

Psykoterapeutiske tilnærminger i den logopediske oppfølgingen

Av Astrid-Tine Bjørvik og Alfhild Ingebrigtsen

Personer som stammer kan ha flere negative erfaringer med stamming. Som en følge av dette utvikler noen negative holdninger til seg selv, og sosial angst og frykt for situasjoner som krever verbal kommunikasjon. Logopeden må også forholde seg til denne siden av stamme-problematikken, og kjennskap til ulike verktøy vil da være nyttig. Denne artikkelen gir eksempler på hvordan du som logoped kan bruke elementer fra kognitiv atferdsterapi, aksept- og forpliktelsesterapi, narrativ terapi og løsnings-fokusert terapi.

Innledning

Personer med stamming har i varierende grad emosjonelle utfordringer knyttet til sine talevansker. Sheehans (1970) isfjellanalogi gir et godt bilde på hvor sammensatt taleflytvansken kan være. Stamming krever ofte arbeid med både hørbare og synlige sider av stammingen (delen av isfjellet som ligger over havoverflaten), og sider ved stammingen vi ikke kan se eller høre (delen av isfjellet under havoverflaten). Logopeder som har møtt personer med stamming vil blant annet være kjent med at unngåelsesatferd i ulike former er en del av det totale bildet. Dette er veldokumentert i faglitteraturen. Ifølge den integrerte tilnærmingen til stamming (bl.a. Guitar, 2014) er sekundæratferd, slik som unngåelse- og fluktatferd, og følelser og holdninger en del av stammingen og blir inkludert i utredning og i utarbeiding av tiltak. Forekomst av sosial angst hos personer med stamming er etter hvert blitt veldokumentert i flere studier (bl.a. Ahmed & Mohammed, 2018; Iverach et al., 2016; Gunn et al., 2014).

Sosial angst i forbindelse med stamming

Risiko for utvikling av sosial angst er ofte omtalt i forbindelse med stamming. Dette på grunn av negative erfaringer i stammeøyeblikk; negative sosiale erfaringer gjennom livet; mobbing; ekskludering og negative reaksjoner hos andre (bl.a. Iverach & Rapee, 2014). Allerede hos førskolebarn kan man se tegn på negative holdninger til egen tale (Guttormsen, Kefalianos & Næss, 2015; Iverach & Rapee, 2014; Langevin, Packman & Onslow 2009). I et livsperspektiv tyder forskning på at utvikling av sosial angst er særlig

fremtredende hos ungdom og voksne (Ahmed & Mohammed, 2018), og noen studier viser at rundt 40 % av voksne som stammer har sosial angst (Ahmed & Mohammed, 2018, s. 160 og Blumgart, Tran & Craig, 2010, s. 691). Når sosial angst hos ungdom og voksne personer med stamming måles og sammenliknes med kontrollgrupper, viser ulike studier signifikant høyere skårer hos de som stammer (bl.a. Gunn et al. 2016; Iverach et al., 2018; Craig & Tran, 2014). Hos barn ser resultatene ut til å være lavere og med ulike resultater. Eksempelvis fant man i én studie sosial angst hos 7 % (Ahmed & Mohammed, 2018, s. 157) og i en annen 24 % (Iverach et al., 2016, s. 21). Iverach et al. (2016) sier selv at resultatet ikke kan generaliseres til alle barn som stammer. Ahmed og Mohammed (2018) peker på gjennomsnittsalder, kartleggingsverktøy og forskningsmetode som mulige årsaker til at resultater blir ulike.

Når det gjelder en mulig sammenheng mellom grad av stamming og forekomst av sosial angst, er forskningsresultatene til dels motstridende. Flere har funnet at sosial angst ikke nødvendigvis er sammenfallende med mye stamming, der dette er målt kvantitativt (bl.a. Iverach et al., 2018 og Blumgart et al., 2010). En studie viser imidlertid at ungdommer og voksne med sosial angst også hadde en høy alvorlighetsgrad av observerbar stamming (Ahmed & Mohammed, 2018). Forskerne i den sistnevnte studien ser at dette ikke samsvarer med annen forskning, men kommer ikke med forslag til hva det kan skyldes. Som klinikere erfarer vi at det ikke nødvendigvis er et automatisk samsvar mellom grad av primæratferd, sekundæratferd og negative følelser og holdninger, og anbefaler at dette undersøkes hos hver enkelt klient.

Andre emosjonelle reaksjoner som konsekvens av stammingen

Iverach, Rapee, Wong og Lowe (2017) beskriver fem trekk som kan bidra til å opprettholde sosial angst hos personer med stamming: 1) De antar at de vil bli vurdert negativt av andre fordi de generaliserer tidligere negative erfaringer i ulike situasjoner. For eksempel kan dette være knyttet til erting eller avvisning i barndommen på grunn av stamming, og erfaring med at det å prestere muntlig og delta sosialt er vanskelig; 2) De konstruerer en negativ mental representasjon av seg selv, basert på negative antakelser om seg selv og andres vurderinger, uten at sistnevnte er objektivt vurdert; 3) De kan ha en tendens til å være selvfokusert og dermed risikere å kun se negative, eller feiltolke, signaler fra andre; 4) De kan utvikle unngåelsesstrategier og som følge av disse får de også færre muligheter til å øve opp sosiale

ferdigheter. Dermed kan de opprettholde negative antakelser om seg selv og andres vurdering av seg selv; 5) De kan ha en forventning om å stamme, å ikke prestere eller innfri egne forventninger. Dette kan oppta tankene i forkant av sosiale situasjoner. I tillegg kan de bruke tid på å analysere og gruble i etterkant.

Utenom nevnte trekk, kan det oppstå emosjonelle konflikter. En person kan oppleve at han etter taletrening oppnår flytende tale en periode, men at han etter en stund går tilbake til sitt gamle talemønster. DiLollo, Neimeyer og Manning (2002) forklarer dette med at en gjennom mange år har bygd opp en identitet som «stammer» og at det er vanskelig å inneha en ny rolle som «en som snakker flytende». Dette knyttes til Sheehans konfliktteori, en dobbel approach-avoidance-konflikt (Sheehan, 1970). Opplevelsen av å snakke normalt øker forventningene om å snakke flytende. Endring av rolle kan føre til angst og skyld som igjen fører til mer stamming. En løsning på denne konflikten er å åpent akseptere stammerollen og gå vekk fra sin «falske» rolle som normaltalende (Sheehan, 1970). En annen konflikt som kan oppstå, og som nærmest blir et paradoks, er knyttet til stammeøyeblikkene. Ønsket kan være å bare få sagt ordene og meddele seg, samtidig som personen som stammer i underbevisstheten holder igjen av frykt for å avsløre seg selv og sin ufullkommenhet (Harrison, 2011). Med andre ord ønsker man på én side frihet til å snakke, på en annen side kontroll og perfektjon. Tilbakefall kan da lett oppstå etter endt terapi der man kun har jobbet med kontroll av talen. Dette fordi de andre sidene ved stammingen, som følelser og holdninger, ikke er blitt ivaretatt som en del av den helhetlige livssituasjonen til en person med stamming (Harrison, 2011).

Med det vi har trukket frem ovenfor, ser vi at taletrening ofte ikke vil være nok. Logopeder må kunne forholde seg til personens angst, negative selvbilde og eventuelt manglende aksept for stamming. De siste årene har det vokst fram flere psykoterapeutiske tilnærminger som vi mener det er et behov for kunnskap om, og bruk av, i vår logopediske praksis. Det blir også anbefalt i studiene som vi har vist til (bl.a. Iverach et al. 2016; Blumgart et al., 2010). Vi kjenner til at logopeder i arbeid med stamming allerede bruker elementer fra både kognitiv atferdsterapi (KAT), aksept- og forpliktelsesterapi (ACT), narrativ terapi og løsningsfokusert terapi (LØFT). Denne artikkelen vil gi en kort innføring i de ulike retningene og eksempler på bruk av dem i praksis. Når det gjelder ACT har vi ikke egne erfaringer å vise til da det er en relativt ny tilnærming. Presentasjonen av den blir derfor mer teoretisk enn hva som er tilfelle for de andre tilnærmingene. Vi velger likevel å inkludere



ACT, da den er svært aktuell innenfor taleflytfeltet. Vi vil vise til forskning på effekt av tilnærmingene og påpeke fellestrekk ved dem. Avslutningsvis vil vi si noe om hvordan man kan vurdere bidrag fra andre fagpersoner.

Kognitiv atferdsterapi (KAT)

Noen vil kanskje tenke at kognitiv atferdsterapi (KAT) er en tilnærming som først og fremst egner seg for ungdom og voksne, men den kan også tilpasses for barn. Eksempelvis bruker Michael Palin-senteret for stamming i England KAT med sine klienter i ulike aldre. Materiell som kan benyttes er for eksempel serien Psykologisk førstehjelp av Solfrid Raknes, som finnes i versjoner for barn i barnehage-, skole- og ungdomsskolealder (Raknes, 2010, 2014). Materialet er laget for å kunne identifisere, utforske og håndtere vanskelige tanker og følelser, og benytter hovedprinsipper fra kognitiv terapi.

Historikk/bakgrunn

Historisk sett har Aaron Beck spilt en sentral rolle i utviklingen av kognitiv terapi. Forskning han gjorde på behandling av depresjon på 60-tallet, fikk ham på sporet av negative tanker som forekom like i forkant av et depressivt humør. Når Beck hjalp klienten med å bli bevisst på disse tankene og teste ut validiteten av dem, ble depresjonen mindre (Dozois & Beck, 2011). Innen atferdsterapien ble det på slutten av 60-tallet introdusert en idé om at kognitive prosesser kunne spille en viktig rolle i forståelsen og endringen av problematisk atferd, og ble derfor inkludert (Goldfried, 2011). I litteraturen blir betegnelsene kognitiv terapi og kognitiv atferdsterapi benyttet om hverandre, med henholdsvis forkortelsene CT og CBT på engelsk.

Sentrale begreper og prinsipper

Utgangspunktet for KAT er at en sårbarhet hos klienten fører til dysfunksjonelle og forutinntatte holdninger til seg selv, og til fordreide oppfatninger av andre. Det er dette KAT søker å endre. Ovenfor ble det blant annet vist til fem trekk som kan opprettholde sosial angst hos personer med stamming (Iverach et al., 2017). Særlig for ungdommer og voksne som har levd med stammingen over lang tid, og erfart hvordan den påvirker dem, kan man derfor se verdien av KAT i det logopediske arbeidet. Sentrale begreper innen KAT er: selvsobservasjon; hypoteser; realitetstesting og bevisføring; automatiske tanker og eksponering. Disse, og sammenhengen mellom dem, vil nå bli nærmere forklart.

Beck (1976, s. 233) skriver at vår oppfatning av virkeligheten ikke er det samme som selve virkeligheten. Innen KAT er det et formål å endre virkelighetsforståelsen og selvsobservasjon kan være et redskap for det. I selvsobservasjon observerer man egen atferd når det gjelder tanker, følelser, psykologiske reaksjoner og mellommenneskelig atferd (Goldfried 2011, s. 326). Fokus er på endring av antakelser om seg selv og sine omgivelser som fører til en følelsesmessig belastning. Klienten lærer å behandle antakelser som hypoteser heller enn fakta. Man ser antakelsene i et mer objektivt lys gjennom distanseringen som skjer ved hjelp av selvsobservasjon, og kan skille mellom det man tror og det man vet (Beck, 1976, s. 242–3). Hypotesene realitetstestes og man samler bevis i reelle situasjoner (Duzois & Beck, 2011). En person kan for eksempel automatisk tenke om seg selv at hun/han er skyld i noe som har gått galt, uten å analysere nærmere hva som faktisk skjedde. Ved å oppnå en endret viten om antakelsene kan den som stammer redusere den følelsesmessige belastningen (Hofmann, Amundson & Beck 2013, s. 200).

De negative tankene som Beck oppdaget oppsto i forkant av et depressivt humør, omtaler han senere som automatiske tanker. Disse handler ofte om en selv som sårbar, verden som farlig og fremtiden som potensielt katastrofal (Duzois & Beck, 2011, s. 26–30). Eksempelvis vil en person med angst ha en tendens til å overvurdere sannsynligheten for ubehag og farlige situasjoner, men vil undervurdere sin evne til å håndtere dette. Å bli bevisst på automatiske tanker krever trening i å observere «the stream of unreported thoughts (Beck, 1976, s. 33) som forekommer umiddelbart før en opplevd følelse. En teknikk som kan brukes her er ABC-sekvensen (Beck, 1976, s. 240), der A står for «**A**ctivating stimulus», eksempelvis at en klient får øye på en gammel venn (Per). C står for «**C**onditioned response»

(«Betinget respons»), som er en overdreven eller uhensiktsmessig respons på stimulusen, eksempelvis at klienten blir trist når han ser Per. B står for klientens «Blank», det vil si et «tomrom» i forklaringen på det som skjer, og som klienten selv fyller inn for å skape en sammenheng mellom A og C. Det kan for eksempel innebære at klienten tenker at hvis han sier hei til Per, så vil ikke Per huske ham og vil overse ham. B-komponenten kan realitetstestes, da det ikke er basert på faktisk erfaring, men egne automatiserte antakelser.

Med henblikk på ovennevnte, skriver Duzois & Beck (2011, s. 30) at: «Cognitive therapy aims to help individuals shift their cognitive appraisals from ones that are unhealthy and maladaptive to ones that are more evidence-based and adaptive». Et par eksempler på dette:

Henning (50 år) opplevde sin stamming som altoverskyggende, men oppdaget gjennom realitetstesting at selve kjernestammingen ikke var særlig fremtredende. Kunnskap om stamming førte til at Henning kunne avgrense sin stamming til fysisk å gjelde spenninger han kjente i tunga og halsen (men som andre ikke nødvendigvis så eller hørte). Dermed ble han klar over at det var overveiende mer flyt i talen enn stamming. Bevisene ga ham et nytt perspektiv og mer fleksibilitet i synet på stammingen, seg selv og tilværelsen. Den nye kunnskapen ga ham et bedre utgangspunkt for å jobbe videre og målrettet med det han opplevde som vanskelig.

Kasusstudien av Noah på ni år (Murphy, Yaruss & Quesal 2007) gir oss et eksempel på hvordan KAT er brukt for å håndtere negative reaksjoner knyttet til stamming hos skolebarn. Sammen med flytskapende og stammemodifiserende teknikker innebar tiltakene aktiviteter som søkte å endre negative tanker til positive tanker, som igjen hadde som mål å føre til bedre kommunikasjon. I dette arbeidet identifiserte Noah sårende omtale av seg selv og reformulerte den til mer positiv omtale, som: «Jeg vet at jeg ikke er dum... stamming er bare noe jeg gjør når jeg snakker». (Murphy et al., 2007, s. 131).

Vi kan her se at både Henning og Noah, ved hjelp av realitetstesting av sine opprinnelige tanker om stammingen, fikk en distanse til stammingen som gjorde det mulig å vurdere både seg selv og stammingen i et mer positivt lys. Dermed ble det også lettere å endre sin egen situasjon.

Den kognitive sirkelen

Michael Palin-senteret for stamming i England benytter KAT som en del av sin integrerte tilnærming til stamming for ulike aldre (Kelman & Wheeler, 2015). De inkluderer også foreldrene i arbeidet for at de skal bli kjent med KAT som verktøy, både med tanke på å bli bevisstgjort egne tanke- og handlingsmønstre og kunne være en støtte for barnet. Eksempelvis kan man jobbe med kognitive sirkler, også kalt den kognitive diamant, med det mål å endre en såkalt negativ stammesyklus til en positiv stammesyklus hos både barnet og foreldrene. Her synliggjør man hvordan barnets atferd påvirker foreldrenes atferd på grunn av negative tanker og følelser om barnets stamming (Biggart, Cook & Fry, 2006).

Benevnelsen den kognitive sirkel (eller den kognitive diamant) blir brukt som utgangspunkt for å reflektere rundt hvordan tanker, følelser, atferd og kroppslige reaksjoner henger sammen og forsterkes av hverandre (f.eks. Boisen og Helligsøe, 2018). Mange former for negative tanker, følelser og symptomer kan beskrives ved hjelp av denne modellen. Her er et eksempel fra egen praksis:

Trond (23 år) har chattet med ei jente som han er veldig interessert i. Nå har de avtalt en date. Han gruer seg veldig på grunn av stammingen. Det ender med at han ringer og utsetter daten. Trond forteller om dette i logopedtiden, og med utgangspunkt i den kognitive sirkelen får Trond sette ord på hvordan han tenker og opplever situasjonen.



Her handler det om å hjelpe Trond til å endre negative tanker til positive og hjelpsomme tanker.

Gjennom refleksjon og spørsmål kan man identifisere og endre destruktive tanker som opprettholder problemer, negative følelser og handlinger. Ved å utforske alternative måter å tenke på og ved å få frem detaljer i tankemønstret til en person, vil man kunne redusere feiltolkninger. Flere forfattere har beskrevet hvordan en med bruk av spørsmål kan hjelpe klienten til å endre tankemønstre (f.eks. Menzies, Onslow, Packman & O'Brian, 2009; Dozois & Beck 2011). Dette er sentralt i den såkalte kognitive restruktureringen. Spørsmålene bør være både utforskende og undrende:

- Hva er bevisene for denne tanken?
- Hvis bestevennen eller en av dine nærmeste visste at du hadde disse tankene, tror du han/hun ville være enig?

- Kan du gi meg et eksempel på dette?
- Hva ville mest sannsynlig skje?
- Hva gjør denne tanken med deg? Hva får deg til å føle det?
- Er denne tanken til hjelp på noen måte?

I påfølgende logopedtimer ble denne type spørsmål brukt for å finne alternative måter å tenke på. Det endte med at Trond bestemte seg for å fortelle at han stammet og at han gruet seg til det første møtet på grunn av dette. Han fortalte det via chatting på nettet før han skulle møte henne. Svaret han fikk overrasket ham. Jenta fortalte at hun likte gutter som var ærlige og kunne snakke om det som var vanskelig. I neste logopedtime ble den kognitive sirkelen på nytt benyttet som utgangspunkt. Trond sine ytringer gir et tydelig bilde på en positiv endring av både tanker, atferd, følelser og kroppslige reaksjoner.



Eksponeering

Eksponeeringsterapi er en komponent i KAT (Duzois & Beck, 2011). Dette er en behandlingsform innen klinisk psykologi og psykiatri hvor pasienten i en kontrollert og systematisk form utsettes for situasjoner en er redd for. Behandlingen bygger på læringsterapi. Eksponeeringsterapi er spesielt effektiv ved behandling av mange former for angst og tvangslidelser (Store medisinske leksikon). Menzies et al. (2009) anbefaler å sette opp et frykthierarki med ulike situasjoner, f.eks. snakke i telefonen, snakke med autoritetspersoner eller holde en presentasjon (Menzies et al., 2009). Scheurich, Beidel og Vanryckeghem (2019) mener at personene ved eksponeering må føle en viss porsjon frykt for å få effekt av behandlingen. Selv om den gradvise eksponeeringen føles ubehagelig, opplever en ikke en bestemt situasjon så farefull lenger. På denne måten reduseres frykten og man utvikler strategier for å håndtere ulike situasjoner som igjen fører til færre unngåingssituasjoner. Vi viser til artikkelen om skjult stamming (Ingebrigtsen, 2019) som gir et eksempel på hvordan en kvinne med skjult stamming bearbeidet sin frykt i ulike situasjoner gjennom eksponeering.

Aksept- og forpliktelsesterapi (ACT)

Aksept- og forpliktelsesterapi (ACT – Accept and Commitment Therapy) er en nyere kognitiv atferdsmodell som vektlegger en meningsfull fungering i tilværelsen heller enn å redusere symptomer (Lundgren, Luoma, Dahl, Strosahl & Melin, 2012). Dette innebærer at personen som stammer aksepterer ubehagelige tanker, følelser og erfaringer med et aktivt og oppmerksomt nærvær, og samtidig handler og forplikter seg i tråd med sine innerste verdier. For en person med stamming kan dette bety at hun/han er bevisst på stammingen, og selv om den kan være ubehagelig styres ikke livet av den. ACT er blitt benyttet klinisk-psykologisk blant annet for angstlidelser og psykiske plager ved kronisk smerte (Palasik & Hannan, 2013). Utbredelsen av tilnærmingen har økt de siste ti årene og er i dag en anbefalt behandlingsform i Europa og USA, mens den i Norge i økende grad ser ut til å bli tatt i bruk (Børsting Jacobsen, 2019, s. 5).

For klienter som stammer kan ACT være nyttig som innfallsvinkel til økt bevissthet på tanker fra et nøytralt og ikke-dømmende perspektiv, der språket er basert på muligheter og ikke begrensninger (Palasik & Hannan, 2013). Med 'språket' menes omtalen av seg selv, vansker, situasjoner m.m., enten som tanker eller tale. Man søker å styre både daglige gjøremål og viktige veivalg i livet etter verdiene man har og ikke låste, mentale definisjoner av

seg selv. Kombinasjonen av aksept og forpliktelse vil derfor nødvendigvis føre til endringer i livssituasjonen til den enkelte, selv om endring i seg selv ikke er en del av arbeidsformen i ACT.

ACT inneholder følgende seks kjerneprinsipper, også omtalt som Hexaflex-modellen (bl.a. Harris, 2006):

Å ha kontakt med «her og nå»: Dette innebærer å kunne være i øyeblikket på en «åpen, mottakelig og ikke-dømmende måte» (Springer, 2012, s. 206). Heller enn å være i øyeblikket kan det for mange være lettere å bekymre seg for noe som ligger frem i tid eller gruble over noe som har skjedd. Dette kan på én side være nyttig for å unngå uhensiktsmessige reaksjoner og dermed oppnå en (opplevd) form for kontroll. Samtidig kan slike tanker bli slitsomme. Særsilt vil dette være tilfelle for en person som har fordømmende tanker om seg selv på grunn av stamming (Palasik & Hannan 2013). Som hjelp til å rette oppmerksomheten mot her-og-nå-situasjonen kan man benytte mindfulnessøvelser, som å fokusere på pusten eller spise noe sakte og legge merke til smak og konsistens. Mindfulness kan ha ulike funksjoner i håndtering av stamming.



Aksept og villighet: Dette handler om at «Acceptance is a willingness to experience inner states, regardless of whether they are experienced as pleasant or unpleasant». (Springer 2012, s. 206). Aksept av tanker handler ikke om å gi opp, men å velge å stå i dem og ikke unngå, også når de er ubehagelige, som for eksempel i et stammeøyeblikk (Palasik & Hannan 2013). Formålet er at man skal åpne opp for alle inntrykk i en situasjon uten å dømme dem. Dette kan betegnes som en form for eksponeringsterapi, men i ACT brukes den for å utføre handlinger og aktiviteter i tråd med verdiene man har (se avsnittet nedenfor om verdier) og ikke med et mål om å redusere angst eller regulere følelser (Hayes 2004).

En øvelse som logopedene kan benytte med personer med stamming, er å be dem om å skrive ned på et kort alle tankene som dukker opp knyttet til en utfordrende talesituasjon på grunn av stammingen. Her er det viktig å ikke dømme tankene, men være ærlig. Kortet bærer de med seg for eksempel i en lomme eller en veske i en uke. Når uken er over deler klienten erfaringene sine med logopedene. Idéen bak øvelsen er at personer med stamming skal kunne møte det de frykter uten å evaluere det. De aksepterer tankene ved å bære dem med seg hver dag. Dermed aksepterer de også stammingen, men som en liten del av den personen de er og verdiene de har (Palasik & Hannan 2013).

Kognitiv defusjon: Dette prinsippet i ACT går ut på å observere språket, skille det fra innholdet og ikke tillegge det en verdi eller en mening (Harris, 2006). Målet er ikke å endre tankemønstre, men å tilegne seg en mer fleksibel måte å håndtere tankene på (Palasik & Hannan 2013). Verbale formuleringer om verden kan styre atferden og begrense friheten til å følge livsverdiene man har (Wilson, Bordieri, Flynn, Lucas & Slater, 2011, s. 241). Med ACT søker man å redusere kontrollen som tankene og de verbale formuleringene har, slik at man kan leve et rikt liv uavhengig av dem. Ifølge Wilson et al. (2011) er dette essensen i ACT.

For å skape en distanse mellom tanke og språk kan logopedene speile klienten ved for eksempel å svare: «Jeg hører at du sier...» (Palasik & Hannan 2013, s. 61). Et tankeeksperiment er å la en person med stamming reflektere over hvordan tanken «Jeg må snakke flytende» påvirker seg, så kjenne etter hva som skjer om hun i stedet sier:

«Jeg har en tanke om at jeg må snakke flytende». (Harris, 2006, s. 6). Et annet eksperiment er å gjenta et ord, for eksempel 'melk', flere ganger i rask rekkefølge, og på denne måten oppleve at ordet mister sin mening og kun blir en lyd (Hayes 2004, s. 654). Slik kan man få en erfaring med at tanker og ord ikke betyr det de sier at de betyr. De er ikke absolutte sannheter.

Selvet som kontekst: I likhet med at man i ACT søker å få et utenfrablakk og en distanse mellom språk/ord og innhold, er et annet prinsipp å kunne se seg selv fra utsiden (Palasik & Hannan, 2013). Hvis en person sier «Jeg er udugelig», er det en vurdering som handler om innhold og ikke kontekst. Verbale regler og definisjoner av seg selv kan føre til at man identifiserer seg med vanskene sine (Wilson et al. 2011). I stedet søker terapeuten å kunne snakke med klienten om synet hun/han har på seg selv på et metaplan, og finne alternativer til en gitt tanke. Hvis en klient sier: «Jeg er aldri sammen med andre på fritiden fordi jeg stammer», kan logopeden for eksempel utforske klientens rolle som kommunikasjonspartner uavhengig av stammingen. Hvilke faktorer gjør en person til en god kommunikator? Hvilke kommunikasjonsferdigheter kan man trene opp? Formålet er at klienten skal oppdage andre sider ved seg selv ved å stå på utsiden og observere seg selv. Klienten blir sin egen kontekst (Palasik & Hannan, 2013).

Verdier: I ACT utforsker klienten og terapeuten verdier ved å se på hva som er viktig for måten klienten ønsker å leve livet sitt på (Springer, 2012). Hva slags person ønsker klienten å være? Hva er vesentlig og meningsfullt? (Harris, 2006, s. 7) Ut fra verdigrunnlaget man kommer frem til, tar klienten valg i form av handlinger (Palasik & Hannan 2013). En kan da risikere at klienten kommer med en lang liste over oppgaver som hun/han må gjøre, men verdier skal i henhold til ACT være frivillig valgt. Å jobbe med verdier handler om å frigjøre klienten fra «må-tyranniet» (Wilson et al. 2011, s. 244). Verdier er ikke i seg selv spesifikke mål eller handlinger, men å leve i tråd med sine verdier vil nødvendigvis innebære flere mål og handlinger. Hvis for eksempel en verdi er å være en god venn, vil det innebære visse handlingsmønstre. Samtidig vil de ikke nødvendigvis være de samme til enhver tid. Det er her også viktig å skille resultatet av det man gjør fra troen på at det er verdifullt og nok i seg selv (Wilson et al. 2011).



Et verktøy som kan benyttes til identifisering av verdier, hindringer fra å leve i tråd med dem, og en handlingsplan for å følge egne verdier, er «Bullseye» (Boisen & Hauge Hellingsøe, 2018; Lundgren et al., 2012). Her tar man utgangspunkt i en fremstilling

av en dartskeive som er delt inn i fire

domener: jobb/utdanning; fritid; personlig utvikling/helse og relasjoner. I arbeidet med klienten kan man skrive ned verdier innenfor de ulike domenene, diskutere i hvor stor eller liten grad klienten lever etter verdiene og sette opp mål for å nå bullseye. Hva er hindrene? Er stammingen en del av disse? Her vil man også kunne jobbe med å skille språk og innhold og identifisere dømmende uttalelser om seg selv (Palasik & Hannan, 2013). Verdiene krever aksept av vanskelige og vonde tanker og følelser som har skapt barrierer for å kunne følge verdiene (Hayes, 2004).

Forpliktende handling: For å videreføre verdiidentifiseringen, kommer valg av og forpliktelse til konkrete handlinger. Det kan være at klienten sporer av fra målene, men forpliktelsen ligger like mye i å styre seg inn på riktig retning igjen (Wilson et al. 2011). Her kan man eksempelvis ta utgangspunkt i Bullseye-fremstillingen og sette opp mål og delmål. Målene skal være ønskelige og gjennomførbare i hverdagen, uten at klienten binder seg til løfter som skal vare livet ut (Palasik & Hannan, 2013). Med hensyn til stamming, kan det innebære å snakke i ulike situasjoner, der klienten setter opp et hierarki ut fra hvor utfordrende situasjonene er. Situasjonene trenger ikke å innebære en følelsesmessig kamp for at de skal kunne gjelde som en forpliktende handling (Palasik & Hannan, 2013, s. 65). Kjernen her er at handlingene skal være i tråd med verdiene som klienten har definert som viktige for seg selv og sitt liv, uavhengig av fravær eller tilstedeværelse av ubehag. I så måte er ACT, som også navnet tilsier, like mye en endringsmotivert som en akseptorientert tilnærming (Hayes 2004, s. 657).

Narrativ terapi

Bakgrunn og historikk

Familieterapeut Michael White (1948–2008) regnes som grunnleggeren av narrativ terapi eller narrativ praksis (White, 1998 og 2009; White & Epston, 1990). I Norge har Geir Lundby vært en aktiv kursholder og skrevet bøker om det samme (Lundby, 2009). I følgende beskrivelse er det hovedsakelig brukt referanser fra disse forfatterne, mens dialogeksemplene er fra egen klinisk praksis.

Narrativ terapi tar utgangspunkt i menneskers behov for å finne mening i livet gjennom identitetsskapende fortellinger. Vi mennesker opplever og erfarer våre liv gjennom de historiene vi forteller. Oppgaven blir å hjelpe folk til å bearbeide fortellingen og dens virkning slik at den mister sin problemskapende effekt i vedkommendes liv. DiLollo et al. (2002) beskriver hvordan narrativ terapi kan være nyttig i stammebehandling. Også i Norge ser vi at narrativ terapi har hatt sin innflytelse i stammebehandling (Killingdalen, 2011; Ingebrigtsen, 2011). Ved å lese følgende går vi ut fra at flere logopeder vil kjenne igjen elementer fra sin egen praksis uten at de har knyttet det til denne terapiformen. Sentrale begreper innenfor den narrative tradisjonen er tykke og tynne historier; rekonstruksjon; identitetskonklusjoner; åpne spørsmål og eksternaliserende samtaler. Her blir begrepene utdypet:

Identitetskonklusjoner, endring fra tynne til tykke historier og åpne spørsmål

Gjennom å tolke andres reaksjoner på oss selv og våre handlinger skaper vi mening. Vi strukturerer alle våre erfaringer gjennom historier. Mennesker danner seg konklusjoner om identiteten på grunnlag av de opplevelser man har i relasjonen med andre. Lundby (2009) mener at en «tynn» identitetskonklusjon innebærer at en person forstår seg selv i lys av en spesifikk egenskap (Lundby, 2009). Et eksempel fra logopedisk rådgivning er Mads (17) som uttrykte det på denne måten: «Jeg føler meg som en dumming fordi at jeg er en stammer».

Grunnforståelsen innenfor narrativ terapi er at mennesker har mange forskjellige historier om livet sitt. Rådgivers rolle er å hjelpe personen til en utvidet forståelse ved å bruke åpne spørsmål. Sentralt innenfor narrativ terapi og terapifortellinger er å finne unntakene – de positive unntakene – som viser en ny eller flere sider ved en historie. Dette på lik linje med LØFT. Ved å bruke åpne spørsmål hjelper rådgiver personen til å finne fram

til og belyse flere (positive) historier om seg selv og til en mer nyansert identitetskonklusjon. Innenfor narrativ praksis omtaler man denne prosessen som å gjøre en tynn historie til en tykkere historie, m.a.o. man foretar en rekonstruksjon til en mer utvidet forståelse (DiLollo et al., 2002). Her er et eksempel fra en dialog med Mads (17) og logoped:

Mads: Ei jente jeg nettopp snakket med lo av meg da jeg stammet.

Logoped: Hva får deg til å tro at hun lo av stammingen?

Mads: Det finnes ikke noen annen årsak.

Logoped: La oss nå si at DET FANTES en annen årsak til at hun lo. Hva kunne det være?

Ved hjelp av sin fantasi og kreativitet fant Mads fram til andre mulige årsaker som førte til en mer utvidet forståelse og forhåpentligvis til en mindre negativ opplevelse av sin stamming. Innenfor narrativ terapi kaller man denne prosessen en rekonstruksjon.

Eksternaliserende samtaler

White og Epston (1990) introduserte ideene om en eksternalisering av problemet. Det sentrale er at man skiller person og problem, bl.a. ved å sette et metaforisk navn på problemet. Et problem definerer ikke en person, men er noe en person har. Målet er ikke å endre hvem du er, men å endre den effekt problemet har på livet. På grunn av negative identitetskonklusjoner og lavt selvbilde mener narrative terapeuter at en må bruke et eksternaliserende språk som har en viss avstand fra personen. Avstanden må være passe stor mellom problem og person. «...er avstanden for liten, er det sannsynlig at problemet eller de negative identitetskonklusjonene vil overvelde eller lamme personen emosjonelt og dermed forhindre refleksjon» (Holmgren, 2010, s. 68). Erfaringen vår er at en person som stammer og oppsøker logoped, ofte snakker om problemet som om det er en del av en selv, for eksempel: «Jeg er en stammer» / «Jeg er et bekymringsmenneske» / «Jeg unngår å snakke med nye folk fordi jeg er redd for å stamme».

Det er flere måter å begynne en eksternaliserende samtale på. Når man lytter til personens historie, kan logopeden lytte etter ordene som brukes. Ved å endre et beskrivende adjektiv til et substantiv, kan logopeden bidra til å skape distanse mellom personen og problemet. Her er et eksempel:

Mads: Jeg er en bekymret type som ikke tør å snakke med ukjente.

Logoped: Du er redd for at denne Bekymringen skal hindre deg når du møter nye mennesker?

Logopeden kan også si: «Hvis ordet stamming ikke fantes, hva ville du ha kalt det da?». Noen ganger kan en identifisere problemet som en person eller et dyr. Emilie (7) tegnet en krokodille med ekstra stort munnparti. Dette fordi hun følte at det var en krokodille som bet seg fast i halsen på henne slik at hun ikke fikk ut ord som begynte med vokaler. I samarbeid og utforskning sammen med logopeden opplevde Emilie krokodillen som mindre farlig, og hun fikk etter hvert et godt forhold til den. Hun opplevde at hun kunne samarbeide med den slik at hun greide å gå mykt inn i ord. En fortelling som hun diktet inneholdt følgende ytring: «... jeg hviska til krokodilla: «kan du åpne munnen din». Så sa jeg Odin en gang til og det gikk fint». At det ble skapt en avstand til problemet ved å bruke et metaforisk navn, kan være en medvirkende årsak til denne ufarliggjøringen. Mange år etter bestilte Emilie en ny logopedtime. Hun var nå 18 år og fortalte at hun fortsatt brukte sin gamle venn Krokodillen når hun stammet på ord som startet på en vokal.

For en annen voksen som stammer, Henning, ble det brukt tid på å finne en metafor som kunne skille ham som person fra stammingen, og som han selv kjente var betegnende for stammingen. Hans første forslag ble «det sorte hullet». I dette lå det at stammingen var et handikap, og metaforen representerte redselen, det uendelige og uhåndgripelige ved den. Samtidig ønsket Henning å angripe heller enn å trekke seg tilbake, og hans nye metafor ble «engelen». For ham innebar det å ha en hjelper. Metaforen omfattet både stammingen, det å være sin egen logoped, og se for seg at ting gikk bra. Stammingen var ikke bare et problem da Henning også så løsninger.



Løsningsfokusert tilnærming (LØFT)

Bakgrunn/historikk

Det finnes en betydelig mengde litteratur og nettsteder om løsningsfokusert tilnærming, eller «Solution focused brief therapy» (SFBT), som er navnet grunnleggerne ga tilnærmingen (de Shazer & Berg, 1997). Følgende er hovedsakelig hentet fra den ene opphavspersonen til metoden, Steve de Shazer (1985, 1988 og de Shazer et al., 2007). Den norske oversettelsen, LØFT, som ikke inkluderer presiseringen «brief», mangler en nyanse ved tilnærmingen. De Shazer (1985) fremmer tanken om at jo raskere problemet er løst, jo forttere kan klienten starte livet og hverdagen igjen. Insoo Kim Berg (grunnlegger av SFBT sammen med de Shazer), sier: «As the name suggests, it is about being brief and focusing on solutions, rather than on problems». (Solution Focused Brief Therapy Association). I Sverige brukes betegnelsen «lösningfokuserad korttidsterapi» (SIKT) i tillegg til «lösningfokuserad arbetssätt» (Solutionfocus).

Løsningsfokus heller enn problemløsning

Begrepet løsningsfokusert betyr ikke at problemene som klienten kommer med når han oppsøker hjelp blir avvist. De skal anerkjennes, men heller enn å utforske opphavet til dem og måter å «kurere» dem på, er prinsippet i LØFT at man retter blikket fremover mot handling og muligheter. Blant annet innebærer det at man starter med slutten (Bannink 2007, s. 88). Det vil si at man starter med ønskene som klienten uttrykker for fremtiden og leter så etter løsninger som kan gjøre det mulig å oppnå disse ønskene.

Målgruppe

LØFT er opprinnelig rettet mot ungdom og voksne (Bavelas et al., 2013, s. 22). Nicholas (2015) omtaler imidlertid også praktisering av LØFT med barn i tidlig skolealder. Hun påpeker samtidig viktigheten av, og fordelene

ved, å involvere foreldrene. Med yngre barn som ikke er kognitivt og lingvistisk modne nok til direkte intervensjon, kan man benytte LØFT med foreldrene som en indirekte tilnærming (Nicholas, s. 210). Når man jobber med barn som stammer og har med foreldrene, vil begge kunne dra nytte av å nyansere fremskrittene slik at det ikke kun dreier seg om flyt/ikke-flyt, men kommunikasjonssituasjoner i et bredere perspektiv der også andre faktorer spiller en rolle (Nicholas, 2012).

Hovedprinsipper innen LØFT

Bevisst og målrettet bruk av spørsmål, og dialog mellom klient og terapeut, er en forutsetning for at endring skal kunne skje innen LØFT.

Klientens premisser, iboende ressurser og fremdrift: I følge de Shazer selv (de Shazer, 1985, s. 6) er nøkkelen til LØFT: «Utilizing what the client brings with him to meet his needs in such a way that the client can make a satisfactory life for himself», og to grunnpilarer er fremtidsretting og målorientering (de Shazer et al., 2007, s. 1). Ved bruk av LØFT søker man å få frem og aktivt ta i bruk klientens iboende ressurser for å finne løsninger, nå mål og gi klienten en bedre hverdag. Det er her viktig at klienten legger premissene for arbeidet og målene som settes. Samtidig har terapeuten en viktig rolle som lytter og observatør når klienten formidler eksempler fra sin hverdag. Dette for å kunne trekke frem ressurser som klienten ikke nødvendigvis ser selv, tillegger betydning, eller ser kan ha overføringsverdi. Eksemplet med Henning i avsnittet nedenfor er også en illustrasjon på bruk av allerede iboende ressurser.

Unntak, gjentakelser, små skritt: Selv om LØFT hovedsakelig er fremtidsrettet, går man tilbake i tid for å finne unntak der klienten har opplevd å lykkes og der problemet ikke ble et hinder. Dette for så å kunne bygge videre på unntakene og finne måter å gjenta dem på. Identifisering av unntak er sentralt innen LØFT. Alle som stammer vil i større eller mindre grad oppleve unntak ved at de har flyt i talen, eller at de kan snakke trygt selv når det oppstår stamming. En nærmere utforskning av og bevisstgjøring på disse øyeblikkene vil bidra til at de kan utnytte tidligere «suksess» for å øke selvtilliten i situasjoner der de ofte har negative erfaringer med stamming (Nicholas, 2012). Om man bare finner små glimt, blir de likevel til viktige små skritt videre når klienten bevisst tar disse erfaringene i bruk. Til sammen vil de små skrittene kunne skape betydelige endringer i hverdagen.

Eksempel:

I samtalene med Henning om arbeidet hans, kom det frem at han ved muntlige presentasjoner var dyktig til å formidle kunnskap og erfaringer. Han gjorde dette på en ekte, engasjerende og personlig måte og trivdes stort sett med slike oppdrag. Han hadde fått konkrete, positive tilbakemeldinger fra publikum. Selv kjente han også at han kunne blomstre i slike sammenhenger, og trodde nok innerst inne at han hadde noe å bidra med. Det han derimot måtte jobbe med var å ikke dømme prestasjonen ut fra tilfellene av opplevd stamming og hans selvkritiske holdning som mente at han burde ha et mer akademisk språk. Med et utenfrablakk kunne han se at dette var en ressurs hos ham, og at det kunne betegnes som et unntak han kunne bygge videre på. Henning hadde blitt presentert for modellen form, innhold og bruk av Bloom og Lahey (1978) og KOSAR-modellen (kropp, ord, stemme, artikulasjon og rytme) til Karlstad (1993). Disse bidro til å gi ham begreper for å omtale hans opplevelser av å være en kommunikasjonspartner og formidler av budskap, som igjen ga ham et mer nyansert perspektiv på stamming og tale generelt. Blant annet fikk dimensjonen 'innhold' en plass som den ikke hadde hatt før, og en betydning til hans fordel. Bevisstgjøring på unntak og synliggjøring av mindre komponenter, ble en innfallsport til flere gjentakelser av erfaring med å lykkes, og med mindre, overkommelige skritt.

Mirakelspørsmålet: Ved å utforske hva som ville være annerledes i hverdagen til klienten hvis problemet var løst, kan man få et utgangspunkt for å finne løsninger. Arbeidsretningen blir dermed motsatt av hva som ofte kan være tilfelle: man starter ikke med problemet for så å finne løsningen. I en slik motsatt prosess kan klienten oppdage at det ikke nødvendigvis er problemet i seg selv som ligger til grunn for det som oppleves problematisk. Dette vil igjen kunne gi håp, muligheter og handlingsrom. Denne tankegangen ligger til grunn for bruken av mirakelspørsmålet, som er et kjenne-merke for LØFT. De Shazer betegner det som avgjørende å inkludere spørsmålet: «Hvordan vil du vite at problemet er løst?» (de Shazer 1985, s. 94) for å kunne finne frem til vellykkede løsninger. Selve begrepet mirakel kan muligens virke fremmed for både klient og terapeut, men spørsmålet kan like gjerne omtales som et realitetsspørsmål (de Shazer et al., 2007,

s. 39). Klienten og terapeuten foretar sin søken etter tegn på at miraklet har skjedd og at problemene er borte i klientens virkelige hverdag. Unntak som er identifisert vil her kunne komme frem. Dette danner igjen et grunnlag for å sette opp mål for det videre arbeidet.

Mål og skalering: Å sette mål for behandlingen er en forutsetning for å kunne følge opp klienten videre. Dette blir mål på om behandlingen lykkes eller ikke. I målene ligger det også en forventning om endring i hverdagen (de Shazer 1985). For hvert mål som formuleres lager man en skala fra 0–10. Målene kan settes opp via mirakelspørsmålet eller uavhengig av dette (de Shazer et al., 2007, s. 6–7).

Eksempel:

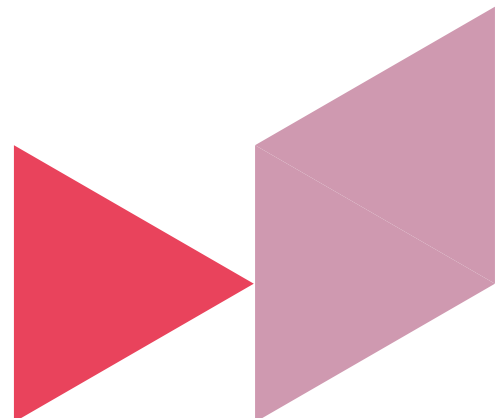
Da Henning oppsøkte logoped for første gang var han fylt 50. Han hadde stammet siden han var liten, men med noen opphold. I slutten av førtiårene hadde han opplevd at stammingen hadde kommet tilbake med forlengelser, blokkeringer og sekundæratferd. Han var skuffet og redd. Når han var sammen med familien gikk det greit hvis det oppsto stamming. Det som ble vanskelig var å fungere sosialt og i jobbsammenheng, og Henning kom frem til at han ønsket hjelp.

Tre måneder etter det første møtet introduserte logopeden skaleringsøvelsen og formulering av mål. Henning ble da bedt om å vise hvor han befant seg på skalaen fra 0–10 med hensyn til stammingen som et problem. Han plasserte seg da på skåre 7, noe som nok gjenspeilte at han allerede hadde igangsatt prosessen med rydding i tanker og erfaringer, og identifisering av kjernestamming. Han opplevde at stammingen ikke overskygget alt. På spørsmål om hvor han ønsket å være svarte han skåre 10, men at 8 ville være godt nok. Dette handlet blant annet om at han i utgangspunktet hadde hatt høye idealer, og etter hvert ble usikker på om han egentlig ville strebe etter å nå disse. Han ønsket å være seg selv og autentisk, og det opprinnelige idealet kunne da bli fremmed. For å vite at han hadde nådd skåre 8, kom Henning frem til at det helt konkret ville innebære å utgi en bok (noe han ønsket), som blant annet ville føre til at han måtte fremme og eksponere seg selv. Skåre 8 ville også bety større trygghet; å kunne gjøre det han ønsket å gjøre; oppleve

respekt i jobbsammenheng og at irritasjonen over stammingen ble borte. Dette ville gi ham et mer harmonisk liv. Videre jobbing med kjernestammingen, ved å bli enda bedre kjent med den og aktuelle teknikker, sammen med økt kunnskap om og trening på presentasjonsteknikker, ville kunne få ham høyere opp på skalaen.

Ved andre gjennomgang av skaleringen et års tid senere, plasserte Henning seg på skåre 7,5. Han hadde ikke sett på den første besvarelsen i forkant. Han skrev selv at det å delta i møter med logopeden hadde hjulpet ham med å komme så langt, samt at han mente at alder og modning også bidro til dette. Han ønsket nå å komme opp på skåre 8 på skalaen, og det ville være godt nok. Da ville han delta mer i offisielle sammenhenger, noe han ønsket og som var viktig for ham. Han ville vite at han var kommet dit hvis han ikke lenger var flau etter et foredrag, og kunne vektlegge at han hadde gjennomført foredraget og følte at det innholdsmessig ga mening. Dette tenkte han var oppnåelig. Det som gjensto var å øve på konkrete, praktiske strategier, og kunne bruke disse som forberedelse og planlegging av presentasjoner. Slik ville han oppnå trygghet og det ville bidra til et mer harmonisk liv.

Problemene og bekymringene som klienten opplever må tas på alvor. LØFT går ikke ut på å bagatellisere eller overse grunnene til at en person oppsøker hjelp (Nicholas, 2012). Hvis klienten har behov for å snakke om problemer, som eksempelvis Henning hadde, er prinsippet i LØFT at det da blir terapeutens oppgave å lytte, ta tak i det klienten sier, og stille spørsmål som oppmuntrer til å snakke om endringer og løsninger heller enn problemer (de Shazer 1988). Mål og skalering, slik som i eksemplet ovenfor, kan være et nyttig redskap i den videre arbeidsprosessen.



Evidens

Det foreligger ulik mengde forskning på effekten av de ulike tilnærmingene, og større kvantitative studier har vi kun funnet for KAT. Det er nærliggende at KAT, som er velkjent innen behandling for angst og har en lang historikk, har flest studier.

KAT

Bruk av KAT i stammebehandlingen har vært omtalt og forsket på i noen tiår og resultatene viser signifikant bedring med hensyn til unngåelsesatferd, sosial angst og generell fungering (Iverach & Rapee, 2014, s. 76). I de senere årene har man sett på KAT utført både av klinikere og via internettbaserte programmer for voksne og ungdommer som stammer (Iverach & Rapee, 2014; Menzies, O'Brian, Lowe, Packman & Onslow, 2016).

En signifikant reduksjon av angst; unngåelsesatferd; unyttige tanker om stamming og frykt for andres evaluering av seg selv ble funnet hos 49 voksne som stammet etter å ha gjennomført en internettbasert og tilpasset versjon av KAT (Menzies et al., 2016, s 41). Begrensninger som forskerne selv påpeker er mangel på en kontrollgruppe, logoped som har kartlagt og bekreftet stammingen og mål på langtidseffekt av programmet. Etter behandling med KAT og flytskapende trening for ti voksne personer som stammet, av 30 personer totalt i samme studie, og som var diagnostisert med sosial angst, viste en kartlegging at de ikke lenger hadde angstdiagnosen 12 måneder etter gjennomføringen (Menzies, et al., 2008, s. 1461). Det ble i samme studie målt generelt økt deltakelse i hverdags-situasjoner, mindre angst og unngåelse, og en reduksjon av unyttige tanker om seg selv hos 15 av deltakerne. Resultatene var tydelige på at KAT ikke hadde noen innvirkning på stammefrekvensen verken hos de med eller de uten sosial fobi, men forfatterne kan ikke vise til forskningsmessige forklaringer på dette. Blant de 15 deltakerne i samme studie som kun fikk flytskapende trening, tilsa resultatene at trening med taleteknikker alene ikke hadde noen innvirkning på den sosiale angsten, som gjaldt åtte av disse 15 deltakerne (Menzies et al., 2008, s. 1462). Forskerne antyder at flytskapende trening alene ikke er nok som behandling for å ivareta hele personen som stammer. Studien har imidlertid ikke undersøkt effekten av stammemodifiserende trening, som blant annet innebærer desensitivisering og kan føre til fryktreduksjon og opplevelse av økt kontroll. Dette kan igjen få innvirkning på unngåelsesatferd og sosial deltakelse.

En reduksjon av stammefrekvens og frykt for negativ evaluering ble funnet etter gruppeterapi der man brukte elementer fra KAT i kombinasjon med flytskapende og stammemodifiserende trening, samt arbeid med kommunikasjonsferdigheter (Fry, Millard & Botterill, 2014). Gruppen besto av tre ungdommer på 17–18 år som fulgte to uker med intensiv behandling, etterfulgt av en konsolideringsfase og til slutt en oppfølgingsfase. Studien har begrensninger, men forskerne foreslår at resultatet støtter bruk av KAT og tiltak for sosial angst i stammebehandling.

Det foreligger en fersk studie om eksponeringsterapi i forbindelse med sosial angst hos mennesker med stamming. Scheurich et al. (2019) gjorde et forsøk med seks voksne som hadde angst for å snakke i forsamlinger. De måtte presentere seg selv; lese tekst med fryktede lyder og ord; svare på spørsmål og bli utsatt for avbrytelser fra tilhørerne flere ganger i hver økt. I løpet av ti ganger var angsten for å snakke foran en gruppe betydelig redusert, men man registrerte ingen reduksjon av stammefrekvens.

ACT

En australsk effektstudie av ACT benyttet blant 20 voksne personer som stammet, viste statistisk signifikante endringer i positiv retning for mål innen kategoriene psykososial fungering; parathet for behandling og endring; bruk av mindfulness med tanke på at man evner å være i nåsituasjonen, og mental fleksibilitet slik den kan vise seg i synet man har på seg selv, håndtering av tanker og inntrykk og hvordan man prioriterer sine verdier (Beilby, Byrnes & Yaruss, 2012). I løpet av behandlingen over åtte uker identifiserte deltakerne blant annet ulike former for unngåelsesatferd og brukte strategier fra ACT for å redusere denne atferden. I tråd med kjerneprinsippene i ACT var det også fokus på verdier i behandlingen. Tilbakemeldinger fra deltakerne tilsa at de opplevde at endringene som skjedde var meningsfulle i dagliglivet. I tillegg til ACT, fikk deltakerne oppfølging med talemодifiserende trening med mål om økt flyt. Resultatet etter behandlingen viste her en signifikant bedring. Forskerne påpeker at det kan virke som et paradoks at man bruker et program der deltakerne både jobber med modifisering av flytbrudd og aksept av nettopp disse vanskene. Tidligere har noen praktikere diskutert aksept i motsetning til modifiseringsarbeid. Denne studien tyder imidlertid på at disse kan utfylle hverandre i en behandling, og at de ikke er motsetninger (Beilby et al. 2012). Det er også noe vi erfarer i vår kliniske praksis. Så langt er dette den ene studien vi har funnet om effekt av ACT hos personer med stamming.

Narrativ terapi

Når det gjelder narrativ terapi finner man få effektstudier. Robjant og Fazel (2010) gikk gjennom noen studier der man brukte narrativ terapi overfor personer med posttraumatiske lidelser. Disse så ut til å ha god effekt av denne behandlingsformen. Lopes et al. (2014) foretok en sammenlikning av kognitiv terapi vs. narrativ terapi. Av et utvalg på 63 personer med moderat depresjon, fikk den ene halvparten narrativ terapi og den andre halvparten kognitiv terapi. Begge terapiformene viste seg å ha positiv effekt, med likt resultat (Lopes et al., 2014). I tillegg til dette finner en i faglitteraturen kvalitative kasusbeskrivelser for eksempel hos Holmgren (2010). Hun beskriver detaljert narrativ terapi i praksis, og klienter gir uttrykk for at de opplever prosessen i denne terapiformen som nyttig.

LØFT

Som vist i avsnittet om LØFT tidligere i denne artikkelen, finnes det dokumentasjon på at LØFT benyttes som tilnærming for stamming. Imidlertid har vi ikke funnet studier som viser forskningsresultater for effekten av denne tilnærmingen spesifikt for stamming. Vi viser derfor til undersøkelser som gir innblikk i effekten LØFT kan ha for andre vansker. En reduksjon av angst, lav selvtillit og depresjon er funnet i flere studier av LØFT brukt med barn og unge med moderat grad av slike vansker (Bond, Woods, Humphrey, Symes & Green, 2013). En av studiene som Bond et al. (2013) viser til, handler om økt mestringsevne hos sosialt tilbaketrukne elever i alderen 12–13 år (Kvarme et al., 2010, s. 2).

Innen psykiske vansker hos barn så man signifikant bedre selvtillit; mestringsevne; forbedring på måloppnåelse; mindre bekymring og en nedgang i intensitet på uønskede følelser i en systematisk oversiktsstudie av effekt av LØFT (Gingerich & Peterson, 2013, s. 280). Dette gjaldt seks studier i undersøkelsen. Totalt sett i denne kategorien viste 12 av 13 studier positive tendenser eller statistisk signifikante endringer, og forfatterne betegner dette som en lovende evidens for effekt av LØFT hos barn (s. 271). I kategorien mental helse hos voksne viste fem studier en signifikant effekt av LØFT for depresjon (s. 273). I sammenlikningene som ble gjort med andre terapiformer var LØFT like god eller bedre. De beste resultatene ser ut til å gjelde studier der gjennomføringen av LØFT er mest mulig metodetro (s. 280). Noen resultater kan tyde på at LØFT krever kortere behandlingstid enn andre tilnærminger, men resultatene er ikke signifikante (s. 280).

Med tanke på tilfeller der man ser behov for tiltak for foreldre til barn som stammer, nevner vi her en kvalitativ studie som viser at mødre til barn med psykisk utviklingshemming etter én time med LØFT, blant annet opplevde at samtalen førte til tanker om å gjøre det beste ut av den nåværende situasjonen (Lloyd & Dallos, 2008). Dette handlet om å akseptere forhold som var utenfor deres kontroll, og heller bruke kreftene på å komme seg videre. Refleksjon over hva de hadde oppnådd så langt og at de evnet å skape positive endringer, ga mødrene en følelse av mestring og egenverdi. I intervjuene med dem kom det også frem at kun det å sette av tid til refleksjon var nyttig fordi ting som skjedde i hverdagen ellers bare passerte og forsvant, uten at de fikk tatt stilling til eller analysert det som skjedde. Mødrene satte pris på samarbeidet med terapeuten fordi det ga dem et eierforhold til planene videre, der de selv var aktører. Noe de savnet var ekspertråd og forslag fra terapeuten. Selv om LØFT vektlegger at klienten selv er ekspert, foreslår Lloyd & Dallos (2008) at man i en senere fase av oppfølgingen integrerer terapeutens ekspertise med klientens kunnskaper. De viser til forskning som tyder på at vellykket LØFT-terapi karakteriseres av en lengre fase der terapeuten er lyttende, etterfulgt av en kort slutfase der terapeuten i større grad tar ordet (s. 23).



Diskusjon forskning

Randomiserte kontrollstudier (RCT) er omtalt som selve «gullstandarden» innen forskning og er en generell kvalitetssikring. I slike studier deler man et utvalg med en bestemt lidelse inn i to grupper som er tilfeldig valgt. Den ene gruppa får behandling etter en bestemt metode, for eksempel KAT. Den andre gruppa får den formen for behandling som man ellers ville gitt. Mål for effekt i RCT-studier er ofte Cohens d. Selv om det finnes mest evidensbasert forskning på KAT, som viser at den er effektiv for sosial angst, tilsier ikke dette dermed at andre tilnæringsmåter ikke har effekt. En vanlig forskjell mellom forsøksgrupper er Cohens d 0,5, som tilsvarer en moderat forskjell. Dette resultatet viser at det er noen som har utbytte av tilnæringsmåten, men ikke alle. Med andre ord, resultatet gir ikke i utgangspunktet svar på hvilken person tilnærmingen passer til (Nordanger, 2018). På grunn av dette tenker vi at det ofte kan være relevant å prøve ut ulike tilnæringer i den logopediske rådgivningen.

I tillegg er styrken i den alliansen som oppstår mellom terapeut og klient avgjørende for hvor stor effekt behandlingen får (Plexico, Manning & DiLollo, 2010, Nordanger, 2018). Det er derfor ønskelig med mer forskning på relasjonen mellom terapeut/logoped og klient i terapirommet. I og med at mennesker er forskjellige, er det viktig at en som fagperson har kunnskap om ulike tilnæringsmåter. På denne måten kan en underveis i oppfølgingsprosessen endre kurs der det er nødvendig, og finne den tilnærmingen som passer best til hvert enkelt menneske. Eventuelt kan man kombinere ulike tilnæringer.



Oppsummering og diskusjon

Så vidt vi kan se bygger alle tilnæringsmåtene som er omtalt i denne artikkelen på humanistiske prinsipper. Lassen (2014) beskriver dette som en retning med fokus på menneskers iboende mulighet for vekst. Alle tilnæringsmåtene har som mål å hjelpe klienten til å endre en negativ forståelse og oppfatning av virkeligheten til en mer positiv og utvidet forståelse. Innenfor KAT kaller man dette kognitiv restrukturering og innenfor narrativ terapi bruker man uttrykket rekonstruksjon. Dette skjer blant annet gjennom bruk av åpne spørsmål og dialog mellom terapeut og klient. Innen LØFT søker man å finne frem til iboende ressurser hos klienten, og bygge på unntak der hun/han opplevde å lykkes. Innen ACT er målet å kunne følge sine verdier i hverdagen på tross av det som oppleves vanskelig, og ikke la nedsettende omtale og definisjoner av seg selv skape begrensninger. I alle tilnærmingene oppfordres klienten til å ta ansvar i prosessen og til å finne løsninger på hvordan en kan få det bedre.

Innledningsvis viste vi til at stamming ikke bare handler om en talevanske, men at vansken også ofte medfører unngåelse, sosial angst og et negativt selvbilde. Det er viktig at en logoped er bevisst sine begrensninger i den psykoterapeutiske rådgivningen. Tverrfaglig oppfølging, der for eksempel psykolog eller psykiater blir involvert, må vurderes. Dette er blant annet avhengig av hvor omfattende angstproblematikken er. Ofte (2008) refererer til studier der en ser skillet mellom trekkangst og tilstandsangst. Den førstnevnte angstformen er knyttet til personligheten og kommer mest sannsynlig inn under diagnosen generalisert angst i det medisinske diagnosesystemet ICD-10. Har personen generalisert angst må man i større grad vurdere en mer omfattende psykoterapi. Tilstandsangst er en type angst som er utløst av en spesifikk situasjon, for eksempel ubehagelige opplevelser med stamming som kan utløse sosial angst for å snakke i ulike sosiale settinger. Er unngåelse og angst knyttet direkte til stammingen, kan en logoped med god kompetanse etter vår mening være til hjelp under forutsetning av at logoped og klient allerede har etablert en trygg relasjon og en god allianse til hverandre. Hver enkelt logoped må vurdere hva som kan tilbys, både faglig og tidsmessig, og vi tenker det er viktig å ha en åpen dialog med klienten om dette. Det finnes videreutdanning i alle ovennevnte tilnærminger, og alle faggrupper med tre til seks års høgskoleutdanning i medisinsk, psykososialt og pedagogisk arbeid har mulighet til å følge slike videreutdanninger.

Litteraturliste:

- Ahmed, H. H., & Mohammed, H. O. (2018). Social anxiety disorders among stutterers: effects of different variants. *The Egyptian Journal of Otolaryngology*, 34(2), 155.
- Bannink, F. P. (2007). Solution-focused brief therapy. *Journal of contemporary psychotherapy*, 37(2), 87–94.
- Bavelas, J., De Jong, P., Franklin, C., Froerer, A., Gingerich, W., Kim, J., Korman, H., Langer, S., Lee, M. Y., McCollum, E. E., Smock Jordan, S. S. & Trepper, T. S. (2013). Solution focused therapy. Treatment manual for working with individuals. 2nd version. www.sfbta.org – lest 24.05.17
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press, New York.
- 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(4), 289–299
- Biggart, A., Cook, F., & Fry, J. (2006). *The role of parents in stuttering treatment from a cognitive behavioural therapy perspective*. Proceedings of the Fifth World Congress on Fluency Disorders, Dublin, Ireland, 25–28th July, 2006.
- Bloom, L. & Lahey, M. (1978). *Language development and language disorders*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Blumgart, E., Tran, Y., & Craig, A. (2010). Social anxiety disorder in adults who stutter. *Depression and Anxiety*, 27(7), 687–692.
- Boisen, I. & Hauge Hellingsøe, K. (2018). KAT og ACT I stammebehandlingen av unge og voksne. *Dansk audiologopædi*, 1/2018
- Bond, C., Woods, K., Humphrey, N., Symes, W., & Green, L. (2013). Practitioner review: The effectiveness of solution focused brief therapy with children and families: A systematic and critical evaluation of the literature from 1990–2010. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(7), 707–723.
- Børsting Jacobsen, H. (2019). Fra mus til menn. Utvikling av aksept- og forpliktelsesterapi. <https://psykologisk.no/2019/02/fra-mus-til-menn-utviklingen-av-aksept-og-forpliktelsesterapi/> – lest 03.04.19
- Craig, A., & Tran, Y. (2014). Trait and social anxiety in adults with chronic stuttering: Conclusions following meta-analysis. *Journal of fluency disorders*, 40, 35–43.
- De Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: WW Norton.

- De Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: WW Norton & Co.
- De Shazer, S., & Berg, I. K. (1997). 'What works?' Remarks on research aspects of solution-focused brief therapy. *Journal of Family therapy*, 19(2), 121–124.
- De Shazer, S., Dolan, Y., Korman, H., Trepper, T., McCollum, E. E., & Berg, I. K. (2007). *More than miracles. The state of the art of solution-focused brief therapy*. New York: Routledge.
- DiLollo, A., Neimeyer, R. A., & Manning, W. H. (2002). A personal construct psychology view of relapse: Indications for a narrative therapy component to stuttering treatment. *Journal of Fluency Disorders*, 27(1), 19–42.
- Dozois, D. J. & Beck, A. T., (2011). Cognitive therapy. I Herbert, J. D. og Forman, E. M. (Red.) *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies* (s. 26–56). New Jersey, USA: John Wiley & Sons, Inc. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9781118001851> – lest 02.05.18
- Fry, J., Millard, S., & Botterill, W. (2014). Effectiveness of intensive, group therapy for teenagers who stutter. *International journal of language & communication disorders*, 49(1), 113–126.
- Gingerich, W. J., & Peterson, L. T. (2013). Effectiveness of solution-focused brief therapy: A systematic qualitative review of controlled outcome studies. *Research on Social Work Practice*, 23(3), 266–283.
- Goldfried, M. R. (2011). Mindfulness and Acceptance in Cognitive Behavior Therapy: What's New? I Herbert, J. D. og Forman, E. M. (Red.) *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies* (s. 317–336). New Jersey, USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Gunn, A., Menzies, R. G., O'Brian, S., Onslow, M., Packman, A., Lowe, R., Iverach, L., Heard, R. & Block, S. (2014). Axis I anxiety and mental health disorders among stuttering adolescents. *Journal of Fluency Disorders*, 40, 58–68.
- Guttormsen, L. S., Kefalianos, E., & Næss, K. A. B. (2015). Communication attitudes in children who stutter: A meta-analytic review. *Journal of Fluency Disorders*, 46, 1–14.
- Harris, R. (2006). Embracing your demons: An overview of acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy in Australia*, 12(4), 70.

- Harrison, John C. (2011). Redefining stuttering: What the struggle to speak is really all about. A guide to recovery. <https://www.mnsu.edu/comdis/kuster/Infostuttering/Harrison/redefining-stuttering.pdf> – lest 17.04.18
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639–665.
- Hofmann, S. G., & Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 621.
- Hofmann, S. G., Asmundson, G. J., & Beck, A. T. (2013). The science of cognitive therapy. *Behavior therapy*, 44(2), 199–212.
- Holmgren, A. (2010) *Terapi- fortellinger*. Trondheim: Tapir akademiske forlag.
- Ingebrigtsen, A. (2019). Skjult stamming.
- Ingebrigtsen, A. (2011). *Narrativ praksis i stammebehandlingen av ungdom og voksne – eller narrative innslag i taletreningen*. Proceedings fra 2. nordiske konferanse om stammen og løbsk tale, Bergen, Norge.
- ICD-10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. Direktoratet for e-helse/Verdens helseorganisasjon.
- Iverach, L., & Rapee, R. M. (2014). Social anxiety disorder and stuttering: Current status and future directions. *Journal of fluency disorders*, 40, 69–82.
- Iverach, L., Jones, M., Lowe, R., O'Brian, S., Menzies, R. G., Packman, A., & Onslow, M. (2018). Comparison of adults who stutter with and without social anxiety disorder. *Journal of fluency disorders*, 56, 55–68.
- Iverach, L., Jones, M., McLellan, L. F., Lyneham, H. J., Menzies, R. G., Onslow, M., & Rapee, R. M. (2016). Prevalence of anxiety disorders among children who stutter. *Journal of fluency disorders*, 49, 13–28.
- Iverach, L., Rapee, R. M., Wong, Q. J., & Lowe, R. (2017). Maintenance of social anxiety in stuttering: a cognitive-behavioral model. *American journal of speech-language pathology*, 26(2), 540–556.
- Karlstad, Henning (1993): *Som sagt. Innføring i formidlingslære*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Kelman, E., & Wheeler, S. (2015). Cognitive Behaviour Therapy with children who stutter. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 193, 165–174.

- Killingdalen, K. (2008). Narrativer i behandling og terapi. *Norsk skolepsykologi nr. 10*
- Killingdalen, K. (2011). *Narrativer som veivisere. Bruk av narrative i terapi og behandling*. Proceedings frå 2. nordiske konferance om stammen og løbsk tale. Bergen, Norge.
- Kvarme, L. G., Helseth, S., Sørnum, R., Luth-Hansen, V., Haugland, S., & Natvig, G. K. (2010). The effect of a solution-focused approach to improve self-efficacy in socially withdrawn school children: A non-randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies, 47*(11), 1389–1396.
- Langevin, M., Packman, A., & Onslow, M. (2009). Peer responses to stuttering in the preschool setting. *American Journal of Speech-Language Pathology, 18*(3), 264–276.
- Lassen, L. (2014). *Rådgivning: kunsten å hjelpe og sikre vekst-fremmende prosesser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lloyd, H., & Dallos, R. (2008). First session solution-focused brief therapy with families who have a child with severe intellectual disabilities: mothers' experiences and views. *Journal of Family Therapy, 30*(1), 5–28.
- Lopes, R. T., Gonçalves, M. M., Machado, P. P., Sinai, D., Bento, T., & Salgado, J. (2014). Narrative Therapy vs. Cognitive-Behavioral Therapy for moderate depression: Empirical evidence from a controlled clinical trial. *Psychotherapy Research, 24*(6), 662–674.
- Lundby, G. (1998). *Historier og terapi: om narrativer, konstruksjonisme og nyskriving av historier*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Lundby, G. (2009). *Terapi som samarbeid: om narrativ praksis*. Oslo: Pax.
- Lundgren, T., Luoma, J. B., Dahl, J., Strosahl, K., & Melin, L. (2012). The bull's-eye values survey: a psychometric evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(4), 518–526.
- Menzies, R. G., O'Brian, S., Onslow, M., Packman, A., St Clare, T., & Block, S. (2008). An experimental clinical trial of a cognitive-behavior therapy package for chronic stuttering. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 51*(6), 1451–1464.
- Menzies, R. G., 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*(3), 187–200.

- 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.
- Murphy, W. P., Yaruss, J. S., & Quesal, R. W. (2007). Enhancing treatment for school-age children who stutter: I. Reducing negative reactions through desensitization and cognitive restructuring. *Journal of fluency disorders*, 32(2), 121–138.
- Nicholas, A. (2015). Solution focused brief therapy with children who stutter. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 193, 209–216.
- Nordanger, Ø. (2018) Relasjoner har en terapeutisk kraft. <https://psykologisk.no/2018/11/relasjonens-kraft-i-terapi/> – lest 23.01.19
- Ofte, S. H. (2008). *Selvbildet og taleflytvansker*. Proceedings fra 1ste Nordiske konferanse om stammen og løbsk tale. Dansk Videncenter for Stammen.
- Palasik, S., & Hannan, J. (2013). The clinical applications of acceptance and commitment therapy with clients who stutter. *Perspectives on Fluency and Fluency Disorders*, 23(2), 54–69.
- 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(4), 333–354.
- Raknes, S. (2010). *Psykologisk førstehjelp barn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Raknes, S. (2010). *Psykologisk førstehjelp ungdom*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Raknes, S. (2014). *Sint og glad i barnehagen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Robjant, K., & Fazel, M. (2010). The emerging evidence for narrative exposure therapy: A review. *Clinical psychology review*, 30(8), 1030–1039.
- Rustin, Lena, Frances Cook, Willie Botterill, Cherry Hughes og Elaien Kelman (2001): *Stammering. A Practical Guide for Teachers and Other Professionals*. London: David Fulton Publishers Ltd.
- Scheurich, J. A., Beidel, D. C., & Vanryckeghem, M. (2019). Exposure therapy for social anxiety disorder in people who stutter: An exploratory multiple baseline design. *Journal of fluency disorders*, 59, 21–32.
- Sheehan, Joseph G. (1970.) *STUTTERING: Research and Therapy*. New York: Harper and Row.

- SIKT: Hentet fra: <http://www.sikt.nu/>
- Solutionfocus: Hentet fra: <http://www.solutionfocus.se/start.php>
- Solution-Focused Brief Therapy Association: What is Solution-Focused Brief Therapy?
Hentet fra: http://www.solution-focusedbrieftherapy.com/about_sfbt.html
- Springer, J. (2012). Acceptance and commitment therapy: Part of the "Third Wave" in the behavioral tradition. *Journal of Mental Health Counseling*, 34(3), 205–212.
- Store medisinske leksikon: <https://sml.snl.no/eksponeringsbehandling> – lest 10.04.19
- Tran, Y., Blumgart, E., & Craig, A. (2011). Subjective distress associated with chronic stuttering. *Journal of fluency disorders*, 36(1), 17–26.
- Tran, Y., Blumgart, E., & Craig, A. (2018). Mood state sub-types in adults who stutter: A prospective study. *Journal of fluency disorders*, 56, 100–111.
- White. M. (2009). *Kart over narrativ praksis*. Oslo: Pax forlag
- White, M., White, M. K., Wijaya, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: WW Norton & Company.
- Wilson, K. G., Bordieri, M. J., Flynn, M. K., Lucas, N. N. & Slater, R. M. (2011). Understanding acceptance and commitment therapy in context. A history of similarities and differences with other cognitive behaviour therapies. I Herbert, J. D. & Forman, E. M. (Eds.) *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies* (s. 233–263). New Jersey, USA: John Wiley & Sons, Inc. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9781118001851>

