

Reduksjon av stamming

– en guide for behandlere og stammere som søker effektive metoder

Tor Jullumstrø

Hensikten med studien var å redegjøre for behandlingsmetoder som reduserer stamming. Det ble tatt utgangspunkt i tre oversiktsartikler som evaluerte ulike former for stammebehandling. Funn fra disse studiene viser at ”fluency shaping” metodene er de mest effektive i forhold til reduksjon av stamming. Dette innebærer at stammebehandling som er direkte knyttet til individets tale viser de beste effektene. Litteraturen viser at det er manglende kompetanse hos de som skal behandle stammere og at behandlingsfeltet bør prioritere målvalsarbeid og dokumentasjon av behandlingsresultater

Innledning

Stamming er funnet i alle kulturer og språk med sammenlignbare prevalenstill. I følge Mellon, Umar, Hanson, (1993) er prevalensen blant den voksne befolkningen 1%, mens den er mellom 5-10% hos barn. Stamming begynner i alderen mellom 2 og 6 år, og den forekommer 3-4 ganger så ofte hos hannkjønn som hos hunnkjønn (Andrews, Craig, Feyer, Hoddinott, Howie, & Neilson, 1983). I følge Wingate (1997) er det vanskelig å finne en objektiv og beskrivende definisjon av stamming, da definisjoner ofte inneholder antagelser om årsaksforhold. De diagnostiske kriteriene for stamming i DSM-III er ”hyppige repetisjoner eller forlengelser av lyder, stavelser, ord eller hyppige, uvanlige nølinger eller pauser som forstyrrer den rytmiske taleflyten” (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1980 s. 79).

Stamming kan i følge litteraturen forstås på ulike måter. Det kan betraktes som en motorisk forstyrrelse, nevrofysiologisk forstyrrelse, emosjonell forstyrrelse, forstyrrelse i talens nevromotoriske kontroll (Guitar, 1998), multifaktoriell forstyrrelse (Smith, 1999), atferdsforstyrrelse (Azrin & Nunn, 1974) eller taleforstyrrelse (Packman & Onslow, 1998). I den senere tid er det argumentert for en biologisk årsaksforklaring til stamming (Ingham & Cordes, 1997).

I tillegg utvikler stammere ofte artikulasjons- og språkvansker (Louko et al., 1990; Andrews et al. 1983). Man har også sett på fenomenet i et lærings-

teoretisk perspektiv der stamming antas å være lært atferd og kan endres ved å manipulere miljøbetingelsene (Curlee, 1993).

I historisk sammenheng har det i følge Siegel (1998) rådet ulike paradigmer og teorier knyttet til stammebehandling; for eksempel hjernedominansteorien, diagnosogen teori og teori ut fra operant atferdspsykologi. Felles for disse innfallsvinklene er at de tilbyr en årsaksforklaring med en type stammebehandling uten individuelle tilpasninger. Nyere teorier er gjerne mer nyanserte både i sin problemforståelse og behandlingsrasjonale. Stamming blir for eksempel sett på som et resultat av en nevro-motorisk talebrist og et sårbart temperament. Forholdet mellom disse to faktorene kan være forskjellig hos den enkelte stammer, og det argumenteres derfor for individuelle tilpasninger av behandlingen (Guitar, 1998). For den enkelte stammer kan man altså ikke forutsi hva som vil være den beste behandlingen. Det beste alternativet velges ut fra klientens symptomer og hvilke behandlingsalternativ som finnes. Verdigrunnlaget hos klienten vil også påvirke valg av behandling (Andrews et al., 1980). En kan derfor velge behandlinger som samsvarer med egne verdier og kulturelle normer for sosial påvirkning.

Effektiv behandling anses vanligvis som verdifullt av samfunnet, men effekt viser seg å være ett av flere momenter som avgjør om behandling er akseptabel for individet og for samfunnet. Metoder velges i like stor grad ut fra om de oppfattes som normale, lette å utføre og behagelige for alle parter (Holden, 1999). I følge Holden verdsetter mange behandling som er mer uklar og som knapt har noen påvisbar effekt.

Dette kan kanskje forklare den ulike praksisen som eksisterer i forhold til behandlings-tilnærminger. For den som søker hjelp for sitt stamme-problem kan dette oppleves forvirrende. Paauw (2000) poengterer at jo flere eksperter du spør, dess flere meninger får du. Dette er erfaringer jeg selv har hatt i møte med hjelpeapparatet. Som barn/ ungdom hadde jeg forventninger til at hjelpeapparatet hadde nødvendig kompetanse til å hjelpe meg mot en stammefri tale. Etter langvarig behandling i barne- og ungdomsårene mistet jeg gradvis motivasjon til å fortsette på grunn av en subjektiv opplevelse av manglende effekt. Det var ikke før i voksen alder at jeg fikk den hjelpen jeg trengte gjennom en intensiv stamme-behandling.

Mange stammere søker behandling for sitt problem. I følge Van Riper (1973) og Hovd (2002) vil problemer knyttet til kommunikasjon eller ønske om å kunne kommunisere på en mindre anstrengende måte, uten synlige avvik, være hovedårsaken til at stammere søker hjelp.

Ut fra mine egne positive erfaringer med en intensiv stammebehandling ønsker jeg å spre denne kunnskapen til andre stammere, behandlere, og andre interesserte. Hensikten med denne oppgaven er dermed å gi en oversikt over effektive behandlinger. Jeg velger å ta utgangspunkt i tre publiserte oversiktsartikler om effektive stammebehandling: Cordes, 1998; Andrews et al., 1983; og Andrews et al., 1980. Felles for disse artiklene er at de beskriver kriterier som må ligge til grunn for at stammebehandling defineres som effektiv og vurderer effekten av behandlingsmetodene på bakgrunn av disse kriteriene. Alle tre artiklene baserer seg på kvantitativ analyse.

Teori

Teorier og behandling av stamming har vært beskrevet langt tilbake i historien (Wingate, 1997; Van Riper, 1973). Aristotles beskrev i *Problemata* ulike former for talefeil. En av disse, *ischonophonos*, har blitt oversatt til det gamle greske ordet for stamming. Aristotles beskrev denne talefeilen som en manglende evne til å knytte en stavelse til en annen tilstrekkelig hurtig (Wingate, 1997). I forsøk på å kurere stamming har det i følge Van Riper (1973) vært prøvd akupunktur, elektrosjokk, mekaniske hjelpemidler for å bedre artikuleringen, hypnose, psykoanalyse, straff og forsterkningsprosedyrer og operante betingingsprosedyrer.

På 1800 tallet ble stamming i følge Wingate (1997) forstått som en feil i den anatomiske strukturen, og tungen ble antatt å være kilden til problemet. I håp om å rette på denne feilen ble det for eksempel utført kirurgiske inngrep i tunngemusklaturen. På 1900-tallet ble det i tillegg rettet fokus på selve taleprosessen. Det skjedde med andre ord en dreining mot å se på stamming som en forstyrrelse i den respiratoriske funksjonen. I Europa, først og fremst i Tyskland, ble det utviklet en såkalt klassisk øvingsbehandling som vektla pusteøvelser, ferdigheter i generell veltalenhet og rytme. Tidlig norsk logopedisk stammebehandling har i følge Preus (1999) sine røtter fra denne metoden som ble utviklet på 1800-1900 tallet. Fra slutten av 1950-tallet ble det i USA utviklet ulike metoder basert på prinsipper innen læringsteori: respons kontingent stimulering, for eksempel "time-out", "shaping" (dvs. en gradvis tilnærming til stammefri tale), og betinging av konkurrerende og/ eller uforenlig atferd (Curlee, 1993). Denne behandlingen hadde som mål å lære individet en atferd som var uforenlig med stamming, for eksempel regulert pusting (Azrin & Nunn, 1974). I tillegg til disse tre metodene ble det utviklet en behandling kalt "non-avoidance". Denne behandlingen hadde også sin forankring i læringsteori. Behandlingen fokuserte på at individet ikke skulle forsøke å unngå og stamme, men oppsøke situasjoner som ble assosiert med frykt. I følge Preus krevde dette en holdningsendring til stammingen og at individet aksepterte seg selv og stammingen. Denne behandlingsmetoden kom til å dominere norsk stammebehandling i 1970-1980 årene og ble i Norge omtalt som "akseptmetoden". I følge Preus ble mange behandlere forledet av denne betegnelsen til å tro at man skulle godta stammingen og at det var mindre viktig å gjøre noe med den.

De klassiske øvingsbehandlingene og "non-avoidance" metoden hadde mye til felles. Målet for begge var stammefri tale; å eliminere stamming og etablere flytende tale. Respons kontingent behandling, "shaping" og betinging av konkurrerende atferd slo ikke så lett gjennom i Norge. I følge Preus (1999) kan årsaken til dette ha vært at disse metodene ble assosiert med de klassiske øvingsbehandlingene som det ikke lenger var interesse for. På slutten av 1970-tallet svingte pendelen fra en læringsteoretisk posisjon til en eklektisk tilnærming (Preus, 1999). I tillegg til en reduksjon i stammingen måtte også følelser og holdninger til stamming bearbejdes. En eklektisk tilnærming er i dag rådende innen norsk stammebehandling.

I følge Wingate (1997) viser historien at ulike teoretikere har hatt stor innflytelse med hensyn til å validere ulike metoder for behandling. Denne valideringen

har i følge Wingate ofte vært lite begrunnet, men likevel vært rådende frem til i dag. I følge Wingate viser stamme-litteraturen at: stamming ikke forekommer under sang, den reduseres betraktelig med bruk av rytme, den forekommer i perioder, den har en arvelig faktor, den forkommer hyppigere hos menn enn hos kvinner, den er mest prevalent i barneårene, den forsvinner ofte spontant med alderen, og stamming kan forbedres gjennom trening. Ingen behandling basert på en antatt årsak har ført til kurering av stamming eller imponerende eller vedvarende resultater i stammebehandlingen (Wingate, 1997). Metoder som har vist seg å være mest effektiv har på en eller annen måte i følge Wingate hatt direkte effekt på selve taleprosessen:

”...benefit has most frequently resulted from treatment that has centered in attention to speech process” (s. 201). ”...the speech sequence, should be, after all, the principal focus of interest” (s. 204). ”...It is movement, the essence of flow--of fluency--that is disturbed in stuttering” (s. 208).

Denne kunnskapen har i følge Wingate blitt ignorert og glemt, spesielt etter at stamming på 1940-tallet ble antatt å være et psykologisk problem. Dette medførte at stammebehandling begynte å rette fokus på følelser og holdninger knyttet til stamming. I følge dette synet er stammerens lingvistiske system intakt; under overflaten har stammeren normale evner til å produsere språk. Behandlingen består i nøytralisere frykt, feiloppfatninger, dårlige vaner, etc. som antas å være årsaken til problemet. I følge Wingate kan historien vise at det ikke finnes bevis for å tro at stamming forekommer som et resultat av negative følelser. Det finnes heller ikke bevis for at den er lært, at den utvikler seg ut fra normal ”småbarnsstotring”, at stamming forekommer som en følge av krav om talepresentasjon, at stamming i tidlig alder gradvis blir verre med alderen, at foreldres involvering i problematikken har negativ effekt og at stamming kan forebygges.

Wingate (1997 s. 207) hevder på bakgrunn av historiske studier at stamming er:

”... a disorder of speech. More specifically, it is a disorder in the progression of speech. In this context it seems clear that “speech” should be taken to mean oral language expression, not its more circumscribed meaning of “motor performance””.

Stamming representerer altså i følge Wingate en prosessbrist i det vokale ekspressive språket. Denne posisjonen står i sterk kontrast til tradisjonen som anser stamming som en emosjonell forstyrrelse.

Innen stammebehandling er det vanlig å skille mellom to hovedtilnærminger (Preus, 1999; Guitar, 1998). Den ene blir omtalt som stammemodifisering eller ”stam mer flytende”. Denne tilnærmingen er basert på synet om at det er konstitusjonelle forskjeller hos stammere sammenlignet med ikke-stammere. Ut fra dette synet vil en person som stammer alltid være en stammer. En stammer kan derimot lære å stamme mer flytende, dvs. formen på stammingen vil endres og individet lærer å kontrollere problemet bedre. Hensikten med denne metoden er å lære stammeren å modifisere hver enkelt stammeepisode til lettere stamming. Reduksjon av unngåelsesatferd i forhold til ord/ situasjoner, følelser og holdninger knyttet til stammingen vektlegges på lik linje med selve

Reduksjon av stamming

stammingen (Van Riper, 1973). Denne behandlingen karakteriseres ved å ha en løs behandlingsstruktur. Behandlere innen denne tradisjonen vektlegger ikke innsamling og rapportering av objektive data, for eksempel frekvens av stamming før, under og etter behandlingen. De betrakter både deres og klientens beskrivelser og inntrykk som mer betydningsfull enn frekvens målinger av stamming (Cordes, 1998; Guitar, 1998). Målet med behandlingen varierer avhengig av personens alder og alvorligheten i stammingen. Når det gjelder behandling av barn er det vanlig å operere med mål som spontan taleflyt. I behandling av eldre stammere med et alvorligere symptombilde brukes ofte mål som kontrollert taleflyt eller akseptabel stamming (Guitar, 1998).

Den andre behandlingstilnærmingen kalles "fluency shaping" eller "snakk mer flytende".

Disse behandlingene har sine røtter fra operant betinging. "Operant betinging (også kalt instrumentell betinging) foreligger når stimuli som etterfølger bestemte atferdsformer endrer disse, slik at atferdsformene senere forekommer med økt eller minket sannsynlighet, eller med endret form" (Svartdal, 1994 s. 91). Behandlingen gjennomføres under strukturerte betingelser med direkte fokus på taleflyt (Guitar, 1998).

I følge denne tilnærmingen kan taleflyt læres og erstatte stamming. I begynnelsen anvendes ulike teknikker for å etablere kontrollert taleflyt. Deretter endres denne taleformen gradvis til tale som høres normal ut (Preus, 1987). Etter en etableringsfase overføres de nye ferdighetene til ulike situasjoner utenfor behandlingssituasjonen. I siste fase vektlegges opprettholdelse av de nye ferdighetene. Dette er en trinnvis tilnærming hvor innsamling og rapportering av objektive og reliable data vektlegges høyt. Målet med denne behandlingen er spontan- eller kontrollert taleflyt uavhengig av alder eller alvorlighet i stammingen.

Disse to tilnærmingene har ofte ulike behandlingsmål når det gjelder stammefri tale, vektlegging av følelser og holdninger, tiltak i forhold til opprettholdelse og kliniske metoder (Guitar, 1998). Både stammemodifisering og "fluency shaping" benytter læringsprinsipper i behandlingen, men på forskjellige måter. Den førstnevnte benytter læringsprinsipper til å endre hver enkelt stammeepisode til mindre alvorlig stamming, mens sistnevnte metode lærer klienten å bruke flytfremmende teknikker for å øke taleflyt, som for eksempel bruk av redusert talehastighet, endre på bruk av pust, forlenge første stavelse, og generell presentasjonsteknikk.

I litteraturen skilles det mellom studier som evaluerer behandlingseffekter og behandlings-resultater (Ingham, 2003; Thomas & Howell, 2001; Yaruss, 1998). Behandlingseffekt som begrep brukes når en behandling evalueres under optimale eller ideelle forhold. Disse studiene foretar en nøye utvelgning av subjekter og det er en presis kontroll med hvilke uavhengige variabler som skal testes for å avgjøre om og i hvilken grad de kan vise til endring.

Den andre måten er å evaluere resultatet av behandlingen. Dette er studier som klinikere har gjennomført under naturlige omstendigheter (Yaruss, 1998). I disse studiene fokuseres det på målinger eller graden av lettelse i funksjonshemming og handicap knyttet til behandlingen (Ingham, 2003). Begge former for forskning er i følge Ingham viktig, fordi de bidrar med vesentlig informasjon om fordelene ved en bestemt behandling.

Når klinikere eller forskere skal undersøke om en behandling er virksom, vil målinger være en viktig faktor. I studier der det er benyttet målinger av frekvens, talehastighet og tale-naturlighet, er disse målingene gjort gjentatte ganger før, under, og i ulike situasjoner etter behandling. I tillegg er det foretatt målinger i stammerens naturlige omgivelser. Hvis målet hos klienten er stammefri tale, eller minst mulig forekomst av stammeepisoder vil dette i følge Ingham være riktig valg av avhengig variabel. I følge Thomas & Howell (2001) bør man i tillegg inkludere andre mål på alvorligheten av problemet. Dette kan være for eksempel foreldres bekymringer, erting fra kamerater eller kollegaer og personens frustrasjoner.

I følge Guita (1998) er det stor forskjell blant klinikere når det gjelder evaluering eller dokumentasjon av behandling. Behandlere innen stammemodifiseringstradisjonen vektlegger ikke innsamling og rapportering av objektive data, for eksempel frekvens av stamming før, under og etter behandlingen. De betrakter både deres og klientens beskrivelser og inntrykk som mer betydningsfull enn frekvensmålinger av stamming. Dette er fra et vitenskapelig ståsted en problematisk posisjon å innta. Nøye dokumentasjon av behandlingsresultater viser om den enkelte behandling er effektiv i å hjelpe mennesker som stammer (Yaruss, 1998). Det er uttrykt kritikk til manglende eller fravær av nøye dokumentasjon i stammelitteraturen (Cordes & Ingham, 1998). I følge Baer (1990) ville forskning om stammebehandling blitt forbedret hvis klinikere først identifiserte klientens bekymringer knyttet til stammingen. Først når dette er gjort kan klinikeren identifisere hvilke variabler som blir gjenstand for endring.

Dette reiser også spørsmålet om hva som kan være en "meningsfylt" endring hos klienten. I følge Baer vil det være meningsfylt å endre den atferden som bidro til at klienten søkte profesjonell hjelp.

Til tross for tilgjengelig informasjon om stammebehandling er det i følge Andrews et al. (1980) mangel på kompetanse hos talepedagoger som skal behandle stammere. Dette mener forfatterne kan ha sammenheng med at stamming er sett på som en mystisk og problematisk lidelse som vanskelig lar seg behandle. Med dette utgangspunktet evaluerte Andrews et al. 42 artikler om stammebehandling med til sammen 756 stammere. Data fra disse enkeltstudiene ble samlet i en meta-analyse.

"Prolonged speech" og "gentle onset" ble vurdert som de beste behandlingsoptimalene. Deretter ble "regulated breathing approach" og holdningsskapende behandling rangert på de neste plassene. De tre førstnevnte metodene er "fluency shaping" behandlinger, mens den siste har en psykologisk tilnærming.

Et annet funn i studien tyder på at ca. 100 behandlingstimer ser ut til å ha gunstig effekt, dvs. hvis man finner en effektiv behandlingsteknikk kan det være lønnsomt å trene med klienten over tid.

Studien Andrews et al. (1983) er en oppfølging av Andrews et al. (1980). Ut fra et datamateriale på over 1500 forskningsartikler om stammebehandling ble det fokusert på replikerte behandlingsstudier. Denne studien har evaluert behandlinger for voksne stammere.

I studien ble det konkludert med at "prolonged speech" og "precision fluency shaping" hadde vist de beste behandlingsresultatene. Disse metodene tilhører en "fluency shaping" tradisjon.

Reduksjon av stamming

Funn fra studien tyder også på at en planlagt og disiplinert behandling er effektiv, dvs. tydelig definerte mål og trinn i behandlingen. I forhold til voksne stammere ser det ut til at behandlingstid er en avgjørende faktor i forhold til suksess.

I tillegg til disse funnene ble holdningsskapende behandling tilbakevist som anbefalt metode. Dette var på grunn av underrapportering av studier som ikke hadde vist gode effekter. Ut fra nyere publiserte studier om ”regulated breathing approach” var det i følge Andrews et al. (1983) mindre sannsynlig at denne behandlingen alene kunne føre til varige effekter.

Avslutningsvis konkluderer Andrews et al. med at det er grunn til bekymring når det gjelder behandleres pessimisme til effekten av stammebehandling. I følge Andrews et al. kan dette komme av at de som har behandlingsansvar ikke er oppdatert på fagfeltet, og at dette spesielt gjelder utdanningsinstitusjonene.

I studien til Cordes (1998) er det gjort en sammenligning mellom behandlinger som ofte anbefales i litteraturen med behandlinger som gjennom forskning har vist gode behandlingsresultater. I tillegg er det gjort rede for hvilke metoder som i følge forskningen har vist gode behandlingsresultater. Studien til Cordes brukte frekvens av stamming som den primære avhengige variabel. I denne oppsummeringen velger jeg å kalle de anbefalte behandlingene for gruppe 1, og metoder som gjennom forskning har vist gode behandlingsresultater gruppe 2.

Gruppe 1 bestod av 27 rapporter, studier og bokkapitler om stammebehandling. Gruppe 2 bestod av 81 artikler som var valgt ut etter bestemte forskningskriterier.

En viktig konklusjon i denne studien er at behandlingsmetoder i gruppe 1 ikke er de som har gjennomgått omfattende forskning, og at denne konklusjonen representerer en svakhet i litteraturen om stammebehandling. I tillegg viser det seg at de behandlingsmetodene som kan dokumentere effekter ikke blir anbefalt i den samme litteraturen. Cordes viser til at bare 2 av 27 studier i gruppe 1 var operante behandlingstilnærminger. Til sammenligning var 20 av de 81 studiene i gruppe 2 operante metoder. I gruppe 1 var det et fullstendig fravær av anbefalinger i bruk av ”regulated breathing approach” eller ”regulert pusteteknikk” for å fremme stammefri tale. Denne behandlingen var derimot en av de vanligste metodene i gruppe 2.

Gruppe 1 la i hovedsak vekt på de kognitive og emosjonelle aspektene ved stamming, mens den primære avhengige variabelen innen gruppe 2 var frekvens av stamming eller stammeepisoder. Konkret hadde 14 av de 27 undersøkte behandlingene i gruppe 1 vektlagt kognitiv eller kognitiv - emosjonell behandling, mens bare 10 av 81 i gruppe 2.

Et annet funn fra gruppe 1 var at desensitivisering og lignende kognitive prosedyrer var anbefalt som eneste behandlingsform selv om evalueringen av disse behandlingene ikke kunne vise til en reduksjon av stamming. I følge Cordes trenger ikke målet med disse behandlingene å være reduksjon i stammeepisoder. Ut fra en definisjon om reduksjon av stamming er dette likevel et eksempel på metoder som blir anbefalt selv om de er ineffektive.

Et vanlig mål på effekt er i følge Cordes om hyppigheten av ”synlige” stammeepisoder er redusert. Måling av frekvens var den hyppigst rapporterte

avhengige variabel i gruppe 2. I tillegg var det ofte brukt skalaer i forhold til alvorlighet av stamming og individuelle rapporteringer om hyppighet og alvorlighet. Gruppe 1 inkluderte diskusjoner om hyppighet av stamming og noen baserte resultatene ut fra kognitive mål.

Cordes evaluerte de ulike behandlingsmetodene fra gruppe 2. Denne analysen viste at GILCU ("gradual increase in length and complexity of utterance"), ELU ("extended length of utterance") og responskontingente behandlinger som for eksempel "time-out" og andre operante tilnæringer er de mest effektive. Alle disse metodene tilhører en "fluency shaping" tradisjon. GILCU og ELU ble vurdert som svært effektive.

Studien viste også at de ulike behandlingene innen gruppe 2 hadde noen felles elementer i seg: begynne behandlingen med en reduksjon i lengden på det som skal uttales, begynne behandlingen med redusert talehastighet, og endre på bruk av pust og taleteknikk.

Behandlinger som ble evaluert og funnet effektive var altså sjeldent nevnt i gruppe 1. I følge Cordes er dette svært uheldig fordi effektive behandlinger ignoreres eller blir undervurdert.

Studien til Cordes viser at det eksisterer et "gap" mellom kunnskap om effektive stammebehandlinger og praksis. Anbefalinger fra eksperter går ofte i retning av de kognitive og emosjonelle aspektene ved stamming, uten at det i dag finnes bevis for at disse behandlingselementene alene eller i kombinasjon med annen behandling bidrar til redusert stamming. Metoder som har vist seg effektive i forhold til reduksjon av stamming tar alle utgangspunkt i en atferdsanalytisk tilnærming. Innen stammelitteraturen omtales disse teknikkene som "fluency shaping". Disse teknikkene er i følge Andrews et al. (1980), Andrews et al. (1983) og Cordes (1998) de mest effektive metodene i forhold til reduksjon av stamming (Se tabell 1).

Tabell 1. Tabellen viser oversikt over evaluerte og effektive behandlinger. I kolonnen til høyre er det gjort en oppsummering av viktige behandlingselementer.

Effektive behandlingsalternativer	Viktige behandlingselementer
"Prolonged speech"	- Behandling over tid, ca. 100 timer (voksne stammere) - Planlagt og disiplinert behandling - Øke gradvis antall ord/ setninger som skal uttales - Redusere talehastighet i starten av behandlingen - Endre på bruk av pust og tale-teknikk.
"Gentle onset"	
"Precision fluency shaping"	
"GILCU" (Gradual increase in length and complexity of utterance)	
"ELU" (Extended length of utterance)	
Responskontingente behandlinger, som for eksempel "time-out"	
Andre Operante tilnæringer, for eksempel "regulated breathing approach"	

Diskusjon

I følge Van Riper (1973) vil det være ulike motiv for å søke hjelp for sitt stammeproblem, for eksempel å frigjøre seg fra sosial utilstrekkelighet, fjerne frykten fra ord eller situasjoner, øke selvfølelsen, minske frustrasjonen i kommunikasjon med andre, minske de synlige og hørbare avvik som følger forsøk på å snakke, bli bedre i stand til å søke jobb eller skaffe seg en bedre jobb, og gjøre

seg mer attraktiv overfor det motsatte kjønn. I følge van Riper vil ofte problemer knyttet til kommunikasjon eller ønske om å kunne kommunisere på en mindre anstrengende måte, uten synlige avvik, være hovedårsaken til at stammere søker hjelp. Baer (1990) hevder at en nøye identifisering av disse problemene forut for behandlingen vil være avgjørende for evaluering av behandlingssuksess, som i denne sammenheng har en bredere betydning enn spontan taleflyt, kontrollert stamming eller akseptabel stamming. Litteraturen om stammebehandling viser ofte at valg av mål bestemmes ut fra hvilken metode du velger, heller enn at målene skal bestemme metoden. Målvalg er i følge Yaruss & Quesal (1997-2004) en av de viktigste og mest oversette faktorene som vil påvirke suksess i stamme-behandling.

I epidemiologiske studier er individuell variasjon en av de tydeligste funnene blant stammere (Yairi, 1999). Det er ingen tvil om at mange klinikere har suksess i behandling av stammere, men ikke all behandling virker på samme måte hos hver enkelt stammer. Behandlere er i stand til å vurdere hva som fungerer og hva som ikke fungerer. Dette aktualiserer ytterligere viktigheten av en grundig målvalgsprosess.

I følge Martin & Pear (1999) er mål som endringsstrategi ansett for å være motiverende i seg selv. Mål er et middel til å forplikte seg til innsats og troskap som er nødvendig for å oppnå suksess; de gir mening og hjelper en til å holde fokus. Valg av mål er altså ikke kun viktig i forskningsøyemed, men kan tjene som motivasjon for stammeren som søker behandling.

Mange vil ha problemer med at data sier alt om effektene av behandling. Innen en eklektisk tradisjon til stammebehandling vil man i større grad vektlegge beskrivelser av behandlings-effektene som for eksempel formuleringer som ”tryggere i de fleste talesituasjoner” eller ”større selvtilit” (Cordes, 1998; Guitar, 1998). I følge Ingham (2003) har stammebehandling i høy grad vært preget av autoriteter innen fagfeltet som tror at god behandling kan introduseres ut fra en ”common sense” blanding av kunnskap om egenskaper ved forstyrrelsen og behandlere sin kliniske erfaring. Videre hevder han at en slik praksis ofte blir sannheter uten at noen stiller spørsmål om gyldigheten om hva som læres eller blir praktisert. Forskningen viser at de kognitive/ eklektiske tilnærmingene mangler dokumentasjon om behandlings-resultater, og at arbeidet med å dokumentere disse behandlingene bør prioriteres (Cordes, 1998). Selv om begrunnelsen for denne tilnærmingen synes fornuftig, er det manglende dokumentasjon som støtter dette (Yaruss, 1998). I følge Yaruss kan dette gjøres i en fem-trinns prosess: (1) detaljbeskrivelse av behandlingsprogrammet, (2) definere hva som menes med en vellykket behandling, (3) operasjonalisere behandlingsmålene for å fremme målinger, (4) måle resultatet av behandlingen, d.v.s. målinger før, under, og etter, (5) rapportere endringer, både positive og negative.

Stamming hos små barn kan i begynnelsen arte seg enkel (Starkweather, 1999); gjentakelser av ord og/ eller stavelser er de vanligste atferdene. På dette stadiet er det lite eller ingen tegn til anstrengelse og spenning knyttet til talemåten. Det er heller ingen tegn til at barnet reagerer på disse uregelmessighetene. Atferden begynner deretter å bli mer kompleks. Noen ganger skjer dette hurtig, noen ganger litt senere. Vanligvis er barnet mellom 18 måneder og 4 år når det viser typiske tegn til frustrasjon ved å forsøke og presse ut ordene. Kort tid

etter forekommer gjentakelsene og repetisjonene blir til taleavbrytelser. Det er ikke klart hvorfor avbrytelsene skjer. Man kan forestille seg at det både er nevrologiske og læringsmessige årsaker til dette. I følge Starkweather prøver kanskje barnet å forsere repetisjonene for å komme gjennom dem. Mange voksne stammere rapporterer en slik motivasjon. Denne beskrivelsen viser at stamming allerede i barneårene kan forstås som en kompleks forstyrrelse. Denne forståelsen virker enda mer logisk etter hvert som stammingen utvikler seg til en kronisk lidelse.

Det er derfor bred enighet blant mange forskere og klinikere om at stamming er en multifaktoriell forstyrrelse (Smith, 1999). På grunn av dette har det blitt argumentert for en eklektisk behandlingstilnærming til stamming. Den har sin forankring i et holistisk menneskesyn som anvender helheten som forklaringsprinsipp (Harrison, 2003; Murphy, 1999). I en eklektisk tilnærming til stammebehandling vektlegges, i tillegg til stammefri tale, de emosjonelle og kognitive reaksjonene knyttet til stamming. En eklektisk tilnærming består av kombinasjoner av prinsipper og metoder fra ulike teorier eller modeller. Tilnærmingen er basert på forståelsen om at ingen enkel teori eller modell er komplett og feilfri. Ved å innlemme komponenter fra ulike modeller kan man dekke eventuelle mangler som en enkelt teori kan ha. I følge Heward (2003) kan dette by på problemer. Ikke alle teorier og modeller kan sies å være pålitelige og verdifulle.

”The more models represented in the eclectic mix, the more likely it is that ineffective and possibly even harmful components will be included” (Heward, 2003 s. 18).

For det andre mener Heward at behandlere kan komme i fare for ikke å bruke de viktigste og mest effektive delene fra hver modell, isteden velges svakere og kanskje ineffektive komponenter.

Tilhengere av ”fluency shaping” behandling har i den senere tid argumentert for en evidensbasert stammebehandling (se for eksempel Ingham (2003); Finn (2003)). Evidensbasert behandling er et begrep som er lånt fra den medisinske forskning og praksis. I følge Gøtestam (2003) er dette behandling som er basert på vitenskapelig effektevaluering, gjennom kliniske vitenskapelige utprøvinger av metoden. Det grunnleggende synet er at behandlere burde stole på vel designet empirisk forskning når det skal velges behandlingsmetoder. I følge Preus (1987) har det medisinske synet vært å se på stamming som en slags sykdom eller plage som det er behandlerens jobb å helbrede. Dette kan skape forventninger om stammebehandling fra stammeren og samfunnet om en flytende, stammefri tale. De som står for et eklektisk behandlingssyn vil hevde at en type behandling kan være nyttig selv om den ikke har gjennomgått vitenskapelige effektevalueringer. Dette har blitt poengtert i ”Guidelines for practice in stuttering treatment” (American Speech-Language-Hearing Association, 1995, mars). Disse retningslinjene for ”god praksis” har vært kritisert fordi de har inkludert metoder som ikke har vært tilstrekkelig evaluert (Ingham, 2003). I følge Ingham er det behov for en kompetanseheving innen fagfeltet når det gjelder effektive behandlingsmetoder.

I følge Preus (1987 s. 99) er stammebehandling ”ethvert tiltak av faglig art som kan iverksettes for å fjerne, redusere eller modifisere stammingen”.

Litteraturen viser at man oppnår best virkning av en disiplinert og planlagt behandling, at den gjennomføres over tid, og at de som skal gjennomføre den har høy kompetanse. Fagpersoner opplever ofte utilstrekkelighet eller mangel på kompetanse når det gjelder stammebehandling (Andrews et al. 1980). På spørsmål om hvilke forstyrrelser talepedagoger foretrekker å behandle, rangeres stamming lavest (Yaruss & Quesal, 1997-2004). Undersøkelser tyder også på at talepedagoger opplever et ubehag i møte med alvorlige stammere (Finn, 2003).

I følge Preus (1999) er behandlingsmulighetene for stammere i Norge dårligere nå enn tidligere. Utdanningsinstitusjonene for logopeder har redusert både timetallet i teori og praksis betraktelig. Disse forholdene har i følge Preus medført manglende kompetanse og ressurser, og det etterlyses derfor bedre og mer effektive behandlinger innen det ordinære hjelpe-apparatet. Denne situasjonen har resultert i grobunn for andre behandlingstilbud som for eksempel "Freedoms road", også omtalt som McGuire metoden. Dette er en intensiv stammebehandling for voksne som har fått mye mediaomtale i den senere tiden. Logopeder fra Norge har vært skeptiske til kursene, spesielt i forhold til selve gjennomføringen eller formatet av kursene (Eriksen & Haugland, 2002; Wolff & Mørk, 1998).

I følge Conture (1999) kan begrepet forstyrrelse deles inn i tre nivåer. Det første, funksjons-nedsettelse, inkluderer årsakene til forstyrrelsen. Det andre nivået, funksjonshemmingen, er de observerbare symptomene ved forstyrrelsen. Det siste nivået er handicap; de ulike konsekvensene som forstyrrelsen medfører. I følge Conture blir behandlingsfeltet utfordret av samfunnet når det kommer til det å bevise at det man gjør har effekt, i det minste tilstrekkelig til å ha dekning for tjenesten. Samfunnet har også i økende grad forventninger knyttet til dokumentasjon om årsaker til stamming. Det har også i den senere tid blitt klart at stamming er mer enn bare stammingen i seg selv; den har en sosial og språklig dimensjon. Dette synet støttes av Van Riper (1973) da han argumenterer for viktigheten av å skille mellom stamming som atferd og som problem. I følge Conture (1999) står behandlingsfeltet overfor ulike utfordringer som å kunne vise at behandling virker, fremme teoredrevet kunnskap om årsaker, og forståelse om handicapet.

"...Finally, our research must address the effectiveness of our treatment, but even this must relate to notions of impairment. If, as some claim, therapy is always effective, why worry about impairment? The truth, however, is that our therapies are not always effective for all people who stutter under all circumstances at all times. And one of the reasons that our therapies are not always effective is that we still don't understand what causes a person to stutter. Rather, in therapy, we most often use what seems to work, at least for a while--but seldom are we really clear why something works" (Conture, 1999 s. 19).

I følge Wingate (1997) er det behov for en "reorientering" innen stammebehandling. Dette vil i følge Wingate kreve at behandlere får tilstrekkelig kompetanse med direkte fokus på selve taleprosessen. Behandlingsfeltet må også vise evne og villighet til å skrelle vekk grunnløse spekulasjoner og antagelser knyttet til behandling.

Konklusjon

Funn fra oversiktsartiklene viser at det finnes behandlingsmetoder som reduserer stamming uavhengig av alder hos individet og alvorlighet i symptom bildet. Funnene viser også at de mest effektive metodene tilhører en behandlingstradisjon som vektlegger nøye dokumentasjon og fokuserer direkte på selve taleprosessen. I en historisk sammenheng finner en også støtte for en behandlingstilnærming med direkte fokus på selve taleprosessen (Wingate, 1997). Disse metodene har blitt kritiserte for en ensidig fokusering av problemet; dvs. reduksjon av antall stammeepisoder (Preus, 1999). Behandlere som benytter disse metodene favoriserer bruk av behandlingsprinsipper innen anvendt atferdsanalyse (Curlee & Perkins, 1984). Atferdsorienterte behandlinger holder seg ofte kun til ”data”, og kan være forsiktig med å tolke andre effekter enn det er data for. Disse behandlingene anser slik dokumentasjon som viktig for å kunne evaluere individets utvikling (Holden, 1999). Som Holden påpeker kan summen av en slik strategi lett oppfattes som lite naturlig og helhetlig. De kan virke fremmede på personer som er mer vant med at litteraturen gir generelle beskrivelser av behandling. Det kan ha sammenheng med at anbefalte stammebehandlinger i større grad befatter seg med flere og mer generelle målsetninger (Cordes, 1998).

En grundig målvalgsprosess og behandlingsmetoder basert på dokumenterte effekter vil kunne kvalitetssikre behandlingstilbudet for stammere. Kanskje vil en reorientering kunne føre til en ny giv både innenfor utdanningsinstitusjonene og i klinikken.

Det finnes en mengde litteratur om stamming og stammebehandling. For den som ønsker å søke litteratur om disse emnene vil jeg, i tillegg til biblioteket, anbefale å lete i anerkjente tidsskrift, foreninger og andre kilder via internett. Du kan for eksempel finne alle artikler utgitt i *Journal of Fluency Disorders* (<http://www.sciencedirect.com/science/journal/0094730X>), forskning publisert av *American Speech-Language-Hearing Association* (<http://www.professional.asha.org/resources/journals/index.cfm>). Du kan også prøve andre søkekilder som *PubMed* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>) og *ISI Web of knowledge* (<http://www.isi3.isiknowledge.com/portal.cgi>).

Litteraturliste

- American Speech-Language-Hearing Association, (1995, Mars). Guidelines for practice in stuttering treatment. ASHA, 37 (Suppl. 14), s. 26-35.
- Andrews, G., Guitar, B., & Howie, P. (1980). Meta-analysis of the effects of stuttering treatment. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 45, 287-307.
- Andrews, G., Hoddinott, S., Craig, A., Howie, P., Feyer, A.M. & Neilson, M. (1983). Stuttering: a review of research findings and theories circa 1982. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 48, 226-246.
- Azrin, N.H. & Nunn, R.G. (1974). A rapid method of eliminating stuttering by a regulated breathing approach. *Behaviour Research and Therapy*, 12: 279-286.
- Baer, D.M. (1990). The critical issue in treatment efficacy is knowing why treat-

- ment was applied. I L.B. Olswang, C.K. Thompson, S.F. Warren & N.J. Minghetti (Eds.), *Treatment efficacy research in communication disorders* (s. 31-39). Rockville: MD.
- Conture, E.G. (1999). The best day to rethink our research agenda is between yesterday and tomorrow. I E.C. Healey & N.B. Ratner (Eds.), *Stuttering reasearch and practice: bridging the gap*. Lawrence Earlbaum Associates.
- Cordes, A.K. & Ingham, R.J. (1998). *Treatment efficacy for stuttering. A search for empirical bases*. Singular Publishing Group, Inc.
- Cordes, A.K. (1998). Part II. Treatment procedures and Outcome. Current status of the stuttering treatment literature. I A.K. Cordes & R.J. Ingham (Eds.), *Treatment efficacy for stuttering. A search for empirical bases*. Singular Publishing Group, Inc.
- Curlee, R.F. & Perkins, W.H. (1984). Preface. I R.F. Curlee & W.H. Perkins (Eds.), *Nature and treatment of stuttering: New directions*. San Diego: College-Hill Press.
- Curlee, R.F. (1993). The early history of the behavior modification of stuttering: from laboratory to clinic. *Journal of Fluency Disorders*, 18, 13-25.
- DSM-III. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association, 3rd. ed.
- Eriksen, Å.L. & Haugland, B. (2002). *Logopedier på McGuire-kurs*. Stamposten, Medlemsblad for norsk interesseforening for stamme, nr.1.
- Finn, P. (2003). Evidence-based treatment of stuttering: II. Clinical significance of behavioral stuttering treatments. *Journal of Fluency Disorders*, 28, 209-218.
- Gøtestam, K.G. (2003). *Angstlidelser: diagnostikk og behandling*. I S. Eikeseth og F. Svartdal (Eds.), *Anvendt atferdsanalyse. Teori og praksis*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Guitar, B. (1998). *Stuttering. An integrated approach to its nature and treatment*. 2nd ed. Lippincott Williams & Wilkins.
- Harrison, J.C. (2003). *How to conquer your fears of speaking before people*. The National Stuttering Association, 4071 E. La Palma Ave. Suite A, Anaheim, CA 92807.
- Heward, W.L. (2003). Ten faulty notions about teaching and learning that hinder the effectiveness of special education. *Journal of Special Education*, vol.: 36, 4.
- Holden, B. (1999). Kan atferdsanalyse oppnå forståelse og aksept?. *Diskriminanten. Tidsskrift for Norsk Atferdsanalytisk Forening*, 26, nr. 2.
- Hovd, T. (2002). *Det ble jo et annet liv på en mate. En studie av hvordan logopeden støtter voksne som stammer på veien mot mestring og livskvalitet. Hovedoppgave i spesial-pedagogikk*. Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet.
- Ingham, J.C. (2003). Evidence-based treatment of stuttering: I. Definition and application. *Journal of Fluency Disorders*, 28, 197-207.
- Ingham, R.J. & Cordes, A.K. (1997). Self-measurement and evaluating stuttering treatment efficacy. I R.F. Curlee & G.M. Siegel (Eds.), *Nature and treatment of stuttering: New directions*. 2nd ed., s. 413-438. Needham Heights: MA: Allyn & Bacon.

- Locke, E.A., & Latham, G.P. (1990). A theory of goal setting and task performance. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Louko, L.J., Edwards, M.L., & Conture, E.G. (1990). Phonological characteristics of young stutterers and their normally fluent peers: preliminary observations. *Journal of Fluency Disorders*, 15, 191-210.
- Marin, G., & Pear, J. (1999). Behavior modification. What it is and how to do it. 6th ed. Prentice-Hall, Upper Saddle River, New Jersey 07458.
- Mellon, C.D., Umar, F., & Hanson, M.L. (1993). Stuttering as a phenotype for behavioral genetics research. *American Journal of Medical Genetics*, 48, 179-183.
- Murphy, B. (1999). A preliminary look at shame, guilt, and stuttering. I E.C. Healey & N.B. Ratner (Eds.), *Stuttering research and practice: bridging the gap*. Lawrence Earlbaum Associates.
- Paauw, D.S. (2000). Did we learn evidence-based medicine in medical school? Some common medical mythology. I Geyman, J.P., Deyo, R.A., & Ramsey, S.D. (Eds.), *Evidence-based clinical practice: Concepts and approaches* (s. 13-19). Boston: Butterworth Heinemann.
- Packman, A. & Onslow, M. (1998). The behavioral data language of stuttering. I A.K. Cordes & R.J. Ingham (Eds.), *Treatment efficacy for stuttering. A search for empirical bases*. Singular Publishing Group, Inc.
- Preus, A. (1987). *Stamming og løpsk tale*. Universitetsforlaget AS.
- Preus, A. (1999). Norsk stammebehandling i historisk perspektiv. *Norsk Tidsskrift for Logopedi*, 4.
- Siegel, G.M. (1998). Stuttering: theory, research, and therapy. I A.K. Cordes & R.J. Ingham (Eds.), *Treatment efficacy for stuttering. A search for empirical bases*. Singular Publishing Group, Inc.
- Smith, A. (1999). Stuttering: a unified approach to a multifactorial, dynamic disorder. I E.C. Healey & N.B. Ratner (Eds.), *Stuttering research and practice: bridging the gap*. Lawrence Earlbaum Associates.
- Starkweather, C.W. (1999). The effectiveness of stuttering therapy: an issue for science?. I E.C. Healey & N.B. Ratner (Eds.), *Stuttering research and practice: bridging the gap*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Svartdal, F. (1994). *Begreper i læringspsykologi*. Sigma Forlag A.S.
- Thomas, C. & Howell, P. (2001). Assessing Efficacy of Stuttering Treatments. *Journal of Fluency Disorders*, 26, 311-333.
- Van Riper, C. (1973). *The treatment of stuttering*. Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs, New Jersey.
- Wingate, M.E. (1997). *Stuttering: A short history of a curious disorder*. Bergin & Garvey. Westport, CT.
- Wolff, B. & Mørk, M. (1998). Kort omtale av "Freedoms Road": et stammebehandlingsprogram for voksne. *Norsk tidsskrift for logopedi* 4/98, 212-215.
- Yairi, E. (1999). Where do variable findings in stuttering research come from?. I E.C. Healey & N.B. Ratner (Eds.), *Stuttering research and practice: bridging the gap*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Yaruss, J.S. & Quesal, R.W. (1997-2004). *The many faces of stuttering*. Iden-

Reduksjon av stamming

tifying appropriate treatment goals. American Speech-Language-Hearing Association.

Yaruss, J.S. (1998). Treatment outcomes in stuttering: finding value in clinical data. I.A.K. Cordes & R.J. Ingham (Eds.), *Treatment efficacy for stuttering. A search for empirical bases*. Singular Publishing Group, Inc.