 2009). Nie chcą angażować się w konwersację i nie wzbogacają struktury językowej używanych przez siebie wyrażań, na przykład poprzez emfazę pewnych słów w celu podkreślenia znaczenia informacji przez nie niesionej. Wpływa to, oprócz ich mowy, także na ich myśli i ogólne samopoczucie (Craig i in., 2009). U jękających się osób dorosłych prawdopodobieństwo rozwoju schorzeń na tle lękowym jest sześć- lub siedmiokrotnie większe niż u osób, które się nie jękają (Iverach i in., 2009a), a około 50% jękających się dorosłych cierpi na lęki społeczne (Menzies i in., 2009). Zdaniem Messengera (2004) niepokój u jękających się dorosłych najczęściej związany jest z obawą przed negatywną oceną społeczną ich jękania. Te dwa aspekty, tj. mowa i myśli, lub w szerszym znaczeniu – poznanie, odgrywają ważną rolę w terapii jękania.

Obserwacje Blomgrena (2013) wykazują, że większość terapii jękania u dorosłych korzysta z jednej z dwóch metod: restrukturyzacji mowy, w której nacisk kładziony jest na mowę, oraz zarządzania jękaniami (w oparciu o teorię poznawczą), które w centrum uwagi stawia procesy poznawcze. To, ile uwagi poświęca się każdemu z tych aspektów w postępowaniu logopedycznym, zależy od głównego celu każdej terapii.

Głównym celem terapii polegającej na restrukturyzacji mowy jest nauczenie klientów innego sposobu mówienia, dzięki któremu mogą oni kontrolować jękanie (Blomgren, 2013). Ten nowy sposób wymaga wielu ćwiczeń, aby długoterminowo opanować jękanie. Jednym z niekorzystnych efektów tego podejścia może być fakt, że taka mowa nigdy nie brzmi naturalnie. Najczęściej używana technika w realizacji tego zadania to mowa przedłużona, którą określa się również mianem „syłab wydłużonych” lub „powolnej mowy”. Dla kontrastu głównym celem podejścia polegającego na zarządzaniu jękaniami jest zaakceptowanie go po to, aby zmniejszyć lęki i obawy z nim związane, i nauczenie jękających się dorosłych, by jękali się z mniejszym wysiłkiem (Blomgren, 2013). Terapie mające na celu umiejętność zarządzania jękaniami przez klienta skupiają się głównie na desensytyzacji (odwrażliwianiu), czyli zredukowaniu reakcji lękowej przez zastosowanie technik, takich jak dobrowolne jękanie. Odwrażliwianie jękania prowadzi do jego akceptacji. Większość metod zarządzania jękaniami zawiera elementy terapii kognitywno-behawioralnej, które mają zniwelować fobie społeczne i lęki. Techniki modyfikacji mowy są również wykorzystywane do zmniejszenia wysiłku związanego z mówie-

niem. Używa się w nich takich technik, jak wycofywanie się z momentu zająknięcia (ang. *pullout*), anulowanie epizodu jąkania (ang. *cancellation*) i zestaw przygotowawczy (ang. *preparatory set*).

Oprócz tych dwóch podejść, które skupiają się głównie na jednym z aspektów (mowie lub poznaniu), Blomgren (2013) donosi o niedawnych próbach dotyczących kompleksowych metod interwencji logopedycznej w jąkaniu, które w jednej terapii odnoszą się w równej mierze do obu aspektów.

Trzy typy dowodów do rozważenia

Logopedzi stosują terapie oparte na dowodach na podstawie trzech typów dowodów (Sackett i in., 1996), gdy dokonują decyzji o sposobie pomocy. Dollaghan (2007) wyjaśnia: „metoda EBP (praktyka oparta na dowodach) odnosi się do starannej, klarownej i rozważnej integracji 1) najlepszych możliwych dowodów zewnętrznych uzyskanych przez systematyczne badania, 2) najlepszych dostępnych dowodów z praktyki terapeutycznej oraz 3) najbardziej rzetelnych dowodów dotyczących preferencji w pełni świadomego klienta”. McCurtin i Carter (2015) nazywają te trzy rodzaje, odpowiednio, dowodami z badań naukowych, dowodami praktycznymi i dowodami uzyskanymi od klientów. Przy wyborze metody terapii niezwykle ważne jest uwzględnienie tych trzech rodzajów dowodów. Logopedzi muszą poznać powód, dla którego klient szuka pomocy. Czy głównym celem klienta jest zmniejszenie stopnia nasilenia lub zmodyfikowanie jąkania? Czy chce on zająć się swoim lękiem i szukać pomocy w uzyskaniu akceptacji siebie i swojego jąkania? A może chce pomocy we wszystkich tych obszarach? Przy pierwszym spotkaniu pacjenci muszą otrzymać niezbędne informacje na temat samego problemu jąkania i niwelowania go, aby podjąć świadomą decyzję o terapii i ewentualnie dostosować swoje oczekiwania do możliwych efektów terapii. Logopedzi muszą obiektywnie przedstawić dowody popierające istniejące metody terapii i wyjaśnić główne cele każdego podejścia. Muszą upewnić się, że posiadają umiejętności niezbędne do przeprowadzenia proponowanej terapii lub dowieść, że współpracują ze specjalistami, którzy mogą pomóc w zapewnieniu brakujących im umiejętności i wiedzy.

Na podstawie odpowiedzi na pisemną ankietę przeprowadzoną wśród 28 dorosłych, którzy się jękają, Plexico i in. (2010) przedstawili zbiór wspólnych przekonań ankietowanych dotyczących skuteczności terapii i logopedów. Około dwóch trzecich (64,3%) opisało nieefektywnych logopedów jako dogmatycznych w swoim podejściu do terapii, przypisując im nadmierne skupienie na technikach i opisując ich brak zainteresowania aspektami poznawczymi oraz odnoszącymi się do postawy wobec jąkania. Mniej więcej tyle samo osób dorosłych, które zmagają się z jąkaniem (60,7%), opisało terapię jako skuteczną, gdy jako klienci byli bardziej zmotywowani



i czuli chęć uczestniczenia w terapii, ponieważ byli rozumiani i akceptowani przez swojego logopedę.

McCurtin i Carter (2015, 1144) stwierdzają na podstawie badania grupy docelowej przeprowadzonego z udziałem 48 logopedów, że „terapia nie jest uniwersalną metodą, którą logopeda może stosować w każdym przypadku, aby uzyskać perfekcyjny epizod interwencji”. Podkreślają również, że logopedzi posiadają unikalny zestaw umiejętności i narzędzi, które rozwijają się wraz z upływem czasu i nabywaniem doświadczenia:

Wiedza o tym, co jest skuteczne, ma wpływ na komfort pracy logopedy; to z kolei wpływa na używanie tych metod w jego sposobach terapii. Doświadczenie może zatem skutkować pewnym stopniem automatyzmu w praktyce logopedycznej, gdy pewne procedury są wykonywane „bez myślenia” lub gdy preferowane metody są stosowane automatycznie (McCurtin, Carter 2015, 1145).

Podsumowując, trzeba wskazać, że dowody uzyskane w drodze badań naukowych w dziedzinie logopedii są coraz częściej publikowane, co jest uznawane przez środowisko logopedów za pozytywne zjawisko. Może to spowodować pewną zmianę, na przykład niektóre praktyki są odrzucane i nie są dłużej stosowane, a terapia logopedyczna nabiera bardziej naukowego charakteru. Niektórzy logopedzi mają jednak raczej negatywne zdanie o dowodach naukowych. Według nich nie wszystkie artykuły mają takie same standardy metodologiczne („bzdury”, McCurtin, Carter 2015, 1146) i nie zawsze odnoszą się do tego, co logopedzi robią na co dzień, lub są środkiem do komercjalizacji terapii. Umiejętność krytycznej ewaluacji wydaje się konieczna przy ocenie dowodów badawczych terapii.

Dowody, na których opiera się terapia jąkania u osób dorosłych

Pojawiło się wiele recenzji dotyczących skuteczności terapii jąkania u osób dorosłych. Najnowsza z nich (Baxter i in., 2015) obejmuje obszerny przegląd tematu, nie zawiera jednak żadnych wniosków co do tego, które podejście jest najskuteczniejsze lub najbardziej efektywne. Większość badań została obarczona wysokim ryzykiem stronniczości. Z drugiej strony wiele badań obejmowało długi okres obserwacji po zakończonych terapiach.

Na początku tego rozdziału przedstawiono podejścia do terapii koncentrujące się na mowie lub poznaniu, dlatego też omawiane są tutaj jedynie dowody badawcze związane z tymi dwoma podejściami. Baxter i in. (2015) uznali, że terapie skupiające się na poznaniu mogą być stosowane samodzielnie lub w połączeniu z formami terapeutycznymi skupiającymi się na mowie. Efekty terapii kognitywnej są różni-

cowane, począwszy od bezpośredniej poprawy mowy, poprawy samopoczucia psychicznego, która prowadzi do poprawy mowy lub szczęśliwego życia z zaakceptowanym jękaniem.

Koncentrowanie się tych dwóch typów terapii na odmiennych celach oraz różne ich efekty sprawiają, że trudno jest porównać te metody, aby stwierdzić, która jest najlepsza. Blomgren (2013) stwierdził, że jękaniem nie ustępuje automatycznie po terapii poznawczej oraz że lęk i strategie unikania związane z jękaniem można skutecznie niwelować nawet w przypadku braku efektów w obszarze objawów jękania.

Baxter i in. (2015) stwierdzają, że zabiegi koncentrujące się na mowie poprzez jej restrukturyzację obejmują głównie badania z programem Camperdown, w którym naucza się techniki opartej na mowie przedłużonej (O'Brian i in., 2018). Baxter i in. (2015) podnoszą, że efekt zmniejszenia procentu sylab zająkniętych (%SS) często udaje się utrzymać nawet do pięciu lat po terapii. Bothe i in. (2006) wspominają, że metody wprowadzone w ramach restrukturyzacji mowy różnią się od siebie, ale obejmują wspólne elementy, takie jak bezpośrednie zmiany w sposobie mówienia jękających się dorosłych, harmonogramy rejestrowania wyników, samoocena klienta, różne sytuacje, w których można ćwiczyć mówienie w grupach, oraz czynności pomagające wprowadzić kontrolę jękania podczas mówienia w codziennych sytuacjach. Zauważyli oni, że do osiągnięcia pozytywnego wyniku w dłuższej perspektywie konieczny jest długoterminowy okres obserwacji (faza utrzymania). Blomgren (2013) stwierdził, że metoda terapii przez restrukturyzację mowy jest podejściem opartym na dowodach, mającym na celu zmniejszenie częstotliwości występowania epizodów jękania. Metoda restrukturyzacji mowy, stosowana jako jedyna, rzadko ma jednak wpływ na negatywne uczucia, myśli i postawy niepożądane lub lęk wywołany jękaniem. Iverach i in. (2009b) twierdzą, że terapia skoncentrowana wyłącznie na restrukturyzacji mowy nie przynosi wystarczających efektów u jękających się dorosłych, którzy cierpią na społeczne zaburzenia lękowe. Współistniejące zaburzenia lękowe często wpływają na długotrwałe efekty terapii jękania, zarówno pod względem częstotliwości występowania jękania, jak i częstości zachowań unikowych. W terapii jękania u dorosłych konieczne wydaje się poświęcenie uwagi zarówno mowie, jak i umiejętnościom poznawczym. W tym rozdziale omówiono program restrukturyzacji mowy dla dorosłych osób jękających się, który opiera się na największej liczbie dowodów obecnie istniejących: program Camperdown.



Założenia terapeutyczne i prezentacja opcji/wyników (na podstawie EBP i/lub PBE)

Elementy terapii w programie Camperdown

W niniejszym rozdziale omówiono elementy terapii w programie Camperdown (O'Brian i in., 2018) oraz wyniki badań w jego ramach. Program Camperdown jest programem restrukturyzacji mowy koncentrującym się na mowie jąkających się osób dorosłych. Nie zawiera elementów terapii, które koncentrują się na poznaniu. Program składa się z 4 etapów, ale podczas 3 etapu komponenty CBT mogą być dodane w razie potrzeby. Technika płynności w programie Camperdown, której uczą się osoby jąkające się, opiera się na mowie przedłużonej. Indywidualna technika każdego klienta jest mechanizmem kontroli jąkania; w żadnym wypadku nie jest to sposób na wyleczenie jąkania. Nauka biegłego posługiwania się techniką płynności może być porównana do nauki innych umiejętności fizycznych. Na przykład kiedy uczymy się nowego sportu lub gry na instrumencie muzycznym, tylko regularna i częsta praktyka prowadzi do sukcesu, a tylko długoterminowe ćwiczenia prowadzą do rozwoju i podtrzymania danej umiejętności. Dotyczy to również metody przedłużonej mowy w programie Camperdown.

Procedury programu Camperdown

Procedury programu Camperdown są podobne do innych terapii mowy lub języka. Na etapie 1 osoby dorosłe, które się jąkają, uczą się konkretnych umiejętności (techniki płynności i skal pomiarowych), które będą wykorzystywać podczas całego programu. Na etapie 2 stopniowo kształtują swoją nienaturalnie brzmiącą technikę płynności w kierunku naturalnie brzmiącej mowy. Na tym etapie doskonalone są ważne umiejętności samooceny oraz wprowadzane są umiejętności rozwiązywania problemów. Etap 3 ułatwia przeniesienie techniki płynności z sytuacji ćwiczeniowych do sytuacji codziennych, w celu kontroli jąkania. Większość uwagi skupia się teraz na codziennej praktyce mowy i rozwiązywaniu problemów. Na etapie 4 utrzymywane jest zastosowanie przedłużonej mowy, która jest mechanizmem kontrolującym jąkanie. Badania sugerują, że aby osiągnąć koniec etapu 3, wymagane jest 10 do 20 godzin terapii dla osób dorosłych.

By dowiedzieć się, czy program Camperdown spełnia oczekiwania każdej dorosłej osoby zmagającej się z jąkaniem, ważne jest wysłuchanie tego, co klient chce osiągnąć w terapii, i udzielenie informacji na temat zaangażowania w program, odpowiedzialności klienta i czasu, jaki się z tym wiąże (O'Brian i in., 2018). Obowiązki klienta obejmują formułowanie własnych realistycznych oczekiwań, regularną oce-

nę sprawności mowy, zaangażowanie w codzienne ćwiczenia, naukę odpowiadania na codzienne wyzwania związane z mową i rozwiązywaniem problemów, uczenie się identyfikacji indywidualnych lub środowiskowych zmiennych, które zwiększają lub zmniejszają stopień nasilenia jąkania, ocenę lęku związanego z mową i zachowań unikania oraz strategiczne planowanie w celu długoterminowej kontroli jąkania się w codziennym życiu.

Program jest opisywany jako terapia indywidualna. Może być realizowana w poradni lub za pomocą kamer internetowych. Możliwe są jednak inne formy logopedyczne realizowania programu Camperdown, takie jak intensywna terapia lub terapie grupowe. Na końcu niniejszego rozdziału, gdzie omawiane są dowody dokumentujące korzystne efekty programu Camperdown, znajduje się krótki opis tych formatów.

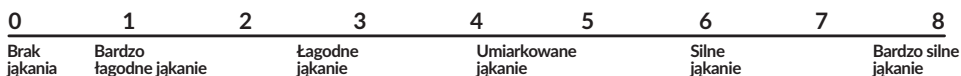
Etap 1

Sesja podczas etapu 1 zazwyczaj trwa od 45 do 60 minut. Podczas etapu 1 wprowadza się skalę nasilenia jąkania, technikę płynności, skalę techniki płynności i metody oceny poziomu lęku. Wspomniane skale są środkiem komunikacji pomiędzy pacjentem a logopedą. Dlatego niezwykle ważne jest, aby uświadamiać pacjentom znaczenie i prawidłowe stosowanie skal, tak aby logopeda wiedział, co dzieje się poza sesją.

Skala nasilenia jąkania

Skala nasilenia jąkania jest 9-punktową skalą odzwierciedlającą nasilenie zaobserwowanego jąkania się; nie uwzględnia oceny uczucia niepokoju lub negatywnych myśli, ale bierze pod uwagę częstotliwość i rodzaj jąkania. Zero oznacza brak jąkania, 1 – bardzo łagodne jąkanie, a 8 odpowiednio – bardzo silne jąkanie (rys. 1).

Skala nasilenia jąkania



Rysunek 1. Skala nasilenia jąkania

Klienci zmagający się z problemem jąkania uczą się korzystać z tej skali, aby „zmierzyć” stopień nasilenia jąkania się w różnych codziennych sytuacjach. Kalibracja wy-



ników następuje na początku każdej sesji terapeutycznej, podczas pierwszej rozmowy klienta z logopedą, która jest nagrywana. Przed odsłuchaniem nagrania logopeda prosi klienta o ocenę stopnia nasilenia jąkania podczas rozmowy. Następnie oboje słuchają nagrania i ponownie przystępują do oceniania nasilenia jąkania. Omawiane są różnice w punktacji w ocenie klienta i logopedy oraz przyczyny przyznania określonej liczby punktów. Ocena klientów daje terapeutce wgląd w to, jak postrzegają swoją wypowiedź. Proces ten może być również realizowany z wykorzystaniem własnych nagrań klientów prezentowanych co tydzień.

Kalibracja wyników jest standardem w programie Camperdown. Każda sesja zaczyna się rozmową, która jest oceniana przed wysłuchaniem i po wysłuchaniu nagrania. Zgodność osiągnąć można tylko wtedy, gdy ocena pacjenta i specjalisty nie różnią się o więcej niż jeden punkt w skali. Tylko wtedy logopeda wie, że dostarczone przez klienta oceny sytuacji spoza sesji terapeutycznej są godne zaufania. Kalibracja wyników jest regularnie powtarzana po osiągnięciu zgodności, by upewnić się, że stała zgodność jest utrzymana.

Skala nasilenia jąkania jest używana w różnych celach przez cały okres terapii. Na początku jest stosowana głównie, by określić początkowy stan nasilenia jąkania. W czasie trwania terapii klienci są proszeni o podanie typowej oceny dla przeciętnego dnia albo konkretnego okresu, określonej sytuacji lub konkretnego ćwiczenia w zależności od celu terapii w danym momencie. Poza typową oceną może zostać wystawiona ocena minimalna i maksymalna. Wyniki są zapisywane w tabeli pomiarów codziennych (rys. 2), w formie elektronicznej, którą można pobrać ze strony Australian Stuttering Research Centre (Resources, Camperdown Program lub <https://www.uts.edu.au/asrc/resources/camperdown-program>) na swój komputer lub smartfon.

Początkowo klienci są proszeni o przedstawienie wyników dla pięciu lub sześciu codziennych sytuacji, które odzwierciedlają różnorodność nasilenia ich jąkania. Te sytuacje stanowią bazę dla późniejszych porównań, a następnie mogą stać się przedmiotem pracy w dalszej części terapii. By poćwiczyć używanie tej skali, logopeda może poprosić klienta o nagranie kilku krótkich rozmów z życia codziennego, takich jak rozmowa przez telefon z przyjacielem lub współpracownikiem i ocenienie ich. Wyniki mogą zostać omówione podczas następnej sesji.

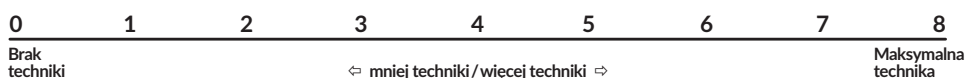
Technika płynności

Technika płynności odnosi się do techniki mowy przedłużonej i jest wprowadzana na podstawie nagranych wcześniej modeli mowy dostępnego na YouTube poprzez stronę internetową Australian Stuttering Research Centre (2020) (Resources, Camperdown Program). Istnieje sześć modeli: dwa dla nastolatków i cztery dla dorosłych, w różnym wieku i różnej płci. Klienci są uprzedzani, że model wypowiedzi pokazuje bardzo powolny i przerysowany sposób mówienia, i są zapewniani, że mówienie w ten sposób jest jedynie tymczasowe. Klienci próbują kopiować technikę tak dobrze, jak to możliwe. Nie podaje się deskryptorów mowy, takich jak głoski miękkie i twarde, ponieważ 1) badania wykazują brak zgodności między logopedami co do tego, czy zachowania klientów są prawidłowe (Onslow, O'Brian, 1998), 2) deskryptory nie wydają się konieczne w procesie terapii (Packman i in., 1996) oraz 3) każdy klient jest zachęcany do rozwijania własnej techniki w oparciu o to, co uważa za najbardziej skuteczne w kontrolowaniu swojego jąkania. Najpierw klienci czytają po cichu tekst wraz z zarejestrowanym modelem mowy. Terapeuta prosi klienta o opisanie modelu mowy przedłużonej i używa deskryptorów klienta do późniejszej dyskusji i informacji zwrotnej podczas terapii. Logopeda stopniowo uczy klienta imitowania nagranych wzorców mowy poprzez czytanie na głos wraz z modelem, a później poprzez powtarzanie modelu – wyraz po wyrazie lub zdanie po zdaniu. Każda próba jest nagrywana i porównywana do modelu, a później oceniana przez klienta. W ten sposób klienci uczą się samodzielnie oceniać własne wypowiedzi. Celem tego procesu jest umiejętność czytania całej wypowiedzi samodzielnie bez wzorca, ale z zachowaniem modelowego brzmienia i panowaniem nad swoim jąkaniem. Zazwyczaj zajmuje to kilka sesji. Klienci pobierają wcześniej nagrany model wypowiedzi na swój telefon lub inne urządzenie i ćwiczą pomiędzy sesjami. W następnym kroku klienci czytają inne teksty, zachowując użycie tej samej techniki; później wygłaszają monolog lub opisują obrazek, a ostatecznie prowadzą konwersację z logopedą. Klienci nie powinni przyspieszać wypowiedzi, a ćwiczyć w przerysowanej, powolnej mowie, takiej jak model. Muszą oni czuć, że w pełni kontrolują własne jąkanie. Terapeuta podczas rozmowy stosuje normalne tempo mowy, nie licząc krótkich, odosobnionych przypadków imitowania modelu. Logopeda zadaje klientom zadania domowe, by ćwiczyć technikę płynności tak, by brzmieć dokładnie jak model podczas czytania na głos monologów i konwersacji z partnerem oraz postępowania według sekwencji kroków podjętych podczas sesji terapeutycznych. Klienci nagrywają swoje próby i przynoszą je na sesje w celu przedyskutowania ich z terapeutą.

Skala techniki płynności

Gdy klient opanował technikę płynności w dłuższej wypowiedzi, wprowadza się skalę techniki płynności. Skala ta odzwierciedla, w jakim stopniu używa on poznanych technik podczas konwersacji. Podobnie do skali nasilenia jąkania, ta 9-punktowa skala opisuje o jako „brak techniki”, a 8 jako „upodobnienie do modelu” (rysunek 3).

Skala techniki płynności



Rysunek 3. Skala techniki płynności

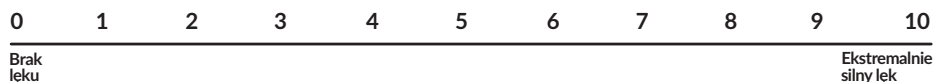
Mimo że klienci zaczynają zwiększać naturalność swojej techniki dopiero w etapie 2, zapoznanie się z tą skalą jest użyteczne już w etapie 1, by klienci byli świadomi tego, jak ostatecznie będzie brzmiała ich mowa. Przygotowane modele treningowe dla różnych poziomów techniki mowy przedłużonej można znaleźć na stronie Australian Stuttering Research Centre lub u wybranego logopedy. Można ich używać, by pokazać różne poziomy postępowania się techniką (i w konsekwencji brzmieć mniej lub bardziej naturalnie).

Pomiar poziomu lęku

Stany lękowe są bardzo częstą konsekwencją jąkania się u dorosłych. Lęki te mogą być przeszkodą do osiągnięcia celów terapii i muszą zostać udokumentowane i monitorowane podczas terapii w celu osiągnięcia maksymalnych efektów programu. W niektórych przypadkach potrzebna jest konsultacja z psychologiem. Do narzędzi mierzenia poziomu lęku zalicza się pomiar zaniepokojenia oraz poziom unikania sytuacji komunikacyjnych. *Subjective Units of Distress Scale (SUDS)* to 11-punktowa skala, w której 0 oznacza „brak lęków”, a 10 „ekstremalnie silny lęk” (rysunek 4).



Subjective Units of Distress Scale (SUDS)



Rysunek 4. Subjective Units of Distress Scale (SUDS)

Unikanie sytuacji komunikacyjnych może być określone jako „rzadkie”, „występujące zazwyczaj” lub „zwykle”. Wyniki zaniepokojenia i unikania podczas codziennych sytuacji mogą być zapisywane w tabeli pomiarów dziennych (rysunek 2) lub w formie elektronicznej, którą można pobrać ze strony Australian Stuttering Research Centre wraz z wynikami nasilenia jąkania (a na etapie 2 również z wynikami techniki płynności).

Kryteria końcowe etapu 1

Celem etapu 1 jest osiągnięcie techniki płynności w mowie przedłużonej na poziomie 7–8. Nie powinno się podejmować kroków w kierunku oddalenia się od modelowej techniki na tym etapie programu. Klienci nie mogą się jąkać podczas sesji terapeutycznych i są często proszeni o skupienie się w celu wyeliminowania jąkania, aby poczuć kontrolę nad nim, zamiast skupiać się na tym, jak brzmi ich mowa. Klienci mogą przejść do etapu 2, gdy 1) ich wyniki na skali nasilenia jąkania są zgodne z oceną wystawioną przez specjalistę, 2) są w stanie używać w konwersacji poznanej techniki mowy przedłużonej na poziomie 7–8 wraz z nasileniem jąkania na poziomie 0 oraz 3) są w stanie rozpoznać różne wyniki technik płynności, gdy są one zaprezentowane przez nagrane modele lub zademonstrowane przez logopedę.

Etap 2

Na etapie 2 spersonalizowana, naturalnie brzmiąca i wolna od jąkania mowa jest stopniowo utrwalana podczas konwersacji z logopedą. Klienci, u których występuje jąkanie w stopniu bardzo nasilonym, mogą wypracować nowy sposób mowy, który nie jest do końca naturalny. Klient musi dokonać wyboru, czy preferuje brak jąkania się w mniej naturalnej mowie, będącej efektem większego użycia technik, czy bardziej nasilonego jąkania się w mowie brzmiącej naturalniej wraz z mniej intensywnym zastosowaniem poznanych technik.

Podczas tego etapu klienci kontynuują utrwalanie modelowej techniki, pracują w kierunku osiągnięcia własnej, naturalniej brzmiącej techniki, dzięki której jednocześnie kontrolują swoje jąkanie, ćwiczą samoocenę nasilenia jąkania oraz własnych technik upłynniania mowy, a także rozwijają umiejętności w zakresie rozwiązywania problemów konieczne w następnym etapie terapii. Cele te realizuje się poprzez ćwiczenie w cyklach płynności, które zapisuje się w odpowiedniej tabeli (rysunek 5) lub w formie elektronicznej (dostępnej na stronie internetowej Australian Stuttering Research website, 2020). Film wyjaśniający, jak korzystać z tabeli, jest dostępny na facebookowej stronie ASR (https://www.facebook.com/UTSASRC/videos/?ref=page_internal). Etap 2 może być realizowany w grupie (np. O'Brian i in., 2003).

Cykle płynności

Każdy z cykli składa się z trzech etapów, każdy etap trwa około pięciu minut: 1) ćwiczenie technik płynności, 2) eksperymentowanie, 3) planowanie. Klienci starają się ukończyć wystarczającą liczbę cykli w ciągu tydzień, ile jest potrzebnych, by stworzyć własną, naturalnie brzmiącą technikę oraz zdobyć kontrolę nad jąkaniem.

Część pierwsza: ćwiczenie technik upłynniania mowy

Celem tej części jest utrwalenie technik poznanych podczas etapu 1. Podobnie jak sportowiec ciągle ćwiczy podstawowe umiejętności w swoim sporcie, tak osoba, która się jąka, musi ćwiczyć podstawowe umiejętności kontroli nad jąkaniem. Mowa podczas tej części nie brzmi naturalnie, ale klient powinien całkowicie kontrolować jąkanie. Jak widać na rysunku 5, cel został ustalony: nasilenie jąkania to 0, a stopień płynności to 7–8. Zadanie powinno się zmieniać podczas każdego cyklu, a klienci mogą wybrać pomiędzy ćwiczeniem z modelem, czytaniem na głos z książki, rozmawianiem na podany wcześniej temat, opisywaniem obrazka lub rozmową z terapeutą. Klienci muszą za każdym razem uzasadnić swój wybór. Pewność siebie w danej sytuacji i jej obciążenie poznawcze często wpływa na wybór zadania. Nagrywanie zadania podczas ćwiczenia techniki jest przydatne do późniejszej dyskusji. Klient ocenia swoje wystąpienie pod względem nasilenia jąkania oraz poziomu stosowanej techniki. Początkowo może być konieczne wysłuchanie nagrania, później na etapie 2 nie zawsze jest to potrzebne.



Tabela cykli płynności

Data	Cykl	ĆWICZENIA TECHNIKI PŁYŃNOŚCI			EKSPERYMENTOWANIE				PLANOWANIE
		CEL	OCENA	CEL	OCENA NAŻYŃWO	OCENA NAGRANIA	Nasilenie jąkania	Stoień płynności	
	1	Wyniki, które chcemy osiągnąć podczas treningu szkoleniowego. Jakże zadanie? Czemu?	Wyniki, które zamierzam osiągnąć jako następne? Jakże zadanie? Czemu?	Wyniki, które zamierzam osiągnąć jako następne? Jakże zadanie? Czemu?	Wyniki, które myśle, że osiągnąłem PRZED wystudiowaniem nagrania	Wyniki, które myśle, że osiągnąłem PO wystudiowaniu nagrania	0		Nasilenie jąkania 2+ Ćwiczenia techniki płynności
	2	0	7-8	0					Nasilenie jąkania 0-1 Ćwiczenia techniki płynności lub eksperymentowanie
	3	0	7-8	0					Co trzeci cykl Ćwiczenia techniki płynności
	4	0	7-8	0					Plany na kolejny cykl
	5	0	7-8	0					
	6	0	7-8	0					
	7	0	7-8	0					
	8	0	7-8	0					
	9	0	7-8	0					
	10	0	7-8	0					
	11	0	7-8	0					
	12	0	7-8	0					
	13	0	7-8	0					
	14	0	7-8	0					
	15	0	7-8	0					
	16	0	7-8	0					

Rysunek 5. Tabela cykli płynności

Część druga: eksperymentowanie

W ciągu kilku tygodni klienci wykształcają swoją własną technikę, sukcesywnie sprawiając, że ich mowa jest coraz bardziej naturalna, nadal kontrolując swoje jąkanie. Może się to dzieć stopniowo poprzez systematyczne obniżanie wyniku techniki w wielu cyklach lub też klient może eksperymentować z różnymi stopniami techniki, dopóki nie znajdzie odpowiadającego mu poziomu. Celem jest zawsze nasilenie jąkania na poziomie 0 (zob. rysunek 5), ponieważ klient powinien zawsze utrzymywać kontrolę nad swoim jąkaniem. Klienci zawsze sami decydują, jaki jest cel techniki upłynniania mowy; powinien on zgadzać się z ich poziomem umiejętności. Poziom umiejętności z kolei jest wyznaczany na podstawie udanych prób w poprzednich cyklach. Wyznaczanie celu jest zadaniem klienta, nie specjalisty, ponieważ pomaga to klientowi w rozwoju umiejętności rozwiązywania problemów. Uzasadniają oni terapecie wybór swoich celów, na przykład tym, że stracili kontrolę podczas poprzedniego cyklu, więc z tego powodu muszą podnieść poziom techniki płynności, której użyją następnym razem, by odzyskać kontrolę. Klient znowu wybiera zadanie spośród czytania, wygłaszania monologu, konwersacji lub debaty z logopedą i uzasadnia swój wybór. Zwiększenie pewności siebie zazwyczaj prowadzi do wyboru trudniejszych zadań. Zadanie wykonane podczas eksperymentowania jest nagrywane ze względu na późniejszą dyskusję. Podczas pierwszego cyklu pacjenci potrzebują pomocy w wyborze najbardziej odpowiedniego celu techniki upłynniania mowy. W późniejszych cyklach cele będą definiowane przez efekty osiągnięte w poprzednich cyklach. Należy pamiętać o tym, że najważniejszym celem jest kontrola nad jąkaniem, a eksperymentowanie z wynikami stosowanej techniki jest na drugim miejscu.

Klienci oceniają swoje wyniki pod względem nasilenia jąkania oraz technik płynności zaraz po zakończeniu nagrania na żywo (*live recording* na rysunku 5) i po wysłuchaniu nagrania (ocena nagrania) (*recording evaluation* na rysunku 5). Logopeda nie wypowiada się na temat oceny wystawionej zaraz po wykonaniu zadania, lecz o wystawionej po przesłuchaniu nagrania, po to, by sprawdzić prawidłowość ocen klienta.

Część trzecia: planowanie

Początkowo specjalista pomaga pacjentowi w planowaniu strategii i celów dla następnego cyklu. Stopień nasilenia jąkania powyżej 1 w poprzednim cyklu oznacza, że klient nie miał kontroli nad swoim jąkaniem, co wskazuje na ponowną potrzebę pracy nad techniką upłynniania mowy na początku następnego cyklu (część pierwsza, rysunek 5). Jeżeli natomiast w poprzednim cyklu wynik nasilenia jąkania wynosił 0 lub 1, oznacza to kontrolę nad problemem, w związku z tym klient może wybrać, w jaki sposób zacząć następny cykl: albo od ćwiczenia techniki (część pierwsza, rysunek 5), albo od eksperymentowania (część druga, rysunek 5). Przynajmniej co trzeci



cykl powinno się zaczynać ćwiczeniem techniki mowy. Jeżeli klient konsekwentnie kontroluje swoje jąkanie, zalecane jest ustawienie celu w technice na 4 lub 5 dla ćwiczeń techniki płynności (część pierwsza, rysunek 5).

Powyższe instrukcje są zapisane w tabelach (rysunek 5), by pomagać klientowi podczas całego procesu. Pomocne dla klienta jest ukończenie pomiędzy dwoma sesjami terapeutycznymi jak największej liczby cykli w domu wraz ze wspierającą osobą. To będzie regularna praktyka, porównana wcześniej w rozdziale do sportu. Czytanie i monologi również mogą być prowadzone, ale najbardziej zalecana w domowych cyklach jest konwersacja z osobą wspierającą. Klienci są zachęceni do ukończenia w domu tylu cykli, na ile to możliwe. To z kolei nawiązuje do regularnych ćwiczeń, porównywanych wcześniej z nauką języka obcego. Klient zapisuje cele i oceny wszystkich cykli. Aby przyzwyczać się do wyników nasilenia jąkania, klienci są również zachęceni do zapisywania wyników w codziennych sytuacjach, nawet jeżeli te wyniki nie są od razu wykorzystywane (jedynie na etapie 3).

Końcowe kryteria etapu 2

Celem etapu 2 jest ustanowienie spersonalizowanej, naturalnie brzmiącej techniki mowy, która może być używana przez klienta do kontroli nad jąkaniami, gdziekolwiek i kiedykolwiek on sobie tego życzy. Klient może przejść do etapu 3, gdy jest w stanie używać swojej techniki podczas codziennej rozmowy i całej sesji terapeutycznej z logopedą, jednocześnie brzmiąc naturalnie i eliminując jąkanie (wynik 0 lub 1).

Etap 3

Celem etapu 3 jest uzyskanie przez klienta pełnej kontroli nad jąkaniami poprzez użycie danej techniki w codziennych sytuacjach. Poziom zaangażowania w ćwiczenie podczas codziennej rozmowy i umiejętność rozwiązywania problemów ma duży wpływ na to, jak łatwe jest kontrolowanie jąkania. Postęp jest mierzony za pomocą tabeli pomiarów dziennych (rysunek 2) i tabeli pomiarów sytuacyjnych (rysunek 6). Każda tabela służy do innych celów. Ważne jest, by klienci byli w stanie kontrolować swoje jąkanie na akceptowalnym poziomie, jednocześnie utrzymując względnie wysoki poziom techniki. Podczas etapu 3 klienci rozwijają ponadto spersonalizowaną hierarchię zadań w zakresie mowy. Opisane procedury najczęściej mają miejsce podczas cotygodniowej sesji.

Camperdown Program Sytuacyjny wykres pomiarowy

DODAJ SYTUACJE, KTÓRE REPREZENTUJĄ TWOJE COEDZIENNE ŻYCIE						
SYTUACJE	Typowa wartość nasilenia jąkania 0-8	Najwyższa wartość nasilenia jąkania 0-8	Technika płynności 0-8	Poziom lęku/niepokoju 0-10	UNIKANIE: rzadko czasami często	
Rodzina						
Przyjaciele						
Sytuacje społeczne						
Osoba szefa lub autorytetu						
Klienci w pracy						
Rozmowy telefoniczne w pracy						
Wystąpienia publiczne						
Zamawianie jedzenia lub picia						

Rysunek 6. Tabela pomiarów w określonych sytuacjach



Konsekwentna kontrola jąkania

Podczas każdej sesji terapeutycznej klienci powinni mówić bez jąkania lub z minimalnym jąkaniem, stale oceniając swoją mowę. Logopeda i klient przeprowadzają rozmowę na początku każdej sesji terapeutycznej. Wykorzystuje się to do ciągłej kalibracji wyników. Jeśli wyniki klienta i terapeuty różnią się o nie więcej niż jedną wartość, można mówić o zgodności. Logopeda wie wtedy, że wyniki oceny nasilenia jąkania podane przez klienta w codziennych sytuacjach są godne zaufania.

Jeśli klienci nie kontrolują swojego jąkania podczas tej wstępnej rozmowy, jest prawdopodobne, że nie będą tego robić w trakcie trudniejszych codziennych sytuacji związanych z mową. W takich przypadkach omawiane są strategie ponownego przejęcia kontroli nad jąkaniem, wdrażane przed omówieniem codziennych postępów w mówieniu.

Trzy rodzaje ćwiczeń

Klienci kontynuują ćwiczenie technik płynności w domu między sesjami terapeutycznymi. Terapeuta analizuje liczbę i rodzaj ćwiczeń wykonywanych przez klienta w ciągu tygodnia i wspólnie ustalają, czy było to pomocne i właściwe w utrzymaniu postępów terapii. Ćwiczenia można generalnie podzielić na trzy rodzaje: (1) ćwiczenie podstawowej techniki płynności, (2) ćwiczenie w kontrolowanych czynnościach związanych z mówieniem oraz (3) ćwiczenie w planowanych codziennych rozmowach.

(1) Celem tego typu ćwiczeń jest utrwalenie techniki płynności w bardzo prostych zadaniach. Zwykle używany poziom techniki wynosi około 5–8 i często klient wykonuje te ćwiczenia samodzielnie. Zadania związane z ćwiczeniem podstawowej techniki płynności mogą obejmować: czytanie tekstu szkoleniowego w trakcie odsłuchiwania nagranych wzorców lub po jego odsłuchaniu, przeczytanie innego materiału, opisanie obrazka lub monolog. Czasami pomocne okazuje się rozpoczęcie ćwiczenia na wysokim poziomie technicznym (6–8), a następnie stopniowe przejście na średni poziom (3–5) i zakończenie na poziomie akceptowalnym do stosowania w „prawdziwym świecie” (1–2). Ćwiczenie podstawowej techniki płynności jest konieczne, gdy klienci mają trudności z utrzymaniem kontroli nad jąkaniem.

(2) Celem tego typu ćwiczeń jest użycie techniki brzmiącej naturalnie w bardziej złożonych lub wymagających sytuacjach, ale takich, które nadal można kontrolować. Zazwyczaj potrzeba do nich drugiej osoby. Takie kontrolowane ćwiczenia utrzymania naturalnego brzmienia w trakcie mówienia mogą obejmować rozmowę z partnerem do ćwiczeń lub inną osobą wspierającą, czytanie książki słuchaczowi, próby przemówień lub prezentacji na głos oraz rozmowę z partnerem do ćwiczeń przy gło-

śnym hałasie (np. w telewizji lub radiu). Można również stosować ogólnie dostępne programy odgrywania ról, jak na przykład Scenari-Aid (Meredith, 2020).

(3) Celem tego typu ćwiczeń jest wykorzystanie sytuacji „z prawdziwego świata”, ale takich, które klient jest w stanie z góry zaplanować i nad którymi może mieć jakąś kontrolę. Zadania obejmują rozmowę telefoniczną w celu uzyskania informacji lub wizytę w sklepie lub firmie, rozmowę z osobą przy ladzie w supermarkecie, zamówienie posiłku w restauracji lub barze, rozmowę z kolegą podczas lunchu lub przerwy i przedstawienie się podczas spotkania towarzyskiego.

Wprowadzenie ćwiczeń praktycznych do rozkładu dnia klienta zwiększa prawdopodobieństwo ich wykonywania. Przydatne mogą być również przypomnienia, jak na przykład ustawienie alarmu w smartfonie.

Raportowanie wyników i ocena nagrań

Klienci zapisują wartości oceny nasilenia jąkania, wartości oceny technik płynności i poziomu lęku w sytuacjach codziennego mówienia między wizytami. W tym celu można wykorzystać zarówno formularz codziennego pomiaru (rysunek 2), jak i formularz pomiaru sytuacji (rysunek 6). Klienci mogą przypisać typową wartość nasilenia jąkania i najwyższą wartość dla każdego dnia z odpowiadającym mu wynikiem techniki płynności dla każdego dnia. Sytuacja podczas mówienia, której przypisano najwyższą ocenę nasilenia, zostaje zanotowana w formularzu. Dzięki temu stanie się jasne, które sytuacje są wyzwaniem dla klienta, co można udokumentować w formularzu pomiaru sytuacji (rysunek 6) i zająć się nimi na późniejszym etapie terapii. Należy również udokumentować wyniki związane z lękiem pacjenta.

Podczas sesji w poradni logopeda omawia wyniki, słucha nagrań i ocenia z klientem proponowane strategie rozwiązań dla wszelkich trudności. Jeśli klienci kontrolują swoje jąkanie, ale nadużywają technik upłynniania mowy, konieczne jest rozwiązanie tego problemu polegające na zmniejszaniu częstości stosowania tych technik. Jeśli klienci nie kontrolują swojego jąkania, logopeda wspólnie z nimi dochodzi do przyczyny braku kontroli nad jąkaniem. Możliwymi przyczynami są brak lub niewłaściwe stosowanie techniki płynności, zbyt wysokie wymagania językowe lub poznawcze w niektórych sytuacjach lub klient po prostu czuje się niepewnie. Najczęściej wszystkie trzy kwestie nakładają się na siebie i należy się skupić na ich rozwiązaniu.

Można opracować systemy, które pomogą wprowadzić regularne ćwiczenia. Jeśli wymagające sytuacje językowe lub poznawcze powodują trudności w stosowaniu techniki płynności, przydatne jest stopniowe zwiększanie złożoności zadań podczas ćwiczeń, takich jak proste zadania pod presją czasu lub debaty. Jeśli wyniki związane z poziomem lęku klienta są wysokie, może być konieczne wdrożenie komponentów CBT do terapii.



Rozwiązywanie problemu lęku związanego z mówieniem

Program Camperdown nie obejmuje standardowych komponentów CBT w terapii, jednak w razie potrzeby można je łatwo z nim zintegrować. Na przykład lęk często staje się problemem na etapie 3 działań uogólniających i może prowadzić do utraty kontroli nad jękaniem. Czasami konieczne jest skierowanie klientów do psychologa, który odbył specjalistyczne szkolenie w zakresie CBT. Często klientowi można pomóc, wskazując na możliwość korzystania z internetowej terapii poznawczo-behawioralnej, na przykład programu iGlebe. iGlebe to program samodzielny, oparty na terapii online z mocnymi dowodami na skuteczność w przypadku stosowania go u jękających się osób dorosłych mających współwystępujące zaburzenia lękowe (np. Helgadóttir i in., 2009; 2014). Lęk związany z mową zmniejszył się lub zniknął, ale bez poprawy mowy. Program iGlebe może być wdrożony w gabinecie wspólnie z logopedą lub samodzielnie przez klienta. Menzies i in. (2019a) wykazali jedynie niewielkie różnice między podejściem iGlebe a terapią CBT prowadzoną przez psychologa w przychodni. Program iGlebe jest bezpłatny i można go pobrać ze strony internetowej Australian Stuttering Research Center (<https://www.uts.edu.au/research-and-teaching/our-research/australian-stuttering-research-centre/resources/iglebe>).

Jeśli logopedzi wiedzą, jak wprowadzić podstawowe komponenty CBT, mogą je wdrażać w połączeniu z programem Camperdown. Instrukcja opracowana dla logopedów przez Menzies i in. (2009) może okazać się w tym pomocna. Menzies i in. opisują cztery komponenty CBT: ekspozycję, eksperymenty behawioralne, restrukturyzację poznawczą i trening uwagi.

Zindywidualizowana hierarchia zadań związanych z mową

Nie wszyscy klienci uważają te same zadania za jednakowo łatwe bądź trudne. Bardzo ważne jest, aby klienci ocenili swoją mowę w różnych sytuacjach, a następnie sporządzili indywidualną listę zadań związanych z mową, którymi należy się zająć. Klient i logopeda mogą następnie współpracować, aby ustalić, dlaczego klienci uważają dane sytuacje za trudne (przyczynę leżącą u podstaw) i opracować strategię radzenia sobie z tymi trudnościami. Terapia musi koncentrować się na przyczynach, a nie na prostych ćwiczeniach. Z czasem zachęca się klientów do rozwiązywania trudności bez pomocy logopedy. W ten sposób są oni w stanie utrzymywać dotychczasowe korzyści i zapobiegać nawrotowi jękania, zanim on nastąpi.

Planowanie

Pod koniec każdej sesji terapeutycznej, opierając się na informacjach i wynikach klienta, logopeda i klient tworzą wspólnie plan nowych strategii i zmian w zadaniach praktycznych na nadchodzący tydzień.

Kryteria przejścia do etapu 4

Celem etapu 3 i kryteriów przejścia do etapu 4 jest zdolność klienta do wykorzystania techniki płynności na akceptowalnym poziomie do kontrolowania jąkania w stopniu wystarczającym w codziennym środowisku związanym z mową, bez unikania określonych sytuacji. Czasami klienci mogą chcieć używać swojej techniki tylko przez pewien czas lub w niektórych sytuacjach. Mają prawo dokonać takiego wyboru, decyzję należy jednak omówić z logopedą. Niektórzy klienci decydują się na to, że będą akceptować u siebie większą liczbę zająknięć przy mniejszym użyciu techniki płynności, a niektórzy wolą coś przeciwnego. Etap 3 jest zakończony, gdy te osobiste cele zostaną osiągnięte.

Etap 4

Etap 4 ma na celu utrzymanie dotychczasowych korzyści wynikających z terapii. Sesje terapeutyczne odbywają się rzadziej, ponieważ klienci podtrzymują postępy poczynione w trakcie terapii. Niezbędne jest konsekwentne ćwiczenie techniki płynności. Na tym etapie przydatne może być uczestnictwo w grupach samopomocy.

Podczas sesji terapeutycznej na etapie 4 klienci są zobowiązani do utrzymywania kontroli nad jąkaniem przez całą sesję. Przedstawiają wyniki nasilenia jąkania, wyniki związane ze stosowaniem technik płynności i wyniki związane z ich poziomem lęku, które są akceptowalne w ramach wyznaczonych celów, oraz przynoszą ze sobą nagrania niektórych codziennych sytuacji. Pokazują logopedzie, w jaki sposób wdrażali strategię w sytuacjach, które wywołały nasilone jąkanie.

Realistyczne oczekiwania

Konieczne jest, aby klienci mieli realistyczne oczekiwania co do terapii ich jąkania. Bez ćwiczeń klienci nie utrzymają osiągniętych korzyści terapeutycznych. Jąkanie jest zaburzeniem podatnym na nawroty, może się nasilać, gdy klienci nie ćwiczą wystarczająco lub gdy w ich życiu pojawia się stres. Klienci muszą pamiętać, że technika płynności jest jak uprawianie sportu – umiejętność utrzymuje się poprzez praktykę.



Z drugiej strony, może się zdarzyć, że klienci zadecydują nie ćwiczyć przez jakiś czas i używać techniki płynności tylko w niektórych momentach życia.

Różne formy programu Camperdown i dowody jego skuteczności

Program Camperdown, jak opisano w niniejszym rozdziale, jest standardową metodą terapeutyczną. Dorośli jąkający się spotykają się z logopedą podczas indywidualnych, bezpośrednich sesji w poradni. Program Camperdown został przetestowany w badaniach z udziałem 30 osób dorosłych, z których 16 było obserwowanych przez 12 miesięcy (O'Brian i in., 2003). Osiągnęli oni brak lub prawie zerową liczbę zająknięć w codziennych sytuacjach w ciągu 12 miesięcy po rozpoczęciu programu. Średnio potrzeba było 20 godzin sesji w poradni, aby osiągnąć taki wynik terapii.

Program Camperdown może być oferowany również nastolatkom z jękaniem. Dla tej grupy wiekowej opracowano niewielkie modyfikacje, takie jak różne modele treningu. Nastolatki potrzebują więcej czasu, aby opanować techniki płynności, potrzebują też większej pomocy przy rozwiązywaniu problemów. W terapii uczestniczą rodzice nastolatków. Stopień zaangażowania rodziców zależy od wieku nastolatka, jego umiejętności organizacyjnych, dyspozycyjności rodziców oraz relacji między nastolatkiem a rodzicami. Pomimo zaangażowania rodziców osoba nastoletnia musi być współodpowiedzialna za każdą decyzję dotyczącą terapii.

Hearne i in. (2008) wykazali, że program Camperdown może zostać wprowadzony do terapii jąkających się nastolatków, ale generuje to różne rezultaty. Zorganizowano indywidualne, bezpośrednie sesje terapeutyczne z jednym dniem intensywnych ćwiczeń grupowych dla trzech jąkających się nastolatków. U jednego z nastolatków nasilenie jęknięcia osiągnęło minimum 12 miesięcy po leczeniu, u innego nasilenie zmniejszyło się o połowę, a trzeci nie odniósł żadnych korzyści z terapii. Dwa kolejne badania skuteczności programu zostały przeprowadzone z młodzieżą za pośrednictwem kamery internetowej. Te dwa badania (Carey i in., 2012, 2014) obejmujące 53 uczestników przyniosły grupowe średnie zmniejszenie jęknięcia odpowiednio o 66% i około 82%, przy czym liczba godzin pracy z logopedą spadła jeszcze bardziej do średniej między 10 a 12.

Program Camperdown został również przeprowadzony z dorosłymi za pośrednictwem telefonu lub kamery internetowej w konfiguracji jeden na jeden. O'Brian i in. (2008) wdrożyli program za pośrednictwem rozmów telefonicznych z 10 jąkającymi się dorosłymi. Wyniki tej metody były zróżnicowane, ale ogólnie grupa wykazała redukcję jęknięcia na poziomie 83% bezpośrednio po terapii i redukcję o 74% 12 miesięcy później. Carey i in. (2010) nie wykazali różnicy między wynikami terapii 20 dorosłych jąkających się i uczestniczących w programie Camperdown osobiście w poradni a 20 dorosłych, u których program Camperdown był wdrażany za po-

średnictwem kamery internetowej. Wynik terapii mierzono natychmiast po terapii, 6 miesięcy po niej i odpowiednio po 12 miesiącach. Obecnie znacznie łatwiej jest przesyłać nagrania i dane tygodniowe za pośrednictwem formularzy elektronicznych (w celu uzyskania elektronicznych wersji wszystkich formularzy Camperdown – zob. strona internetowa Australian Stuttering Research Center).

Program Camperdown może być również przeprowadzany w formie intensywnej pracy grupowej ze studentami pod nadzorem specjalisty (Cocomazzo i in., 2012). W badaniu tym uzyskano wyniki podobne do poprzednich badań klinicznych programu.

Studium przypadku

Ocena

Howard to 37-letni mężczyzna, żonaty, bezdzietny. Pracuje jako kierownik działu księgowości w dużej firmie. Jąkał się od wczesnego dzieciństwa.

Ocenił swoje jąkanie jako umiarkowane, oszacował je w SR na 5, kiedy znajduje się w poradni, ale ocenił je jako zróżnicowane, od SR 2 do 6, w zależności od sytuacji. Przy rodzinie i bliskich SR wynosiło około 2, ale w niektórych sytuacjach, szczególnie w miejscu pracy, wartość SR mogła wynosić nawet 6. Niepokój nie był nadrzędnym problemem, ale Howard przyznał, że niepokoił się swoją mową w niektórych sytuacjach.

Uczestniczył w terapii około 15 lat temu, wziął wtedy udział w intensywnym programie grupowym *smooth speech* (gładka mowa). Osiągnął dobre rezultaty, ale uzyskane korzyści stopniowo malały w ciągu następnych 6–12 miesięcy. Starał się głównie odzyskać kontrolę nad swoim jąkaniem, ale potrzebował strategii zmniejszających ryzyko wystąpienia nawrotu.

Omówiliśmy z nim program Camperdown jako sposób na kontrolowanie jąkania. Przedyskutowaliśmy również cel terapii – było nim nauczenie Howarda rozwiązywania problemów związanych z jąkaniem i pomoc w stopniowym przejściu kontroli nad własnym jąkaniem w codziennym życiu.

Etap 1

Skala SR (skala oceny nasilenia jąkania)

Howard zapoznał się ze skalą SR jąkania. Jego ocena mowy dość szybko dorównała wynikom logopedy. Nagrywał swoje wypowiedzi w różnych sytuacjach w ciągu następnych kilku tygodni i potwierdzał swoje wyniki SR z wynikami logopedy. Bardzo szybko osiągnięto porozumienie w sprawie korzystania ze skali.



Technika płynności – skala oceny

Howard został przygotowany do pracy z modelem treningu techniki upłynniania mowy. Początkowo był bardzo skupiony na tym, aby używać tej techniki „poprawnie”, wracając do metod stosowanych na swoich wcześniejszych treningach, podczas których stosował celowe wykonywanie lekkich ruchów ust w celu zminimalizowania lub zapobieżenia momentom jąkania, technikę delikatnego startu mowy itp. Trochę czasu zajęło wyjaśnienie mu, że nie ma czegoś takiego jak „poprawna” technika – każda osoba odkrywa indywidualną technikę, dzięki której będzie mogła kontrolować swoje jąkanie. Howard musiał nauczyć się skupiać na sposobach, których musiał używać, by poczuć kontrolę nad swoim jąkaniem. Kiedy już zaakceptował to podejście, czuł się znacznie bardziej komfortowo, podejmując określone działania dające mu kontrolę nad jąkaniem.

Skala techniki płynności

Howard nie miał problemu ze skalą techniki płynności. W większości przypadków podawał liczby dla różnych poziomów techniki płynności, podobne do tych wystawianych przez logopedę.

Przejsie do etapu 2

Po trzech sesjach wyniki Howarda stały się wiarygodne, zarówno podczas postępowania się skalą SR, jak i skalą techniki płynności. Był w stanie wykorzystać swoją zindywidualizowaną technikę płynności, aby kontrolować jąkanie na poziomie 7–8 podczas rozmowy z logopedą w trakcie trwania całej sesji. Te kryteria oznaczały, że może on przejść do etapu 2 programu.

Etap 2

Cykle płynności

Cel etapu 2 dla Howarda był podwójny: 1) stopniowe uzyskanie bardziej naturalnego brzmienia jego mowy w poradni przy jednoczesnym dalszym kontrolowaniu jego jąkania oraz 2) rozpoczęcie rozwijania umiejętności oceny i rozwiązywania problemów, aby mógł decydować, jak manipulować techniką płynności w celu kontrolowania jąkania w trakcie różnych zadań. Początkowo chciał, aby logopeda powiedział mu, co ma kolejno robić podczas cykli płynności. Ale gdy tylko zdał sobie sprawę, że musi sam dokonać oceny i przemyśleń, naprawdę spodobał mu się proces cykli płynności. Bardzo szybko zorientował się, że uczy się tego, co musi zrobić, aby kontrolować jąkanie, a nie odwrotnie.

Wiele cykli wykonywał w domu między wizytami, często z żoną, co zaowocowało tym, że jego postępy były dosyć szybkie. W ciągu ostatnich kilku tygodni logopeda

i Howard skupili się na tym, aby wykonywał ćwiczenia swojej techniki w różnych warunkach podczas cykli płynności, gdy uczestniczył jeszcze w terapii w poradni. Musiał wypracować sposób, jak dostosować swoją technikę, aby kontrolować jąkanie, kiedy pojawiają się jeszcze inne trudności komunikacyjne, na przykład podczas mówienia przy głośnym hałasie, w trakcie mówienia i wykonywania innego zadania w tym samym czasie, podczas gdy wymagane było udzielenie szybkiej odpowiedzi na pytania lub kiedy ktoś przerywał jego wypowiedź. Po siedmiu sesjach osiągnął cel i używał techniki na poziomie, który był dla niego akceptowalny (2 poziom techniki płynności), jednocześnie całkowicie kontrolując swoje jąkanie. Spełnił kryteria, aby przejść do etapu 3.

Etap 3

Generalizacja

Na etapie 3 Howard zapoznał się z trzema różnymi typami ćwiczeń, które musiał wykonywać, aby utrwalić i utrzymać swoją technikę płynności. Był tenisistą, więc zastosowano ćwiczenia odnoszące się do tego sportu. Musiał 1) utrwalić technikę płynności w prostych ćwiczeniach – ćwiczyć swoją technikę na wysokim poziomie techniki płynności w prostych sytuacjach (analogia do tenisa: 20 forhendów, 20 bekhendów, 20 uderzeń, 20 wolejów z upewnieniem się, że jego chwyt i praca nóg są dobre); 2) ćwiczyć technikę w symulowanych, rzeczywistych sytuacjach, nad którymi miał pełną kontrolę (analogia do tenisa: ćwiczenie prawdziwych partii ze swoim trenerem) i 3) ćwiczyć technikę w zaplanowanych, codziennych sytuacjach (analogia do tenisa: prawdziwa gra pod presją, przeciwko różnym graczom, w różnych warunkach pogodowych). Opracowaliśmy harmonogram ćwiczeń, który pasował do jego rytmu dnia i obejmował wykonywanie tych trzech rodzajów ćwiczeń.

Howard zaczął następnie wykorzystywać swoją technikę płynności do kontrolowania jąkania w prawdziwym świecie, w przeciwieństwie do pracy w poradni, w której był sam na sam z logopedą. Początkowo polecono mu, aby spróbował używać jej w sytuacjach, w których czuł się komfortowo i chciał kontrolować jąkanie. Zapisywał swoją codzienną ocenę SR i ocenę techniki płynności, a także zaznaczał poziom lęku w swoim dziennym formularzu pomiarowym. Udokumentował również swój najwyższy SR w danym dniu i sytuację, w której to nastąpiło. Przez kilka tygodni ustalał, które sytuacje są dla niego łatwe, a które nieco trudniejsze. Następnie zaczęliśmy wspólnie analizować każdą z trudnych sytuacji, wciąż z naciskiem na to, żeby starał się z pomocą terapeuty rozwiązywać większość problemów.

Został wprowadzony w specyficzny proces rozwiązywania problemów obejmujący trzy ogólne obszary, w których zazwyczaj się one pojawiają: problemy z ćwiczeniem,



wyzwaniami poznawczymi lub językowymi oraz problemy z lękiem. Nauczył się patrzeć na każdą trudną sytuację, ustalając, jaki jest powód tego, że zawodzi go technika płynności. Czy musiał zmienić rodzaj ćwiczenia, które wykonywał, aby skupić się na określonej sytuacji? Czy niepokój wpływał na to, jak używał swojej techniki płynności? On i logopeda często omawiali kilka prostych strategii CBT, które umożliwiały mu radzenie sobie z minimalnym lękiem. Lęk nie był głównym problemem; skierowanie do psychologa nie było konieczne.

Krok po kroku nauczył się analizować każdą napotkaną trudną sytuację i planować strategie, które pozwalały rozwiązać trudności, z jakimi się zmagał. Skomentował, że czuł się znacznie lepiej w kwestii kontrolowania swojej mowy niż kiedykolwiek wcześniej. Nie oczekiwał, że jego jąkanie zawsze będzie na minimalnym poziomie, ale wiedział, jak analizować każdą sytuację i jak opracować plan rozwiązania problemu. Wiedział, jak radzić sobie z nawrotem jąkania, zanim ten nastąpił.

W trakcie trwania etapu 3 Howard poczuł się bardziej kompetentny w radzeniu sobie z wszelkimi pojawiającymi się trudnościami, co spowodowało, że sesje z logopedą zostały jeszcze bardziej rozłożone w czasie. Często przychodził do poradni po kilku tygodniach przerwy i opisywał, które sytuacje były trudne i jak udało mu się je rozwiązać. Po 8 sesjach rozłożonych na około 5 miesięcy przeszedł do etapu 4, wykazując, że utrzymuje akceptowalny poziom jąkania, stosuje akceptowalną technikę płynności w większości codziennych sytuacji, a także uzyskał pewność siebie i umiejętności rozwiązywania problemów, dzięki którym jest w stanie zaradzić wszelkim niepowodzeniom.

Etap 4

Utrwalanie efektów

Celem etapu 4 było upewnienie się, że Howard nadal czuje się pewnie w radzeniu sobie z wszelkimi fluktuacjami swojego jąkania. Wiedział, że nie jest w stanie kontrolować jąkania przez cały czas i w 100% oraz że niektóre sytuacje będą trudniejsze do kontrolowania niż inne, ale musiał poczuć się pewnie w tym, że ma umiejętności potrzebne do rozwiązywania wszelkich pojawiających się problemów, dzięki czemu poważny nawrót był mało prawdopodobny. Etap 4 trwał około roku, a czas między wizytami rozciągał się do około 6 miesięcy.

Podsumowanie

Ukończenie pierwszych trzech etapów programu Howarda obejmowało 18 sesji w czasie około 8 miesięcy, a postępy klienta były monitorowane przez kolejny rok rzadkich sesji po przejściu do etapu 4. Howard czuł się pewnie z tym, że rozwinął

dobrze umiejętności rozwiązywania problemów, które powinny pozwolić mu na radzenie sobie z fluktuacjami kontroli jąkania w przyszłości.

Dyskusja/implikacje

W tym rozdziale program Camperdown, program restrukturyzacji mowy dla jąkających się dorosłych, został umieszczony w kontekście, opisany i omówiony. Program Camperdown to terapia modyfikująca mowę, skupiająca się głównie na zmniejszaniu nasilenia jąkania, ale z drugorzędnym naciskiem na radzenie sobie z lękiem związanym z mową, jeśli taki problem się pojawi.

Indywidualny format terapii bezpośredniej (klienta z logopedą) jest najczęściej stosowaną metodą w poradniach środowiskowych i został szczegółowo opisany w poprzednich podrozdziałach. Jak wspomniano na początku rozdziału, ważne jest, aby logopedzi pamiętali o zintegrowaniu trzech rodzajów dowodów, tj. dowodów pacjenta, dowodów praktycznych i dowodów badawczych (McCurtin, Cater, 2015) (o zastosowaniu praktyki opartej na dowodach, tj. integracji najlepszych dostępnych wyników badań naukowych z wiedzą logopedyczną terapeuty w kontekście charakterystyki pacjenta i jego preferencji) podczas wdrażania programu Camperdown. Co najważniejsze, logopedzi muszą upewnić się, że słuchają i odnoszą się do konkretnych uwag i potrzeb każdego klienta. Jeśli jąkający się dorosły ma obawy przede wszystkim dotyczące funkcji poznawczych (na przykład zmniejszenia lęku związanego z mową), należy zająć się tymi obawami przed rozważeniem terapii ograniczającej jąkanie, takiej jak program Camperdown. Z każdym klientem trzeba zawsze omówić różne metody terapii. Dorośli jąkający się, którzy proszą o wdrożenie programu Camperdown, muszą być poinformowani o wysiłku, jaki będą musieli włożyć w terapię, aby osiągnąć i utrzymać jej efekty – muszą wiedzieć, że obejmuje to długoterminową kontrolę jąkania i nie jest szybkim rozwiązaniem. Niezbędna jest motywacja wewnętrzna. Chociaż instrukcja do programu Camperdown (O'Brian i in., 2018; do pobrania ze strony Australian Stuttering Research Center) przedstawia koncepcje terapii w zalecanej kolejności, przewiduje się, że wszystkie koncepcje będą zindywidualizowane, ponieważ każdy klient przedstawia inny zestaw problemów, przekonań i oczekiwań.

Logopedzi muszą być pewni, że będą otwarci na ciągłe zdobywanie wiedzy o różnych metodach terapii. Ograniczenie ich umiejętności do kilku metod (McCurtin, Carter, 2015) nie zapewnia klientowi najlepszej możliwej opieki. Poszerzenie ich wiedzy i umiejętności, na przykład poznanie (w tym przypadku) programu Camperdown, wymaga formalnego udokumentowania nauczania poprzez udział w warsztatach lub dokładną samodzielną naukę i monitorowanie przez doświadczonego terapeuty.



Na koniec ważne jest, aby przeczytać i krytycznie ocenić publikacje naukowe dotyczące podejść, jakie logopedzi planują zastosować, w tym przypadku publikacje o programie Camperdown. Przeprowadzono kilka badań klinicznych z programem Camperdown i okazało się, że nie wszyscy jękający się dorośli i młodzież osiągnęli te same cele. Baxter i in. (2015, 689) zastanawiali się nad zmniejszeniem jękania u dorosłych: „Ustalenie, jakie powinny być dobre wyniki terapii [jękania], jest kluczową kwestią w tej dziedzinie”. Dlatego ważne jest, aby przed rozpoczęciem terapii Camperdown ustalić realistyczne oczekiwania i omówić z klientem indywidualne cele.

Program Camperdown wykorzystuje skalę samooceny nasilenia jękania do pomiaru redukcji jękania w trakcie trwania terapii. Ten aspekt został oparty na dowodach na to, że klienci są w stanie wiarygodnie korzystać z tego sposobu pomiaru (O'Brian i in., 2004). O'Brian i in. (2020) zaproponowali zgłaszany przez klienta wynik oceny płynności mowy (wynik nasilenia jękania) jako alternatywę dla odsetka zajkniętych sylab (% SS), jako miarę wyniku, mimo że ten ostatni jest używany w większości publikacji naukowych. Nie jest zaskakujące, że % SS i oceny nasilenia raportowane przez pacjentów nie były skorelowane, ponieważ % SS jest przede wszystkim miarą liczby sylab zajkniętych, podczas gdy oceny nasilenia zgłaszane przez samych pacjentów uwzględniają typ jękania, a także częstotliwość. Kiedy jednak wiemy, z czym wiążą się oba te wyniki, może to być mniej zaskakujące: % SS opisuje częstość jękania na podstawie całkowitej liczby sylab, podczas gdy oceny nasilenia raportowane przez pacjentów uwzględniają zarówno częstotliwość, jak i rodzaj momentów jękania. Na rozkładzie wyników terapii w badaniu O'Brian i in. % SS wykazuje wysoce dodatnią krzywą (więcej jękania udokumentowano przy niższych wartościach), podczas gdy samoocena pacjenta w SR wykazuje bardziej normalny rozkład.

Karimi i in. (2018) zaproponowali *Skalę komunikacji w codziennych sytuacjach związanych z mówieniem* jako nadrzędną miarę wyników oceny terapii, która uwzględnia cechy jękania, cechy poznawcze i jakość życia. Ta miara wyniku jest odpowiedzią na jedno pytanie: *Biorąc pod uwagę wszystkie problemy związane z jękaniami, jak bardzo jesteś zadowolony ze swojej komunikacji w codziennych sytuacjach związanych z mówieniem?* Dorośli jękający się odpowiadają na to pytanie w 9-stopniowej skali, zaczynając od 0 = bardzo zadowolony do 9 = skrajnie niezadowolony. *Skala komunikacji w codziennych sytuacjach związanych z mówieniem* wykazuje istotną i silną korelację z istniejącymi skalami, z ocenami nasilenia zgłaszanymi przez użytkowników UTBAS (ang. The Unhelpful Thoughts and Beliefs Scale, *Skala nieprzydatnych myśli i przekonań dotyczących jękania*) i całkowitą ogólną oceną doświadczeń mówiącego z jękaniami (ang. Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering) (OASES; Yaruss, Quesal, 2010). *Skala komunikacji w codziennych sytuacjach związanych z mówieniem* nie korelowała z % SS. Skalę tę można dodać do oceny w całym

programie Camperdown i w innych metodach terapii jąkania, aby mieć narzędzie do szybkiej oceny ogólnej poprawy.

W programie Camperdown dorośli jękający się proszeni są o nagrywanie sytuacji związanych z mówieniem, kiedy używają swojej techniki płynności. Mogą to być nagrania audio lub wideo. O'Brian i in. (2015) zauważyli, że oceny nagrań audio i wideo nie różniły się. Gdyby ktoś użył % SS, konieczne byłoby użycie nagrań wideo, ponieważ ocena między nagraniem audio i wideo różni się znacznie – bardziej wiarygodna w tym przypadku jest ocena próbek mowy w nagraniach wideo.

Na początku terapii polegającej na restrukturyzacji mowy praca często skupiała się wyłącznie na redukcji jąkania. Badania wykazały jednak, że terapia restrukturyzacyjna mowy często nie jest wystarczająca dla jękających się dorosłych, biorąc pod uwagę częste współwystępowanie lęku związanego z mową u jękających się dorosłych (Iverach i in., 2009b). Program Camperdown obejmuje również możliwość pracy nad aspektem poznawczym, a dokładniej nad lękiem związanym z mową. O'Brian i in. (2018) sugerują stosowanie programu iGlebe dla jękających się dorosłych (np. Menzies i in., 2019b) w celu rozwiązania problemu lęku związanego z jękaniem podczas realizacji programu Camperdown. Menzies i in. (2019b) porównali wyniki terapii 32 osób dorosłych, które uczestniczyły w 3 dniach ćwiczeń restrukturyzujących mowę w intensywnym formacie grupowym, a następnie w jednej sesji terapeutycznej grupowej, co miesiąc przez 5 miesięcy. Program powstał w oparciu o koncepcje programu Camperdown, ale nie obejmował trzeciego lub czwartego etapu programu. Połowa grupy po intensywnej terapii otrzymała dostęp do programu iGlebe na 5 miesięcy. Wyniki terapii w grupie, która miała dostęp do programu iGlebe, były istotnie lepsze w przypadku samooceny nasilenia jąkania oraz jakości życia zgłaszanej przez klientów w 12 miesięcy po terapii.

Program iGlebe został również przetestowany na międzynarodowej grupie uczestników. Menzies i in. (2016) udostępnił program iGlebe 267 jękającym się dorosłym z całego świata. Dla większości z tych dorosłych pierwszym językiem był angielski i mieszkali one w Australii (n = 151), Wielkiej Brytanii (n = 25), Kanadzie (n = 24), Stanach Zjednoczonych (n = 22), Nowej Zelandii (n = 9) i w Południowej Afryce (n = 6). W testowaniu uczestniczyli również dorośli jękający się z krajów nieanglojęzycznych, w tym z Hiszpanii, Indii, Chorwacji, Singapuru, Brazylii, Holandii, Finlandii, Chin, Pakistanu, Irlandii, Nigerii, Danii, Indonezji, Francji, Austrii, Iranu i Izraela. Około jedna piąta (18,4%) ukończyła program wraz z oceną po terapii. Był to akceptowalny wskaźnik odpowiedzi jak na uczestnictwo w samodzielnym internetowym programie zdrowotnym. Wynik terapii był podobny do wyników we wcześniejszych badaniach dotyczących programu iGlebe (np. Helgadottir i in., 2009; 2014).



Wnioski i wskazania na przyszłość

Jeśli jękający się dorosły lub nastolatek prosi konkretnie o pomoc w ograniczeniu jękania, program Camperdown jest formą terapii opartą na dowodach, którą należy w takiej sytuacji rozważyć z wielu powodów. Program Camperdown to oparte na koncepcji podejście behawioralne, które koncentruje się przede wszystkim na redukcji jękania się klienta. Stosowana technika płynności opiera się na wprowadzeniu mowy przedłużonej i jest nauczana poprzez naśladowanie wzorców. Podczas etapu 3, gdy klient zaczyna stosować technikę płynności poza ćwiczeniami praktycznymi z logopedą, w codziennych sytuacjach związanych z mówieniem, zaleca się również wdrożenie leczenia ukierunkowanego na minimalizację lęku związanego z mową (komponenty CBT), jeśli ten problem dotyczy klienta. Jednym ze sposobów włączenia komponentów CBT, jeśli logopeda nie posiada niezbędnych umiejętności, jest zapewnienie klientom dostępu do bezpłatnego programu iGlebe. Dostęp można uzyskać za pośrednictwem Australian Stuttering Research Centre (2020). Program Camperdown znajduje potwierdzenie w kilku badaniach klinicznych, których wyniki mogą pomóc logopedom w formułowaniu realistycznych oczekiwań wobec klientów i wraz z klientami.

Pytania kontrolne

1. Program Camperdown przeznaczony jest dla:
 - a) jękających się dorosłych;
 - b) jękających się nastolatków;
 - c) jękających się dorosłych i nastolatków.
 2. W programie Camperdown klienci uczą się nowego sposobu mowy opartego na:
 - a) tzw. łagodnym starcie;
 - b) mowie przedłużonej;
 - c) rytmie i prozodiach.
 3. Program Camperdown składa się z:
 - a) dwóch etapów terapii;
 - b) trzech etapów terapii;
 - c) czterech etapów terapii.
 4. Celem programu Camperdown jest:
 - a) osiągnięcie całkowitego wyeliminowania jękania u klientów lub bardzo niewielkiego jękania we wszystkich sytuacjach;
 - b) osiągnięcie niższego poziomu jękania we wszystkich sytuacjach;
-

- c) osiągnięcie mniejszej liczby epizodów jąkania o mniejszym nasileniu w niektórych lub wszystkich okolicznościach, zależnie od tego, jakiej pomocy oczekuje klient.
5. W programie Camperdown:
- a) elementy terapii poznawczo-behawioralnej stosowane są w fazie terapii u wszystkich klientów;
 - b) elementy terapii poznawczo-behawioralnej stosowane są w fazie terapii, jeśli klienci wymagają pomocy w zmniejszaniu lęków związanych z jąkaniem;
 - c) elementy terapii poznawczo-behawioralnej nie mogą nigdy być stosowane, nawet jeśli klienci wymagają pomocy w związku z lękami związanymi z jąkaniem.

Rekomendowana literatura

Resources on the Australian Stuttering Research Centre website: <https://www.uts.edu.au/asrc/resources/asrc-resources>.

Carey, B., O'Brian, S., Onslow, M., Block, S., Jones, M. (2010). Randomised controlled non-inferiority trial of a telehealth treatment for chronic stuttering: the Camperdown Program. *International Journal of Language and Communication Disorders*, January-February, 45, 108–120.

Lowe, R., Menzies, R.G., Onslow, M., Packman, S., O'Brian, S. (in press). Speech and anxiety management with persistent stuttering: Current status and essential research. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*.

Menzies, R., 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.

O'Brian, S., Carey, B., Lowe, R., Onslow, M., Packman, A., Cream, A. (2018). *The Camperdown Program treatment guide*. <https://www.uts.edu.au/asrc/resources/camperdown-program>.

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>.

Blomgren, M. (2013). Behavioral treatments for children and adults who stutter: A review. *Psychology Research and Behavior Management*, 6, 9–19. <https://doi.org/10.2147/prbm.s31450>.



- Bothe, A.K., Davidow, J.H., Bramlett, R.E., Ingham, R.J. (2006). Stuttering treatment research 1970–2005: I. Systematic review incorporating trial quality assessment of behavioral, cognitive, and related approaches. *American Journal of Speech, Language Pathology*, 15, 321–341. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2006/031\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2006/031)).
- Carey, B., O'Brian, S., Onslow, M., Block, S., Packman, A., Jones, M. (2010). Randomized controlled non-inferiority trial of a telehealth treatment for chronic stuttering: the Camperdown Program. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 45, 108–120. <https://doi.org/10.3109/13682820902763944>.
- Carey, B., O'Brian, S., Onslow, M., Packman, A., Menzies, R. (2012). Webcam delivery of the Camperdown Program for adolescents who stutter: A phase I trial. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 43, 370–380. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2011/11-0010\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2011/11-0010)).
- Carey, B., O'Brian, S., Lowe, R., Onslow, M. (2014). Webcam delivery of the Camperdown Program for adolescents who stutter: A phase II trial. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 45, 314–324. https://doi.org/10.1044/2014_LSHSS-13-0067.
- Cocomazzo, N., Block, S., Carey, B., O'Brian, S., Onslow, M., Packman, A., Iverach, L. (2012). Camperdown Program for adults who stutter: a student training clinic Phase I trial. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 47, 365–372. <https://doi.org/10.1111/j.1460-6984.2012.00150.x>.
- 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>.
- Dollaghan, C.A. (2007). *The handbook for evidence-based practice in communication disorders*. Paul H. Brookes Publishing.
- Hearne, A., Packman, A., Onslow, M., O'Brian, S. (2008). Developing treatment for adolescents who stutter: A phase I trial of the Camperdown Program. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 39, 487–497. [https://doi.org/10.1044/0161-1461\(2008/07-0038\)](https://doi.org/10.1044/0161-1461(2008/07-0038)).
- Helgadottir, F.D., Menzies, R., Onslow, M., Packman, A., O'Brian, S. (2009). Online CBT II: A phase I trial of a standalone, online CBT treatment program for social anxiety in stuttering. *Behaviour Change*, 26, 254–270. <https://doi.org/10.1375/bech.26.4.254>.
- Helgadottir, F.D., Menzies, R.G., Onslow, M., Packman, A., O'Brian, S. (2014). A standalone Internet cognitive behavior therapy treatment for social anxiety in adults who stutter: CB-Tpsych. *Journal of Fluency Disorders*, 41, 47–54. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2014.04.001>.
- Iverach, L., O'Brian, S., Jones, M., Block, S., Lincoln, M., Harrison, E., Hewat, S., Menzies, R., Packman, A., Onslow, M. (2009). Prevalence of anxiety disorders among adults seeking speech therapy for stuttering. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 928–934. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.06.003>.
- Iverach, L., Jones, M., O'Brian, S., Block, S., Lincoln, M., Harrison, E., Hewat, S., Cream, A., Menzies, R.G., Packman, A., Onslow, M. (2009). The relationship between mental health
-

- disorders and treatment outcome among adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 34, 29–43. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2009.02.002>.
- 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>.
- McCurtin, A., Carter, B., (2015). 'We don't have recipes; we just have loads of ingredients': explanations of evidence and clinical decision making by speech and language therapists. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21, 1142–1150. <https://doi.org/10.1111/jep.12285>.
- Menzies, R., Onslow, M., Packman, A., O'Brian, S. (2009). Cognitive behavior therapy for adults who stutter: A tutorial for speech language pathologists. *Journal of Fluency Disorders*, 34, 187–200. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2009.09.002>.
- Menzies, R., O'Brian, S., Lowe, R., Packman, A., Onslow, M. (2016). International phase II clinical trial of CBTPsych: A standalone Internet social anxiety treatment for adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 48, 35–43. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2016.06.002>.
- Menzies, R., 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>.
- Menzies, R., Packman, A., Onslow, M., O'Brian, S., Jones, M., Helgadóttir, F.J. (2019). In-clinic and standalone Internet CBT treatment for social anxiety in stuttering: A randomized trial of iGlebe. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 62, 1614–1624. https://doi.org/10.1044/2019_JSLHR-S-18-0340.
- Meredith, G. (2020). Scenari-Aid; Simulated scenario system. <https://asterius.federation.edu.au/scenariaid>.
- Messenger, M., Onslow, M., Packman, A., Menzies, R. (2004). Social anxiety in stuttering: measuring negative social expectancies. *Journal of Fluency Disorders*, 29, 201–212. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2004.06.002>.
- O'Brian, S., Carey, B., Lowe, R., Onslow, M., Packman, A., Cream, A. (2018). *The Camperdown Program treatment guide*. <https://www.uts.edu.au/asrc/resources/camperdown-program>.
- O'Brian, S., Jones, M., Onslow, M., Packman, A., Menzies, R., Lowe, R. (2015). A comparison of audio and audiovisual measures of adult stuttering: Implications for clinical trials. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 17, 589–593. <https://doi.org/10.3109/17549507.2015.1026275>.
- O'Brian, S., Packman, A., Onslow, M. (2008). Telehealth delivery of the Camperdown Program for adults who stutter: A phase I trial. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51, 184–195. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2008\)014](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2008)014).



- O'Brian, S., Packman, A., Onslow, M., O'Brian, N. (2004). Measurement of stuttering in adults: Comparison of stuttering-rate and severity-scaling methods. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 47, 1081–1087. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2004/080\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2004/080)).
- O'Brian, S., Onslow, M., Cream, A., Packman, A. (2003). The Camperdown Program: Outcomes of a new prolonged-speech treatment model. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 46, 933–946. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2003/073\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2003/073)).
- O'Brian, S., Heard, R., Onslow, M., Packman, A., Lowe, R., Menzies, R. G. (2020). Clinical trials of adult stuttering treatment: Comparison of percentage syllables stuttered with self-reported stuttering severity as primary outcomes. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 63, 1387–1394. https://doi.org/10.1044/2020_JSLHR-19-00142.
- Onslow, M., O'Brian, S. (1998). Reliability of clinicians' judgments about prolonged-speech targets. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 41, 969–975. <https://doi.org/10.1044/jslhr.4105.969>.
- Packman, A., Onslow, M., Richard, F., van Doorn, J. (1996). Syllabic stress and variability: A model of stuttering. *Clinical Linguistics and Phonetics*, 10, 235–263. <https://doi.org/10.3109/02699209608985174>.
- 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>.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M., Haynes, R.B., Richardson, W.S. (1996). Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71–72. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.313.7050.170c>.
- St Clare, T., Menzies, R., Onslow, M., Packman, A., Thompson, R., Block, S. (2009). Unhelpful thoughts and beliefs linked to social anxiety in stuttering: Development of a measure. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 44, 338–351. <https://doi.org/10.1080/13682820802067529>.
- Spencer, E., Packman, A., Onslow, M., Ferguson, A. (2009). The effect of stuttering on communication: A preliminary investigation. *Clinical Linguistics and Phonetics*, 23, 473–488. <https://doi.org/10.1080/02699200902833373>.
- Yairi, E., Ambrose, N. (2013). Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of fluency disorders*, 38, 66–87. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2012.11.002>.
- Yaruss, J.S., Quesal, R.W. (2010). *Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering*. Stuttering Therapy Resources, McKinney.
-