

Projektrapport:

Datorbaserad talträning

för personer som

stammar

Helena Forne – Wästlund
2001

Internetpublicering 2010-12-14



© Copyright Helena Forne-Wästlund
och hjälpmedelsinstitutet, 2001
Text: Helena Forne-Wästlund, leg.
Logoped
Projektledare: Catarina Brun
Textredigering: Emma Hammarlund
Redaktör: Barbro Ahlbom
ISBN 91-88337-52-9
© pdf.version 2010.

Förord till den andra upplagan av rapporten i pdf-version

Idag, snart 10 år sedan rapporten utkom har den i stora delar fortfarande aktualitet. Detta då det fortfarande finns behov av att ge saklig information om behandlingsmetoden "Precision Fluency Shaping Program" (PFSP), både inom logopedutbildningarna och inom stamningsföreningarna. Det viktigaste är att kunna ge rätt information till hjälpsökande vuxna med stamningsproblem, och till föräldrar till stammande barn. Det är ju dem vi arbetar för i första hand. Att ge saklig information är ju vårt uppdrag, oavsett om vi arbetar på en logopedmottagning, på en utbildningsinstitution eller inom en förening, och oavsett våra personliga preferenser vad gäller stamningsbehandlingar. Rapporten vänder sig också till en intresserad allmänhet. Det är anledningarna till att rapporten nu ges ut i sin ursprungsversion, med fri åtkomst via nätet.

Rapporten beskriver hur talträningssmetoden PFSP introducerades till Sverige, en design där talträningen ges i kombination med en kognitiv beteendeterapeutisk inriktning, (KBT) i syfte att ge personen som stammar kraft att genomföra det förändringsarbete som krävs för att kunna få ett mer flytande tal. Det sker inom ramen för Comprehensivemetoden CSP (Comprehensive Stuttering Program).

PFSP/ CSP utgår från att stamning har biologiska/neurologiska orsaker, och att den nyckfullhet stamningen medför orsakar individuella problem. Syftet med talträningen är att ge verktyg för ett flytande tal och syftet med KBT-inriktningen att skapa en fast grund för beteende förändringen för att de som genomfört behandlingen ska kunna upprätthålla sitt flytande tal. Det flytande talet ska etableras till en naturlig vana, och förändringsprocessen tar olika tid för olika människor.

Skillnaden mellan denna behandlingsform och icke-undvikandeterapi (Stuttering modification) är främst att man i behandlingen väljer ett strukturerat arbetssätt, där man fokuserar på att ta itu med kärnan till problemet stamning, dvs oflytet i talet, istället för att lägga upp individuella behandlingsstrategier med frivillig stamning som gemensam nämnare.

Behandlingsmetoden PFSP/CSP har jag under de senaste fem åren arbetat med inom landstingens regi, först inom allmänlogopedi i Norrbotten och nu senast inom barn-och ungdomshabiliteringen i Värmland. Ofta har jag kunnat ge behandlingen som ren PFSP-talträning, som uppskattats av såväl skolbarn med enbart stamning som barn med stamning i kombination med neuropsykiatrisk problematik, utvecklingsstörning och rörelsehinder inom habiliteringen. Det har inte rönt några problem, då föräldrar vittnar om att behandlingen hjälper deras barn till ett mer flytande sätt att tala och ett mer harmoniskt liv med ökat självförtroende i kommunikationen med andra.

Redan för 10 år sedan hade datorprogrammet Dr Fluency passerat sitt bäst-före-datum. Idag ger jag datorträningssdelen genom ett eget utarbetat system, som fungerar utmärkt. PFSP-behandlingen kan också ges utan dator, med hjälp av stoppuret. Om intresse finns, ger jag både föreläsningar och handledning inom metodiken. Både inom logopedprogrammen och i rollen som klinisk handledare inom logopedutbildningarna i Göteborg och Linköping.

Diskussionerna kring ICIDH/WHO som förs i rapporten är idag kuriosa, då ICF nu är etablerat som instrument inom all vård och omsorg.

Klara i Karlstad den 14 december 2010

Helena Forne-Wästlund, författare
leg. logoped och doktorand.

Datorbaserad talträning för personer som stammar

Med riktad, intensiv och strukturerad behandling går det att förbättra en stammande persons tal. Detta leder till ökat välbefinnande och höjd livskvalitet.

Detta är slutsatsen av ett projekt som genomförts av Hjälpmedelsinstitutet och Sveriges Stamningsföreningars Riksförbund (SSR). Med medel från Allmänna arvsfonden har ett behandlingssystem, som bygger på behandlingsformen "Precision Fluency Shaping Program" (PFSP) från USA, utvärderats. Förhoppningen är att systemet ska kunna introduceras i Sverige. För utvärderingen anlätades logoped Helena Forne-Wästlund som har ett mångårigt intresse för hjälpmedel och klinisk metodutveckling av talträning för personer som stammar.

Genom att här publicera Helena Forne- Wästlunds projektrapport vill Hjälpmedelsinstitutet sprida kunskap om denna behandlingsmetod. Vi hoppas att rapporten kommer att medverka till ökad kompetens inom området stamning.

Hjälpmedelsinstitutet

Hjälpmedelsinstitutet är ett nationellt kunskapscentrum inom området hjälpmedel och tillgänglighet för människor med funktionsnedsättning.

Vi arbetar för full delaktighet och jämlikhet för människor med funktionsnedsättning genom bra hjälpmedel och ett tillgängligt samhälle. Institutet stimulerar forskning och utveckling, provar nya hjälpmedel, medverkar till kunskaps- och metodutveckling, informerar och utbildar.

Hjälpmedelsinstitutets huvudmän är staten, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet.



Hjälpmedelsinstitutet
Box 510, 162 15 Vällingby
Tfn: 08-620 17 00
www.hi.se

HJÄLPMEDELSINSTITUTETS FÖRORD

Under början av 1990-talet växte intresset starkt bland handikapporganisationerna för hur informationsteknik och datorstöd kan minska handikapp av olika slag. Hjälpmedelsinstitutet anordnade ett antal seminarier för brukarorganisationer inom området tal-och språksvårigheter. Ombudsman Annika Willfors från Sveriges Stamningsföreningars riksförbund (SSR) presenterade då programvaran Hollins Fluency System från USA. Förbundet ville få programmet prövat i Sverige.

Ett planeringsarbete inleddes i vilket Helena Forne-Wästlund, logoped med mångårigt intresse för utveckling av talträning och hjälpmedel, medverkade. Resultatet blev en gemensam projektansökan till Allmänna arvsfonden från Hjälpmedelsinstitutet och SSR. Medel beviljades och Helena Forne-Wästlund anlätades för genomförandet. Projektet fick namnet "Datorbaserad talträning för personer som stammar" och omfattade två år.

Projektet inriktades på ett datoriserat israeliskt behandlingssystem som bygger på den amerikanska programvaran och metodik för talträning. Syftet var att göra en ordentlig utvärdering och introduktion av behandlingssystemet i Sverige.

Projektet har visat att det med riktad, intensiv och strukturerad behandling går att förbättra en stammande persons tal. Detta leder till ökat välbefinnande och höjd livskvalitet.

Genom att publicera Helena Forne-Wästlunds projektrapport vill Hjälpmedelsinstitutet sprida kunskap om denna behandlingsmetod.

Vällingby augusti 2001
HJÄLPMEDELSINSTITUTET

Stig Becker
Avdelningschef

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1.	KORT SAMMANFATTNING AV HELA RAPPORTEN.....	1
2.	FÖRFATTARENS FÖRORD.....	2
3.	SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....	3
4.	BAKGRUND.....	4
5.	MIN BAKGRUND TILL PROJEKTET – NYFIKENHETENS REDSKAP.....	6
6.	TEORIGENOMGÅNG.....	10
6.1	DEFINITION AV STAMNING ENLIGT WHO.....	10
6.2	FORSKNINGSLÄGET ÅR 1982.....	12
6.3	BEHANDLINGSMETODEN COMPREHENSIVE STUTTERING PROGRAM (CSP) OCH DESS NYARE FORSKNING.....	21
6.4	UTVÄRDERING OCH FORSKNING INOM ICKE-UNDTVIKANDETERAPI.....	28
6.5	SAMMANFATTNING AV KAPITEL 6.....	36
7.	BESKRIVNING AV PROJEKTET	37
7.1	PROGRAMVARAN DR FLUENCY.....	37
7.2	KRITERIER FÖR ATT HA NYTTA AV DR FLUENCYPROGRAMMET.....	39
7.3	ÖVERSÄTTNING OCH ANPASSNING AV PROGRAMVARAN DR FLUENCY.....	40
7.4	SÖKANDE EFTER DELTAGARE TILL PROJEKTET.....	41
7.5	UPPLÄGGNING AV UTVÄRDERINGSPROJEKTET.....	41
7.6	UPPLÄGGNING AV BEHANDLINGEN.....	42
7.7	SAMMANFATTNING AV KAPITEL 7.....	46
8.	BEHANDLINGSRESULTAT.....	48
8.1	FALLBESKRIVNING AV DE NIO DELTAGARNA SOM FULLFÖLJDE BEHANDLINGEN KOMPLETTERAD MED OBEROENDE LYSSNARGRUPPERS SKATTNINGAR AV DERAS TALFLYT.....	48
8.2	HUR PÅVERKAR TALTRÄNINGEN STAMNINGSPROBLEMET? UNDERSÖKNING MED PERCEPTION OF STUTTERING INVENTORY (PSI).....	52
8.3	HUR PÅVERKAR TALTRÄNINGEN KOMMUNIKATIONSFÖRMÅGAN OCH SJÄLVTILLITEN? UNDERSÖKNINGAR MED ERICSON S-24, LOCUS OF CONTROL BATTERY (LCB) KOMPLETTERAD MED FRÅGEEENKÅT TVÅ ÅR EFTER BEHANDLING.....	55
8.4	JÄMFÖRELSE AV RESULTATEN MED ANDRA UPPFÖLJNINGSSSTUDIER.....	56
8.5	SAMMANFATTNING AV KAPITEL 8.....	58
9.	UTVÄRDERING AV DR FLUENCY-PROGRAMMET OCH COMPREHENSIVE-BEHANDLINGEN (CSP) INNEFATTANDE PFSP & KBT-INRIKTNING.....	59
9.1	PROJEKTLOGOPEDENS UTVÄRDERING: PROGRAMVARAN DR FLUENCYS PEDAGOGISKA DESIGN.....	59
9.2	PROJEKTLOGOPEDENS UTVÄRDERING: PROGRAMVARAN DR FLUENCYS TEKNISKA STANDARD.....	60
9.3	PROJEKTLOGOPEDENS UTVÄRDERING AV INTENSIVBEHANDLINGEN OCH HEMTRÄNINGEN.....	61
9.4	DELTAGARNAS OBEROENDE UTVÄRDERING AV COMPREHENSIVEBEHANDLINGEN (CSP) MED DATORBASERAD TALTRÄNING DR FLUENCY.....	63
9.5	SAMMANFATTNING AV KAPITEL 9.....	69
10.	JÄMFÖRELSE AV RESULTATEN MELLAN COMPREHENSIVEBEHANDLINGEN OCH ICKE- UNDTVIKANDETERAPI.....	70
11.	SPRIDNING AV INFORMATION OM RESULTATEN	71
12.	DISKUSSION: VALFRIHET I VÅRDEN BORDE VARA EN SJÄLVKLAR RÄTTIGHET.....	72
13.	DEKLARATION FÖR STAMMANDE MÄNNISKORS RÄTTIGHETER OCH SKYLDIGHETER.....	75
14.	EPILOG.....	77
15.	REFERENSER.....	78
16.	BILAGOR	81

1. KORT SAMMANFATTNING AV HELA RAPPORTEN

Detta projekt "Datorbaserad talträning för personer som stammar" bedrevs under åren 1997-1999 initierat av Hjälpmedelsinstitutet i samarbete med Sveriges Stamningsföreningars Riksförbund med finansiellt stöd från Allmänna Arvsfonden.

Projektet innebar översättning och utprovning av datorprogrammet Dr Fluency. Det innebar även introduktion av talträningssmetodiken Precision Fluency Shaping Program (PFSP) och behandlingsmetoden Comprehensive Stuttering Program (CSP) i Sverige. Med detta också ett förändrat synsätt på stamning, från synsättet att behandla stamning som om det vore psykiskt betingat till att behandla stamning som ett fysiologiskt betingat funktionshinder. Detta synsätt, stamning som ett fysiologiskt betingat funktionshinder, är det som de senaste 40 årens internationella forskning och WHO:s definition av stamning understödjer. Icke-undvikandeterapi och psykoterapi har internationellt sett inte kunnat uppvisa tillfredsställande forskningsmässiga bevis på förbättringar för personer som stammar.

De enda behandlingsformer som klarar de strikta krav som uppställts för goda resultat av stamningsbehandling är denna talträningssmetod, Precision Fluency Shaping Program (PFSP), och Prolonged Speech.

Datorprogrammet översattes och anpassades fonetiskt till svenska. Tio deltagare med varierande stamning, från mycket lätt till grav stamning arbetade med intensiv talträning under 17 dagar. Träningen skedde dels vid datorerna och dels med röst- och artikulationsträning utan dator.

De sista dagarna tränade deltagarna på slutprodukten normalt långsamt tal i olika vardagssituationer ute på stan.

Deltagarna följdes under två års tid och visar följande resultat:

Efter två år bedöms fem av deltagarna ha ett normalt icke-flyt, ingen stamning. Det är samma personer som i enkätsvar upplever en förbättrad kommunikation med ökad självsäkerhet överlag.

Resultatet innebär att fem av de åtta deltagare som vid tvåårsuppföljningen var nåbara (dvs 63%) visar goda resultat. De är nöjda med sitt talmönster och kommunikation. Detta kan jämföras med en holländsk studie som bygger på ett selekterat urval av stammande personer med få psykiska pålagringar, där 66% är nöjda med sitt talmönster efter två år. R.L Webster (grundaren för talträningssmetoden PFSP vid Hollins kommunikationscenter i Virginia, USA) rapporterar 70 % nöjda med sitt talmönster och kommunikation efter 2 år.

Avhoppet under tvåårsperioden ligger på 20% (2 personer), vilket håller sig på en godtagbar nivå (under 33%). Av de tre av resterande åtta personer, som det gått mindre bra för, anger samtliga att de inte är nöjda med den egna träningsinsatsen de gjort för att förbättra sitt tal. Två av dem känner behov av att få komma tillbaka för talträningssuppföljningar. Det visar att de tyckt om behandlingen, och känner att talträning hjälper. Därmed har andelen höjts till sju av åtta relativt nöjda med behandlingen (88%) vid tvåårsuppföljningen, att jämföras med Websters siffra på 95% nöjda med behandlingen efter två år.

Behandlingen visar vid jämförelse betydligt bättre resultat än icke-undvikandeterapi, både vad gäller förbättring av talflytet och minskad stamningsproblematik, vilket gör att den bör betraktas som ett fullgott alternativ till den stamningsbehandling med icke-undvikandeterapi som ges inom landstingens ram. Denna stamningsbehandling enligt metoden Comprehensive Stuttering Program (CSP) med datorstödd Precision Fluency Shaping Program (PFSP) ges vid Wästlunds Logopedmottagning.

2. FÖRFATTARENS FÖRORD

” Att skratta ofta och mycket; att vinna intelligenta människors respekt och barns tillgivenhet; att förtjäna ärliga kritikers uppskattning och uthärda falska vänners svek; att uppskatta skönhet; att leta fram det bästa hos andra människor; att lämna efter sig en värld som blivit lite bättre tack vare ett friskt barn, en trädgårdstäppa eller förbättrade sociala förhållanden; att åtminstone en levande varelse har kunnat andas lättare för att man har levat. Detta är att ha haft framgång.”

Ralph Waldo Emerson

Detta projekt finansierades under projektåren 1997 och 1998 med medel från Allmänna Arvsfonden. Projektet har initierats av Hjälpmedelsinstitutet i samarbete med Sveriges Stamningsföreningars Riksförbund.

Projektet har sedan under åren 1999 -2000 finansierats med privata medel för att kunna uppfylla de mål som uppsatts för projektet, dvs att skapa ett väl grundat och respekterat behandlingsalternativ för denna sorts vård. Under denna tid har klinisk forskning, klinisk verksamhet och administrativa rutiner utvecklats för bildande av ett stamningscentrum - Wästlunds Logopedmottagning i Örebro. Detta har skett i samarbete med universitetet i Toronto och Handelskammaren i Örebro.

Tack alla Ni som gjort detta arbete möjligt! Ett särskilt tack vill jag rikta till Annika Willfors, Eliezer Fetterman, Britt-Marie Fraenkel, Per Hjertstrand, Melker Härefors, Elisabeth Jörgensen, Bob Kroll, Patrik Östling, Damir Fetah, Claes Wennerblom, Merit Israelsson, projektdeltagare, deltagarna i lyssnargrupperna och de kollegor som hjälpte mig finna personer till projektet. Utan Era insatser och uppmuntran hade detta projekt aldrig lyckats! Tack till Emma Hammarlund, Hjälpmedelsinstitutet för korrekturläsning och konstruktiva layoutmässiga förslag. Till sist och allra mest till Dig Olle och våra flickor - mina härliga supportrar i stort och smått!

Örebro augusti 2001

Helena Forne-Wästlund, projektledare

1. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Projektets mål är att undersöka följande sex huvudfrågor:

1. Att ge en faktabakgrund utifrån vad man vet om stamning och olika behandlingsmetoder idag.
2. Att undersöka om behandlingsmetoden Comprehensive Stuttering Program (CSP) hjälper personer som stammar att få bättre kontroll över talet.
3. Att undersöka om behandlingsmetoden Comprehensive Stuttering Program (CSP) hjälper personer som stammar att få ett ökat självförtroende i kommunikativa situationer.
4. Att utvärdera om det datorbaserade talträningsprogrammet Dr Fluency enligt Precision Fluency Shaping Program(PFSP) effektiviserar den kliniska träningen.
5. Att utvärdera om det datorbaserade talträningsprogrammet Dr Fluency enligt PFSP effektiviserar hemträningen.
6. Att utvärdera på vilket sätt detta behandlingsalternativ kan bli tillgängligt för personer som stammar.

4. BAKGRUND

Denna slutrapport över projektet "Datorbaserad talträning för personer som stammar" i Hjälpmedelsinstitutets institutionsserie, är av karaktären en "grå dokumentation". Denna mellanform ger ofta för forskningsintressenter och allmänhet en fylligare basinformation än tidskrifter och förlagsböcker normalt är beredda att lämna utrymme för.

Det har givit mig möjligheter att referera till både rena forskningsartiklar och pågående samhällsdebatt inom dagspress, radio och TV, liksom kliniska erfarenheter, teknikmanualer och mer skönlitterära verk.

Ambitionen är att göra informationen så lättillgänglig som möjligt för intresserad allmänhet – till Dig som stammar, till Dig som har anhörig som stammar, till Dig som är beslutsfattare inom landsting, stat eller kommun, till Dig som är läkare eller logoped och till Dig som är allmänt intresserad av stamning som funktionshinder och vill veta vad man kan göra åt det.

En grå rapport är ingen avhandling, men har väl forskningsbakgrund. För Dig som önskar att på ett djupare plan ta del av "vita forskningsrapporter", så hänvisar jag till mina två artiklar publicerade i proceedings från den tredje världskongressen för stamningsforskning - International Fluency Association. "*A phonetic Schedule for adaptation of PFSP into Scandinavian Languages*" och "*The Swedish Comprehensive Stuttering treatment program: A case study.*"

Rapporten har inte heller ambitionen att vara en kokbok översättningsbar till en klinisk verklighet. Det skulle inte vara möjligt att utföra, eftersom metoden kräver både en stor dos nytänkande och klinisk träning för logopeden. Vi får komma ihåg att vårt praktiska yrkesutövande i mångt och mycket liknar hantverkarens, och genomförd klinisk praktik är vårt gesällbrev. Eftersom metoden och dess kliniska tillämpning inte ännu ingår i logopedutbildningen, så innehåller denna rapport även förslag på hur man skulle kunna skapa ökad tillgänglighet till denna behandlingsform med bibehållen vårdkvalitet. Vi får ju inte heller glömma att denna behandlingsform bara är ett vårdalternativ av flera. Att skapa mångfald är ju en del i mitt uppdrag!

Att ge sig in på ett område som är såpass fyllt av fördomar som stamning, är både svårt och fascinerande. Att våga sig in i ett område där den psykoterapeutiska hållningen inom professionen varit allenarådande under de 30 senaste åren, och försöka styra den mot ett mer funktionellt tänkande kan verka både vanskligt och genomförbart.

Nyfikenheten är då det viktigaste redskapet – att man tillåter sig att få pröva sig fram. Att våga göra lite fel, (så länge det inte medför fara för någon annans liv och hälsa) är essensen för all utveckling. Denna prestigelösa hållning står många gånger i bjärt kontrast till "*beprövad erfarenhet*", ett uttryck som fått betydelseförskjutningen till att gälla enbart "*vårt sätt att arbeta här på vår klinik inom vårt landsting*" och "*så här har vi alltid gjort, och det kommer vi att fortsätta att göra*". Ett myntat uttryck för detta begrepp från en av mina bekanta inom vården, en läkare aktiv inom forskning och utvecklingsarbete är: "*insnöad likformighet – stagnation*". Detta fenomen kan egentligen ses som forskningens motsats. Det andra redskapet är lyhördhet – att lyssna på dem man möter. Det är ju alla Ni jag mött under åren som besvärats av stamning, som varit mina bästa läromästare!

Att göra en utredning som denna innebär att man ser och vill lösa de stora problemen. Då detta skrivs beräknas logopedkåren uppgå till 800 logopeder. Det är en försvinnande liten andel av oss som arbetar 25% eller mer med stammande personer; uppskattningsvis bara 40-50 logopeder för att täcka ett vårdbehov för 60.000 stammande barn och vuxna. Bland dessa fåtal 40-50 stamningslogopeder (de utgör endast 5% av den totala logopedkåren) förefaller de flesta arbeta med en psykoterapeutisk inriktning, där man uppfattar talträning antingen som något negativt, och rentav skadligt, alternativt hyser ett konturlöst förhållningssätt till att ge talträning: Man hävdar att det bör kallas att "stamma mjukare" och att det får inte komma in i

behandlingen förrän personen som stammar har genomgått ett behandlingssteg där han skall lära sig att acceptera sin stamning. De personer som önskar få hjälp genom talträning för att på så sätt lindra sitt funktionshinder stamning, bemöts därför ibland av oförståelse för sina behov hos logopeden. För dessa människor behövs det därför ges alternativa möjligheter till vård.

Enligt Sveriges Stamningsföreningars Riksförbund ligger vårdbehovet på 10.000 logopeder för att täcka behandlingsbehovet för samtliga personer i vårt land med olika kommunikationshandikapp. Jag hoppas denna skrift även kan entusiasmera några fler kollegor att vilja fördjupa sig i att arbeta på ett konstruktivt sätt med att hjälpa personer med funktionshindret stamning till ett mer flytande tal - och därmed ökad livskvalitet.

Man kan säga att problemlösningen har två sidor, en metodisk och en personlig. Den metodiska har att göra med de logiska, kunskapsteoretiska och vetenskapsteoretiska villkoren för all utredande verksamhet. Den personliga angår utredarens arbete med sig själv, hennes personliga förutsättningar, hennes självanalys och hennes försök att komma tillrätta med sina svagheter. Logik och personlighetsfaktorer samverkar vid det intellektuella arbetet!

Så låt oss börja med de personliga erfarenheterna - som är nyfikenhetens redskap!

Kära läsare. Var vid gott mod och läs på ett fördomsfritt och öppet sätt. Om du gör det kan du skapa förutsättningar för att lära Dig något nytt, vilket kan vara värt besväret. Trevlig läsning!

5. MIN BAKGRUND TILL PROJEKTET – NYFIKENHETENS REDSKAP

*”Vad är problemsinne? Det är förmågan att se vad man inte vet”
Sören Halldén, Nyfikenhetens redskap (1980) s 109*

Denna rapport är egentligen resultatet av mina 11 års sökande efter fördjupad kunskap inom ämnet stamning – framförallt ett sökande efter ett sätt att kunna ge aktiv hjälp till stammande människor att få ökad kontroll över sin kommunikation genom ett mer flytande tal.

Under dessa år har jag många gånger kommit tillbaka till frågan: Varför blev jag logoped? Svaret är en önskan att kunna hjälpa den många gånger utsatta människan till ett drägligare liv, genom det intresseområde och den kunskapsbank jag kunde utveckla – logopedin. Min grundinställning som gjorde att jag valde ett vårdyrke, är att alltid försöka vara den hjälpsökandes advokat i världen.

Resan har varit lång och utvecklande. Under min utbildningstid i början av 80-talet lärde jag mig som alla andra icke-undvikandeterapi, där målet är att den stammande skall lära sig att acceptera sin stamning, och även ”göra den mjukare”. Den terapeutiska inriktning som rådde fokuserade mycket på behandlaren, d v s logopeden, vilket tog kraft från huvudspåret; alltså själva behandlingen. Det skapade många gånger en onödig rädsla hos oss logopedstudenter: ”- Hur ska jag uppföra mig, för att duga? Tänk, om jag råkar säga fel saker! ”

En av mina kurskamrater sade:

”- Jag kommer aldrig att jobba med stamning. Det är för tungt och för mycket psykologi. Det känns så läskigt och luddigt!”

Ut i landet kom jag – till kliniken på Regionsjukhuset i Örebro. Platsen som diagnosansvarig för stamning stod ledig, eftersom ingen annan ville ha den. Jag gav mig i kast med arbetet, vilket innebar att behandla nästan alla klinikens stamningspatienter. Däremellan röstbehandling, afasibehandling och behandling av barn med försenad språkutveckling. Det gällde att försöka göra ett så bra arbete som möjligt. När det gällde röst, barn och afasi, så var det lätt att med stöd från de äldre kollegorna på arbetsplatsen utveckla ett arbetssätt och rutiner. Det kan bero på att det var så uppenbart och konkret att det gällde att ge lindring eller bot till en individ med funktionshinder genom träning. Där fanns metoder att tillgå. Där fanns kollegor att lära sig mer av. Däremot, när det gällde stamning, där det fanns så många tabun mot talträning, kändes det bara vagt och osäkert.

Jag arbetade enligt icke-undvikandeterapeuten Charles van Ripers behandlingssteg, vilket några av dem jag mötte på mottagningen trivdes med, men inte alla:

Kalle, 26

Kalle sökte sig till behandling för att få hjälp med sin stamning. De första besöken innebar att *motivera* honom till att överhuvudtaget komma på besök. Det var en ”knepig sits”. Han hade ju betalt biljetten i kassan, vilket borde vara en garant för att han själv valt att komma. Jag övergav detta behandlingssteg till förmån för nästa: Kalle skulle få sin stamning *kartlagd*. Han visste precis själv hur han stammade, hans erfarenhet låg ju 20 år tillbaka i tiden. Vad hade jag ytterligare att tillföra?

Nu var det dags för nästa steg. Jag skulle be Kalle att gå ut och stamma frivilligt, för att bearbeta sina rädslor. En slags *härdning*. Det var bara det att Kalle inte var ett dugg rädd. Han stammade på. Jag skulle bekräfta och berömma hans stamning, vilket gjorde att han blev tämligen förvirrad inför nästa behandlingssteg – Du ska nu *förändra talmönstret* genom att *stamma* mer flytande. Det var någon form av talteknik vi gjorde, men både Kalles och mitt förhållningssätt började bli mer och mer ansträngt, eftersom konstruktiva råd att tala långsammare och mjuka upp vokalljuden (som ju är gängse och mycket effektivt inom

röstbehandling) inte fick nämnas. Tekniken fick också bara användas, då Kalle satt rejält fast i en blockering, vilket för de flesta stammande är mycket svårt att ta sig ur. Här satt vi överkontrollerade på varsin sida om bordet, och hade det inte ett dugg kul. Åren gick och besöken blev många, men Kalle stammade lika mycket för det. Till slut började Kalle utebli (detta var före högkostnadskortens tid). Han återkom några gånger till, för att "jag inte skulle bli ledsen". Vem som var till för vem, kan man fundera över. Det enda som åstadkommits var en enormt tjock journal, och en tom plånbok.

Birgitta, 43

Birgitta kom på besök och gick igenom motivationsdelen och kartläggning av stamningen. När det var dags att gå med henne till lasaretskiosken och stamma på e-e xpressen, sade hon: -Lilla tjej. Här kommer du och begär att jag ska stamma, något jag gjort sedan långt innan du var född, och dessutom göra det frivilligt! Har du inget annat att erbjuda, så får det vara. 50 kronor betalt i kassan – tack för det! Ja, visst har kunden rätt. Något annat behövde jag erbjuda nästa.

Gösta, 60

Gösta kom in med rollator. Han hade ett rörelsehinder, på grund av en progredierande sjukdom som drabbat skelettet. Detta medförde att han på senare tid blivit mer och mer isolerad hemma i lägenheten, vilket gjorde att stamningen förvärrats från ett tidigare relativt hyggligt flytande tal. Gösta berättade om tidigare röstbehandling han fått som ung på 50-talet i Stockholm, som hjälpt honom en hel del. Det var ren röstterapi, och han önskade nu få detsamma, en repetitionsomgång. Jag såg mellan fingrarna, och gav honom det han önskade. Efter 10 gånger stammade han betydligt mindre, och började söka sig ut igen till föreningslivet, i området där han bodde.

Stamningen hade minskat, men inte helt. Mitt intresse för att hitta talträningssätt var därmed väckt. Samtidigt kändes det lite motstridigt inombords för det var ett stort steg att ta – eftersom det innebar att jag skulle behöva hitta ett helt nytt arbetssätt.

Jag besökte logoped Åke Byström och hans talcirkel i Linköping. De arbetar med en metod, som heter *Stutter-free speech* – stamningsfritt tal. Bara namnet på metoden var mycket kontroversiellt, vilket medfört att övriga logopeder vänt honom ryggen. Metoden är en form av slow prolonged speech – förlängt tal, vilket innebär att man till en början talar i ett mycket långsamt taltempo, för att känna kontroll över talflytet. Tempot ökas sedan till ytterligare två hastigheter. Därefter övergår man till tempoväxlingar – att variera talhastigheten för att få ett mer nyanserat och naturligt tal. Man arbetar också med samartikulation – kontinuerlig stämbandston, röst, för att göra mjuka övergångar mellan de olika ljuden i orden. Vad som gjorde ett bestående intryck hos mig var att möta dessa unga män, som fann sådan glädje över att kunna ta kontroll över sitt tal. Slutprodukten lät i mina öron helt normalt.

Dessutom skulle talcirkeln i Linköping anordna en sommarkurs med Dr Courtney Stromsta, som jag under utbildningen lärt mig var en av de tre stora läromästarna inom *Icke-undvikandeterapi* – Charles Van Riper, Courtney Stromsta och Joseph Sheehan. Jag blev minst sagt förbryllad, och kände att Stromsta var den siste, som kunde hålla mig kvar i den kunskapsideologi som förmedlats under utbildningen. Jag anmälde mig, och deltog som enda logoped.

Sommarkursen 1990 i Pinnarp utanför Kisa blev en milstolpe. Courtney Stromsta förklarade i skarpa ordalag, att han totalt missförstått av det svenska behandlingsetablissemanget. Stromsta förklarade att han alltid stått för talträning, och att han inte förstod varför hans teorier och behandlingsmetod kunde ha sammankopplats med "symptomterapeuten" Joseph Sheehans.

För att kunna finna en förklaring för svenska behandlares lättja och ovilja till att kunna ta till sig lärdom om stamning, använde han följande citat: från Wendell Johnson (1946):

"There is such a thing as trained inefficiency and cultivated confusion. What ails most people is not that they are ignorant, but that they know too much that isn't so. For such people, the better part of further learning is forgetting, and forgetting of well-learned misinformation and inefficiency is not easy as a rule."

(Övers: "Det finns något som heter intränad ineffektivitet och odlad förvirring. Det som besvärar de flesta människor, är inte att de är okunniga, utan att de istället vet för mycket som inte förhåller sig så. För sådana människor är det bästa sättet för fortsatt inläring att glömma, och att glömma bort väl inlärd felaktiga upplysningar och ineffektivitet är i allmänhet inte lätt.")

Under kvällspromenaden bestämde jag mig för att glömma allt som jag tidigare trott mig veta om stamning: Det blev en reningsprocess bort ifrån ett tillstånd av förvirring och insnöad prestige. "Read and learn..work! Earn it!" blev nästa dags uppmaning från Courtney. Det rörde sig alltså om något långt ifrån hjärntvätt, snarare att rensa bort några filer från hårddisken, för att frigöra mer utrymme för fräschare kunskaper: Budskapet var att läsa mer, lära sig mer och talträna mer.

Stromstas talträningssmetodik är samartikulation. Den bygger på teorin att stamningsblockeringarna uppstår i förbindelsen mellan två ljud. Stromsta jämförde stamning med Parkinsons sjukdom, en slags intentionstremor (darrningar som uppstår i muskulaturen, när man vill utföra en motorisk rörelse) som drabbar talorganen. Man skulle då ge artikulationen en kraftig skjuts, förbereda det andra ljudet i ordet genom att sätta det före: *En kopp kaffe, tack* blev då: *Nen okopp akaffe atack!* Den viktiga principen som klart avvek från van Riper var att tekniken var något man skulle träna dagligen för att kunna hålla ett bättre talflyt. Det var alltså inte bara något man tog till i stamningsögonblicket.

Stromsta var också klar motståndare till frivillig stamning. Han menade att träningen för ett mer flytande tal och den förändringen det innebär är tillräckligt ansträngande i sig. Skillnaden är ju också att man genom att välja ett klart mål mot mer flytande tal, slipper de förvirrande budskap, som den frivilliga stamningen kan ge upphov till.

Väl hemkommen gav jag mig i kast med att pröva metoden i min kliniska verksamhet under de tre år som följde. Det blev en tid av ensamarbete. Några som stammade mycket gravt verkade ha störst hjälp av metoden, men för de som stammade lätt till måttligt återgick jag ganska snabbt till röstträning. Metoden var ju ganska komplicerad att genomföra, och den ställde ganska höga krav på den stammandes språkliga medvetenhet. Kvällar gick åt till att ta del av forskningsartiklar inom stamning.

När jag lämnat landstingsvärlden för ett arbete som forskningsassistent inom en tvärvetenskaplig forskargrupp kring hörselhandikapp, fick jag mer fria händer i mitt kunskapssökande. Idéer formades också under mitt arbete med design av språktest och kognitiv psykologi. Det var en intensiv period av kunskapsutbyte med Per Alm och Sveriges Stamningsföreningars Riksförbund (SSR), mycket tack vare ombudsman Annika Willfors' initiativ att starta olika projekt inom SSR:s ram. Talcirklar och studiecirklar startades inom lokalföreningar.

Nästa milstolpe blev den första världskonferensen för *International Fluency Association (IFA)* – organet för främjande av forskning och utveckling inom området stamning. Den hölls i München sommaren 1994. Dr Hugo Gregory från USA, som själv under 50-talet gått i stamningsbehandling hos Van Riper, välkomnade den nyare utvecklingen, där man har som mål att både tala flytande och arbeta bort fruktan:

"Idag 1994 vet vi så pass mycket om det icke-flytande talets ingredienser och reaktioner på detta handikapp, att dessa dimensioner inte behöver stå i motsatsförhållande till varandra. För de små barnen med nyligen debuterad stamning, är det viktigt att ge dem ett flytande tal. Hos de större barnen som stammat en längre tid och således utvecklat negativa reaktionsmönster

på sin stamning, är det viktigt att förutom talträningen också bearbeta problemen kring stamningen”

Det gav startsignalen för mig att gå ut och botanisera bland föreläsningarna, för att hitta den metod, som både behandlade stamningen genom effektiv talträning och hade kloka strategier inbyggda för att bearbeta och lösa problemen kring stamningen. Om möjligt den metod, som hade forskning gjord bakom sig, såväl klinisk logopedisk forskning som neurofysiologiska och lingvistiska forskningsdata.

Det blev *“The Comprehensive Stuttering Program” (CSP)* som presenterades av Prof. Einer Boberg och Deborah Kully från Kanada. Talträningen grundar sig på Ronald Websters *Precision Fluency Shaping Program* (PFSP). Då talträningssmetoden är mycket intensiv och personalkrävande, så blev jag mycket nöjd över att hitta ett trevligt datorträningsprogram för *Precision Fluency Shapingträning* som höll på att utvecklas av ett israeliskt team. På min förfrågan till dem om att få översätta och anpassa deras system till svenska kom ett positivt svar.

Annika Willfors, ombudsman för Sveriges Stamningsföreningars Riksförbund (SSR) blev intresserad, och en projektansökan utformades med hjälp av Hjälpmedelsinstitutet (dåvarande Handikappinstitutet) och ställdes till Allmänna Arvsfonden. Projektet beviljades, och kunde sättas igång 1997.

6. TEORIGENOMGÅNG

6.1 Definition av stamning enligt WHO

I litteraturen finns mängder av olika stamningsdefinitioner, men här anges den definition antagen av Världshälsoorganisationen, (WHO), eftersom den är en internationell konvention, som efter strikt prövning uppdateras:

”Stamning innebär rubbningar i talets rytm, där individen vet precis vad han vill säga, men för ögonblicket är oförmögen att säga det på grund av ofrivillig repetition, förlängning eller avbrott av ett ljud” (WHO 1977)

Intressant och vägledande är WHO:s definitioner av skada, nedsättning, och handikapp (*impairment, disability, handicap*):

WHO:s allmänna definitioner (1980)

Skada: Någon förlust eller avvikelse av psykologisk, fysiologisk eller anatomisk struktur eller funktion.

Funktionsnedsättning: Någon begränsning eller avsaknad av möjlighet att utföra en aktivitet på det sätt eller inom räckvidden för det som anses normalt för en människa.

Handikapp: Olägenheten för en individ, som är ett resultat av en skada eller nedsättning, som begränsar eller förhindrar fullbordandet av en roll, som är normal (beroende på ålder, kön och sociala och kulturella faktorer) för denna individ.

(Antonson 1998, s. 65, fritt översatt)

6:1:1 Är stamning ett kommunikationshandikapp?

Skada innebär en störning på organnivå. Den karakteriseras av en förlust eller en avvikelse, antingen tillfällig eller permanent. Den innefattar förekomst eller tillkomst av anomali, defekt eller förlust i en extremitet, ett organ, vävnad eller annan del av kroppsstrukturen och innefattar även mentala funktionssystem.

Utifrån WHO:s definition bör man här betrakta stamning som en fysiologisk avvikelse: En fysiologisk avvikelse i storhjärnan som medför bristande samordning mellan talmotorik och sensorisk aktivitet när man talar, vilket enligt definitionen medför en rubbning i talets rytm.

Funktionsnedsättning är en störning på individnivå. Den är en direkt konsekvens av en skada. När funktionsnedsättningen är en konsekvens av bristande samordning av talmotorik, det vill säga stamning, borde det i första hand innebära de talsvårigheter, som personen som stammar har erfärut och påtalat (t.ex. ofrivillig repetition, förlängning eller avbrott av ett ljud) och i andra hand de konsekvenser det för med sig, som den enskilde personen påtalat. (Att vilja säga något, men inte kunna det på grund av att stamningen sätter hinder i vägen.) Funktionsnedsättningen beror både på den enskildes grad av stamning och på faktorer som livsstil, arbete och social situation.

Handikapp kan sägas vara den sociala konsekvensen av funktionsnedsättningen. WHO:s klassifikation definierar handikapp i sex dimensioner, som alla refererar till överlevnadsfunktioner: orientering, fysiskt oberoende, rörlighet – (rörelsehandikapp), sysselsättning, social integrering och ekonomiskt självförsörjande. (Antonson 1998 s 66-68)

Utifrån detta skulle följande kunna gälla för vissa individer som stammar:

1. Fysiskt beroende:

- Beroende av andra som ringer nödvändiga telefonsamtal åt en.
- Beroende av ledsagare för att kunna gå ut och handla och bli förstådd.
- Beroende av att andra underlättar kommunikativa situationer genom att tala långsammare, eller att de väntar ut stamningsblockeringar.

2. Sysselsättningssvårigheter:

- Begränsade karriärmöjligheter.
- Behov av andra anpassade arbetsuppgifter eller omskolning p g a stamning.

3. Svårigheter med social integrering:

- Minskat deltagande i samtal med familjemedlemmar, vänner, grannar och arbetskamrater.
- Har svårigheter att upprätthålla kontakt med andra, få nya vänner.
- Har bara möjligheter att relatera till "significant others" det vill säga närstående personer.

3. Ekonomiska svårigheter:

- Har svårigheter att få ekonomin att gå ihop.
- Är beroende av andra personer eller myndigheter för att klara ekonomin.
- Är improduktiv, nödlidande och utfattig.

Är då stamning ett kommunikationshandikapp? Om man inte får hjälp med funktionshindret stamning, vilket med WHO:s definition borde innebära träning till ett mer flytande tal, så kan funktionshindret utvecklas till ett handikapp, med de sociala konsekvenser det kan innebära för individen. Med andra ord styr de begränsningar i livsföring stamningen tillfogar individen om funktionshindret utvecklas till ett handikapp eller inte.

Utifrån följande kan man diskutera vilken inriktning som verkar mest klok, för att hjälpa den stammande individen att komma ur sitt handikapp, det vill säga de sociala konsekvenserna av funktionsnedsättningen stamning; Att ge individen själv möjligheter att kunna ta kontroll över sitt tal och göra det mer flytande, eller att begära att denne skall acceptera sin stamning och istället försöka förändra resten av samhället. Vilken ekvation av insatser är realistisk? Ska man göra insatser för de 60,000 människor som stammar i vårt land, eller för de resterande 8 miljoner, som inte stammar?

Här får dessa ord från Courney Stromsta, själv en person som stammade ibland, apropå psykoterapeuten Joseph Sheehans teorier utgöra debatten:

"Många teoretiker och terapeuter som förespråkar symptomterapi betonar i allmänhet att stammare inte skall hålla tillbaka, utan istället visa sin stamning. De förklarar sådana råd såsom att vara inom reglerna för psykoterapi, där symptomen alltid blir lindrade genom att man erkänner dem och konfronteras med dem. Sådana teoretiker och terapeuter hävdar, utan bevis, att resultatet blir minskad ångslan och fruktan. Följaktligen uppmanar de stammaren att villigt acceptera ett beteende som endast ungefär 1 procent av befolkningen uppvisar. De ser inte det meningslösa i en sådan begäran." (Stromsta 1986 s 115-116)

6.2 Forskningsläget år 1982.

För snart 20 år sedan genomförde ett oberoende australiensiskt forskarlag en totalinventering av all forskningslitteratur som producerats inom ämnet stamning. (Andrews et al, *Stuttering: A review of research findings and theories circa 1982*). Syftet med genomgången var att med hjälp av det statistiska powerbegreppet, där man uppskattar den statistiska tyngd forskningsresultaten har (ju större tyngd resultaten har, desto större är sannolikheten att de stämmer med verkligheten), objektivt vaska fram och systematisera de forskningsfynd som hade konstaterats minst två gånger. Undersökningen gjordes av personer verksamma inom andra forskningsområden än logopedi. Forskningsfynden indelades i följande grupper:

A: Faktafynd som konstaterats vid två eller flera forskningscentra och där man ej funnit några negativa rapporter.

B: Faktafynd som konstaterats vid två eller flera forskningscentra, och där några negativa, motsägelsefulla resultat konstaterats.

C: Faktafynd som konstaterats vid ett och samma forskningscentra, och där inga negativa, motsägelsefulla resultat konstaterats.

D: Faktafynd som konstaterats vid ett och samma forskningscentra, och där några negativa, motsägelsefulla resultat konstaterats.

I de fall då det förelåg flera motsägelsefulla resultat, försökte man bedöma motsägelsefullheten, antingen i termer av otillräcklig Power (d v s otillräcklig statistisk tyngd), t ex om forskarna bedömt resultaten för positivt i sina diskussioner eller man använt bristfälliga metoder i experimenten. Bedömningar av forskningskvalitet är subjektivt, och användes därför inte som ett kriterium för undersökningen, eftersom utredarna ville förhålla sig opartiska.

6.2.1 Begreppen Symptom, incidens, prevalens, omgivningsfaktorer och ärftlighet

Symptom

I forskningslitteraturen ges stöd för WHO:s definition av stamning som rättesnöre, eftersom litteraturen anger att förekomsten av repetitioner och förlängningar av ljud är tillräckligt för att ställa diagnosen stamning.

Studier av små barns tal visar att stammande barn ofta har fler delordsrepetitioner och förlängningar än icke-stammande barn. Man antar att barnen stammar, då det finns hörbara förlängningar och ljud/stavelserepetitioner i talet och man ser även på frekvensen av dessa icke-flytande delar av talet.

Det verkar som om personer med utvecklad stamning har en långsammare fonationstid (tiden för röstens igångsättande) när de går från en tonlös klusil (i svenska språket ljuden P, T, K) till en vokal. Det finns också kvalitativa skillnader i talmönstret då man jämför det icke-stammade talet hos personer med grav stamning, som ej genomgått behandling, och talmönstret hos normaltalare.

Incidens

De flesta som stammar, börjar stamma utan att man kan spåra någon orsak. Man kallar det för *idiopatisk stamning*. Idiopatisk stamning börjar oftast i barnaåren. De flesta börjar stamma under tiden från det att talutvecklingen kommer igång och upp till puberteten. De flesta börjar stamma mellan 2 och 5 års ålder med ett medelvärde på omkring 5 år. Det innebär att stamningen debuterar i mer än hälften av fallen, när språkutvecklingen har kommit i full gång.

Förvärvad stamning kan inträffa hos normaltalarare efter traumatisk eller vaskulär hjärnskada (t.ex. hjärnblödning). Tillfrisknandet kan ske spontant eller efter stamningsbehandling, och ibland även när man utrymt det skadade området t ex efter en blödning eller hjärntumör.

Prevalens

Prevalens av stamning betyder andelen av populationen i procent, som överhuvudtaget stammar någon gång: Prevalensen av stamning hos barn före puberteten är 1.0%, men går ner i samband med puberteten och därefter. Prevalensen hos vuxna är okänd. Med andra ord så är risken för att börja stamma efter puberteten så gott som obefintlig.

Vissa barn som stammar tillfrisknar spontant, medan andra tillfrisknar efter en kort behandling. De som är kvar behöver yrkesskicklig och tidskrävande behandling. 84% av alla barn som stammar har tillfrisknat vid 16 års ålder. För de övriga med utvecklad stamning (16 %) så vill författarna poängtera att de kännetecken som förknippas med den utvecklade stamningen kanske inte kan förklara varför man stammar, bara varför man inte tillfrisknat. Med andra ord kan ett kännetecken vara både tillfälligt och en upprätthållande faktor.

Tre gånger så många pojkar som flickor stammar, och denna snedhet i fördelningen mellan könen ökar med stigande ålder.

Omgivningsfaktorer

Hjärnskada före födseln är den enda omgivningsfaktorn, som skulle kunna ge upphov till idiopatisk stamning, eftersom det förknippas med epilepsi, cerebral pares, och andra neurologiska syndrom. Dessa syndrom har också en högre förekomst av stamning. Dövhet är det enda som har minskad förekomst av stamning.

Det finns inga andra fakta som styrker att några andra omgivningsfaktorer skulle kunna förklara orsaken till uppkomsten av stamningen eller varför den fortgår. Det finns inga fakta som säger att förekomsten av stamning skulle bero på familjestruktur, ras, socioekonomiska faktorer, eller föräldrars personlighetsdrag. Stammande visar sig komma från samma slags miljöer som icke-stammande, med ett enda undantag: De kommer från familjer med en överrepresentation av stammande släktingar. Således finns det en stor ärftlig komponent.

Ärftlighet

Flera studier visar följande: Hos barn till stammande föräldrar är risken för att få stamning mer än tre gånger större än risken bland populationen i stort. Dessa genetiska fynd understöds ytterligare av att risken för att barnet skall utveckla stamning varierar med både föräldrarnas och barnets kön. Söner till kvinnor som stammar löper den största risken att utveckla stamning; de löper fyra gånger högre risk för att utveckla stamning än döttrar till män som stammar. Andra kombinationer till exempel mor - dotter, far - son, stammande fastrar och farbröder, mosttrar och morbröder ligger däremellan. Tvillingstudier har visat att enäggstvillingar har en större sannolikhet att bägge stamma än tvåäggstvillingar av samma kön. Stamningens svårighetsgrad förefaller däremot inte vara ärftligt betingad.

6.2.2 Skillnader mellan stammande och icke-stammande

Intelligens

Vid intelligenstest av stammande och icke-stammande 10 åringar, visar det sig att de som stammar i allmänhet presterar sämre än andra, både på verbala - och icke-verbala intelligenstest. De ligger utbildningsmässigt ungefär ett halvår efter jämnåriga. Förekomst av stamning hos utvecklingsstörda barn ligger på 3 %. Författargruppen kring Andrews finner i sin utredning belägg för att de stammande som får tillgång till

behandling ligger över genomsnittet beträffande intelligens och socialklass. Dessa faktorer ser de som betydande för vilken tillgång man får till sjukvård i allmänhet.

Personlighetsfaktorer

"Förr i tiden, när forskare brukade betrakta stamning som en personlighetsstörning från barndomen, gjordes en mängd undersökningar av stammande personers personlighet, och deras benägenhet att visa ångest och neurotiska symptom: Inga skillnader i personlighetsdrag relaterade till neurotisism har kunnat hittas hos stammande jämfört med den icke-stammande populationen i stort. "Personer som stammar har svårare än icke-stammande att anpassa sig socialt, men dessa fynd betraktas snarare som en konsekvens av stamningen än någon orsak till den. " (Andrews et al 1983 s 230)

Språkutveckling

Stammande barn är som grupp ungefär 6 månader senare än sina jämnåriga. De presterar i allmänhet sämre än icke-stammande på språktest. Hos stammande barn är det tre gånger vanligare med artikulationssvårigheter än hos icke-stammande. Artikulationssvårigheter föregår ofta stamningen, och är oberoende av barnets ålder, då stamningen debuterar.

Undersökningar av stammande lågstadiet barn visar att emotionell störning är sällsynt, endast hos 2%, medan 6% har lässvårigheter och 7% inlärningssvårigheter. Det vanligaste bekymret utöver stamningen är artikulationsproblem (16 %) och svårigheter att förstå talat språk(10 %).

Lateralitet.

Neurofysiologiska undersökningar, som innebär att man tittar på i vilken del av hjärnan försökspersonen bearbetar språkligt material, visar följande resultat: Alla de med idiopatisk stamning som testats bearbetar språkligt material i enbart den ena hjärnhalvan, medan de som stammar efter en förvärvad organisk hjärnskada bearbetar språket i bägge hjärnhalvor. (Undersökningen görs genom Wada -teknik, vilket innebär att man genom att spruta in ett ämne inaktiverar den ena hjärnhalvan under en kort period, för att undersöka hur det påverkar olika funktioner. Metoden används t ex före kirurgiska ingrepp mot epilepsi.)

Stammande förefaller också vara mer benägna än icke-stammande att bearbeta språkligt material i högra hjärnhalvan istället för den vänstra. Det har man också kunnat påvisa genom undersökningar med dikotiskt lyssningstest, som avslöjar vilken hjärnhalva som är dominant för språkbearbetning. (Dikotiskt lyssningstest går till så att man undersöker hur höger respektive vänster öra uppfattar hörselintryck. Man har bandinspelat material separerat på två olika kanaler som via hörlurar samtidigt ger olika ord eller meddelanden till varje öra. Sedan ser man vilka ord försökspersonen har uppfattat. Tekniken används mest vid forskning, men kan även användas vid kliniskt bruk, för att konstatera en skada i det auditiva systemet i hjärnan.)

Centrala hörselbanornas funktion.

Test av hörselbanornas funktion med dikotiskt lyssningstest visar att stammande personer är sämre på att uppfatta och återge motstridiga hörselintryck. Man har funnit bevis för att stammande personer är betydligt sämre på ord - och stavelseidentifiering, när de utsätts för dikotisk lyssning. Dock har man inte funnit några skillnader mellan höger och vänster sida för denna svaghet. Stammande personer har också lägre smärttröskel vid starka hörselintryck.

Undersökningar av motorik - och känselbanornas prestationsförmåga.

Undersökningar av stammande personers möjligheter att kontrollera röstens igångsättning visar att de har en långsammare reaktion för att sätta igång och stänga av rösten då de ska härma en given ton. (auditory voice reaction time). Således har de som

stammar en fördröjd reaktionstid när det gäller att överföra hörselintrycket till motsvarande motoriska aktivitet av röstorganet.

Sammanfattningsvis menar författarna att det föreligger klara bevis för att vissa stammande avviker i IQ- fördelning, i allmänhet har en försenad språkutveckling och har ett avvikande mönster i det flytande talet till skillnad från icke-stammande personer. De har också svårare än andra att känna igen motstridiga hörselintryck. De har en fördröjd reaktionstid vid överföring av hörselintryck till motorisk handling. Det är viktigt att betona att en stammande individ inte behöver ha någon av dessa svårigheter.

6.2.3 Stamningens variation

Variation med tiden

Stamningen anses variera, men i sex studier av vuxna, där stamningens frekvens mättes 17 till 3 månader före behandling, så fann man ingen signifikant skillnad mellan mätningarna. För varje individ varierar talflytet, men det verkar som om de flesta med lätt stamning också kommer att ha samma lätta stamning om ett år. Detsamma gäller för personer med grav stamning.

Variation beroende på situationen.

För vissa individer kan stamningen variera från situation till situation. Men om man undersöker en grupp vuxna stammande i vardagliga situationer, så varierar inte stamningen signifikant, när man talar med eller läser högt för en person, eller flera, och talar i telefonen. Däremot så har stamning visat sig öka, när den som stammar ställs inför ovanliga situationer, som till exempel att läsa högt inför en större grupp.

Variation av stamning beroende på språkliga faktorer.

Mer än 90 % av all stamning sker i den första stavelsen i yttrandet. Det är vanligast att stamningsblockeringar sker i ord som står i början av mening och som börjar på en konsonant. Även längre ord medför ofta stamningsblockeringar. Dessa situationer överensstämmer med normaltaltares tveksamhetspauser och normala episoder av icke-flyt.

Speciella villkor som omedelbart tar bort eller minskar stamningen.

Vid följande situationer minskar stamningen med 90 - 100:

Vid körläsning, då man mimar, då man förlänger talet och vid *Delayed Auditory Feedback (DAF)* (fördröjd hörselåterkoppling av talet), vid rytmiskt tal, skuggning av tal, när man sjunger, och vid långsamt taltempo.

Vid fyra av dessa situationer kan man även se en skillnad på andra talmotorikparametrar: Vid körläsning kan läshastigheten ökas. Vid rytmiskt tal ökar de enskilda ljudens - och stavelsernas längd. Däremot är inte minskningen av stamningsblockeringarnas frekvens påverkade av enbart förändringar i röstläge eller enbart allmänt nedsatt taltempo, men blockeringarna minskas i kombination av dessa tekniker. Vid sång så ökar de tonande segmentens röstalstringstid (fonationstid). Vid långsamt tal ökar både grundtonens och varje ljuds längd. Även längden på pauserna ökar.

Vid följande situationer minskas stamningen med 50 - 80%: då personen som stammar talar för sig själv, då denne använder sig av en rytmisk rörelse när han talar, och då han förändrar röstläget och viskar.

Speciella villkor som gradvis minskar stamningen.

Då personer som stammar använder sig av medlet haloperidol eller får känselfeedback från talmuskulaturen när de talar (EMG-feedback) så minskas stamningen successivt, men försvinner inte helt. Då den stammande läser upp en känd text, så minskar stamningen med 50 % vid det andra tillfället och de efterföljande. Stamningen minskas

även när man tar om något som man sagt tidigare (självkorrektion). Hos personer som stammar gravt, minskar stamningen inte lika mycket som hos personer med lätt stamning. Då man först läst in en text viskande, och sedan skall läsa den högt minskas inte stamningen. Ej heller om man är fundersam över hur man skall göra när man läser.

6.2.4 Stamningsbehandling

Vid genomgång av de olika behandlingsmetoder som fanns till buds ställde författarna samma stränga statistiska krav på faktamässiga forskningsresultat. De studerade främst vuxenbehandling, men också vissa barnbehandlingar. De kom fram till att fem behandlingsformer (Förlängt tal, precision fluency shaping, rytmiskt tal, andningsträning och attitydförändring) visade sig kunna ge signifikanta förbättringar. Vid närmare studier visade det sig att rytmiskt tal inte är en så bra behandlingsform. Troligen ger andningsträning, inlärt under en kort tid bara en kortvarig förbättring. När det gäller attitydterapi, så verkar det som om det finns åtminstone sex opublicerade nollresultat. Därför drar författarna den slutsatsen att attitydterapi inte har någon positiv effekt alls.

I undersökningen av stamningsbehandlingars effekter behövde man därför lägga till ytterligare en princip, för att få fram vilka behandlingar som ger lyckade resultat. Bloodstein (1981) listade 11 tester, som han och andra tycker bör uppfyllas innan en behandling kan anses vara lyckad.

Följande kriterier gäller: En behandling kan anses lyckad för olika stammande, när den mäts objektivt under flera gånger i oväntade situationer under en period på 1-2 år. Dessutom skall talet låta naturligt. Avvikande attityder till tal skall ha normaliserats, och resultatet skall inte ha belastats med alltför många avhopp från behandling eller alltför många spontana återfall. Slutligen skall behandlingen visa sig vara lika effektiv, när den används vid olika kliniker och av olika logoped, som en del i deras tjänsterutin.

Bara prolonged speech (förlängt tal) och Precision Fluency Shaping Program (PFSP)(ung. noggrann formgivning för flytande tal) har rapporterat tillräckligt med data som motsvarar Bloodsteins uppställda krav för god behandling.

Data på fler än 150 personer har rapporterats för bägge dessa behandlingsformer (1982). Dessa 150 ungdomar och vuxna har fått sitt tal utvärderat genom tillförlitliga och objektiva metoder vid ett flertal tillfällen, från slutet av behandlingen till mer än 18 månader efter behandlingens slut. Dessutom finns det bevis för att deras attityder till tal har normaliserats. Det har också visat sig att det är osannolikt att personer faller tillbaka helt till utgångsläget. Antalet avhopp är också få. Jämförbara resultat har också lämnats från olika kliniker, där dessa behandlingsformer ingår i den regelbundna kliniska verksamheten. Författarna konstaterar att det därför är mindre troligt att rapporterna om lyckade resultat skulle kunna bero på för positiva reaktioner som kan omge en ny behandlingsform, eller karisman som förknippas med en särskild logoped.

I dessa bägge behandlingsformer låter man de stammande personerna träna på att tala på ett annorlunda sätt – i ett kontrollerat tempo, med mjuka ansatser på vokalerna, och med sammanhängande stämbandston för att binda samman ljuden på rätt sätt. Antalet timmar man har fått träning är det bästa kriteriet för ett gott behandlingsresultat. Mot slutet av behandlingen får personen använda sig av de nyinlärda teknikerna i olika situationer utanför kliniken. På så sätt blir deltagarna i behandlingen flytande genom att de kontrollerar talet på det sätt de lärt sig under behandlingen istället för att tala på det gamla sättet med automatik. Man skulle då kunna tänka sig att återfallsfrekvensen skulle bli hög, särskilt vid oväntad kontroll av talflytet. Men det finns bevis för att de som genomgått prolonged speech bara strax efter intensivbehandlingen visar skillnader i talet beroende på om de vet om att deras tal undersöks eller inte. Sex till 27 månader efter behandlingen, så skiljer sig inte frekvensen av stamning nämnvärt åt för dessa situationer. Någon sådan undersökning har inte gjorts för Precision Fluency Shaping. (PFSP)

Båda teknikerna Precision Fluency Shaping (PFSP) och Prolonged Speech verkar ge en rejäl minskning av stamningen. I medeltal stammar personerna 14 % av stavelserna före behandling, medan de i medeltal bara stammar 1-2% 18 månader till 2 år efter behandlingen. Två år efter behandling anser sig de flesta att de är personer som mestadels är flytande, men stammar ibland. De identifierar sig inte längre som att vara stammare. Det förekommer att vissa individer efter 2 år har fått återfall och behöver en ny behandlingsomgång. Både PFSP och prolonged speech ger hos de flesta ett talmönster som låter så pass naturligt att de kan passera som normaltalarare. Vid några grundliga lyssnarundersökningar med kontrollpersoner har det konstaterats att både naiva och tränade lyssnare ibland kan avgöra vilka personer som är behandlade stammande och vilka som är normaltalarare.

"Det finns ett annat, för oss mycket störande fakta: Inom logopedyrket underhåller man negativa föreställningar om stammande personer. Man håller fast vid en pessimistisk syn på behandlingsresultat. Detta trots att man under de senaste 20 åren har goda bevis för att stammande personer som individer inte skiljer sig ifrån andra människor. Sedan början av 70-talet finns det klara bevis för att man med en planerad och disciplinerad inriktning kan ge effektiv behandling.

Ändå så finns dessa negativa föreställningar kvar hos logopederna, som saknar helt vetenskapliga bevis. Vi som inte är logopederna, kan inte förstå hur sådana negativa stela föreställningar och tankegångar kan få leva kvar. Vi kan bara sammanfatta det hela med att konstatera att vissa lärare på logopedutbildningarna inte har tagit till sig ny kunskap, utan har fortsatt att lära ut den diagnosgena eller mentala hälsoinriktningen på stamning, som var allmänt i bruk för 30 år sedan." (läs här 1950) Andrews et al. 1983

6.2.5 Artikelförfattarnas (Andrews et al) slutsatser och kommentarer av ovanstående forskningsgenomgång.

De bästa och mest effektiva behandlingarna för stamning

Det är bara två tekniker som är tillräckligt dokumenterade för att tillfredsställa Bloodsteins kriterier för lyckosam stamningsbehandling: *Prolonged Speech och Precision Fluency Shaping Program*. Anledningen till att de är effektiva är att de ger en stor dos träning under lång tid. Efter 2 år så stammar personer i medeltal bara i 1-2 % av stavelserna. Många passerar som normaltalarare.

Finns det undergrupper av olika sorters stamning?

Charles Van Riper delade in sina undersökta personer i fyra grupper. Men inga av dessa grupper visade sig vara representativa för populationen stammande. Vid jämförande studier genomförda av Andrews et al, testade de att sätta in en population stammande i Van Ripers grupper. Resultatet blev dåligt eftersom hela 19% inte gick att klassificera. Vid regressionsanalys kunde författarna inte finna något samband mellan faktorstrukturen och Van Ripers föreslagna gruppindelning. Därför ser författarna inga belägg för att det skulle finnas subgrupper, utan att man istället bör betrakta stamning som ett homogent syndrom.

Stamning som en neurotisk respons.

Psykoanalytiska teorier om stamning var allmänt i bruk under 1940-talet. Stamning ansågs tillfredsställa orala och anala sexuella behov eller vara ett uttryck för aggressionshämning. (Med detta menar man att personer som stammar skulle vara konflikträdda.) Stamningsögonblicket ansågs då vara det undermedvetnas behov av att undertrycka tal. Stamning skulle då bara vara ett av flera symptom på en neurotisk konflikt. Man borde då följaktligen finna stamning tillsammans med andra neurotiska symptom, som uppkommit i störda relationer med föräldrarna och andra människor.

Vart och ett av dessa påståenden har undersökts, och följande vet man idag:

1. Stamning är inte något syndrom, d.v.s. det hänger inte ihop med andra beteendeproblem.

2. Varken stammande eller deras föräldrar uppvisar fler neurotiska symptom än icke-stammande föräldrar och deras barn.

Detta har man vetat om i över 20 år. (läs 1950) Trots detta tror många fortfarande att det finns något avvikande i relationen mellan stammande föräldrar och barn. Författarna gjorde en jämförande studie av 50 stammande och 50 normaltalare. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan föräldrarnas beteende i dessa bägge grupper. Därför finns det bevis för att stamning inte är någon neurotisk störning.

Stamning som ett inlärt beteende.

I slutet av 30-talet formulerade Kelly i Iowa en personlighets- konstruktivistisk teori som framhöll att beteenden skulle vara en produkt av ens attityder. Wendell Johnson anammade teorin på stamning och menade att barn började stamma eftersom andra (oftast föräldrar) felaktigt satte en etikett på de normala omtagningarna i barnets tal genom att kalla det för stamning. När barnet började tro att det stammade, började det reagera på detta genom att försöka undvika dessa perioder av icke-flyt i talet. På så sätt blev talbeteendet mer och mer avvikande.

Bevisen är inte på Johnsons sida: Undersökning av mycket små barns tal visar att de barn som betraktades som stammande hade tre gånger så många delordsrepetitioner och förlängningar än icke-stammande barn. Skillnaderna mellan stammande och icke-stammande har ett klart samband med genetiska faktorer: Stammande personer är konstitutionellt olika icke-stammande. Attitydbehandlingar enligt Kelly/Johnsons modeller har inte visat sig ge några större förbättringar av talet. Talträningsprogram har visat sig betydligt mer effektivt. Detta talar emot Johnsons teori.

Flera försök har gjorts för att framföra inläringsteoretiska aspekter på stamning. Dels är det de teorier som ser stamning primärt som ett undvikandebeteende. Dels de teorier som inte ser stamning som ett enhetligt fenomen, utan istället som en interaktion mellan åtminstone två olika beteendeproblem.

Joseph Sheehan framhåller i sin teori att stamning primärt skulle vara ett undvikande-beteende. Rädslan ses som den bakomliggande orsaken till undvikandedrivkraften. Han såg stamning som resultatet av en konflikt mellan två olika drivkrafter – att tala och att hålla tillbaka talet: *the approach avoidance conflict* som uppstår när bägge drivkrafter finns samtidigt. När närmande (approach) drivkraften gör sig gällande, så blir talet flytande. När däremot undvikandet gör sig gällande, så blir man tyst (avoidance). När det råder jämvikt mellan bägge dessa drivkrafter, uppstår stamning. När man stammar antas rädslan och undvikandet minska och man närmar sig på så sätt talet – approach. Sheehan menade att stamning utgör valet mellan att vara tyst, eller inte vara tyst och menar därför att stamningen beror på en dubbelsidig närmande- undvikandekonflikt.

Då Sheehan inte kunde förklara de bakomliggande faktorerna för undvikandets uppkomst, så framhöll han att undvikanden kunde bero på inlärd talängslan och omedvetna personlighetsfaktorer. Han kunde dock inte uppvisa några hållfasta bevis för denna teori. Det verkar inte finnas några alls. Därför är Sheehans antaganden inte vetenskapligt bevisade. (Andrews et al)

Shames och Sherrick (1963) hade en mer operant syn på stamning: De menade att stamning var resultatet av normalt icke-flyt som bestraffats under barndomen, och att denna bestraffning utvecklade beteenden som kamp och tystnad.

Brutten och Shoemaker (1967) förespråkade det andra huvudspåret inom inläringsteori: den som inte ser stamning som något enhetligt fenomen, utan som en interaktion mellan

åtminstone två olika beteendeproblem. De menade att det som karakteriseras för stamning, nämligen delords - och ordrepetitioner och förlängningar av ljud hör ihop med en responsklass, medan sekundärphenomen hör till en annan klass. De menade att stress kan skapa autonoma reaktioner, som gör att det blir avbrott i talflödet hos en del individer. Följaktligen beror stamning på ett beteendemässigt misslyckande, som är skapat av negativa tankar. De sekundära symptomen (d.v.s. inlärd problemlösande strategier) har då som uppgift att sätta systemet i balans. Deras teori är den magraste av alla inlärningsteorier. De menar att stamningsbeteendet utvecklas genom stress hos överkänsliga personer. Genom problemlösande strategier skulle då talmotoriken förbättras.

Stamning som en fysiologiskt betingad nedsättning.

De fysiologiska teorierna anser att stamning beror på en tillfällig brist i att klara av den komplicerade samordningen av rörelser som krävs för att talet skall vara flytande. Detta skapar stamningsögonblicket. Denna grupp av teorier bygger på antagandet att stammande personer har en nedsatt fysiologisk kapacitet för att samordna talet. Vissa teorier förespråkar att stamning beror på en perceptuell nedsättning, andra att stamning beror på en perifer motorikdefekt, medan andra teorier förespråkar att stamnings orsaker står att finna i storhjärnan, att det beror på en central störning. Eventuellt kan emotionell stress föregå stamning. Här försöker man ge de fysiologiska förklaringarna till dessa fenomen.

Orton och Travis (1928) framförde en teori om att stamning skulle bero på en ofullständigt utvecklad dominans av endera hjärnhalvan. Vad de byggde sina antaganden på var att tillgängliga data om talets lateralisering inte visade några skillnader mellan stammande och icke-stammande. Senare forskning har visat att stammande män verkar använda sin högra hemisfär betydligt mer för att bearbeta språkliga intryck (tex när man hör och tolkar ett ords betydelse, eller skall tala) än icke-stammande män. Stamning skulle då uppstå eftersom bearbetningen i höger hjärnhalva inte har lika stor kapacitet som vänster hjärnhalva för att hantera de förbindelseänkar som är nödvändiga för att producera meningar. Det finns dock inte tillräckliga bevis som håller för detta påstående.

Adams och Perkins har på varsitt håll kommit fram till att stamning kan bero på att man har svårt att koordinera andning, röst användning och artikulation. Adams försökte finna bevis för att det framförallt skulle bero på svårigheter med vokaler. Starkweather (1982) har däremot inte funnit några hållbara belägg för att vokalerna skulle vara den huvudsakliga orsaken till dessa svårigheter. Det ursprungliga i Adams och Perkins teori om bristande samordning mellan andningen, rösten och artikulationen håller dock och understöds av Perkins data. Han har påvisat att man med mer effektiv planeringstid kan samordna igångsättningen av rösten, och på så sätt göra talet mer flytande. Dessa fynd gör att man lokaliserar stamningen till storhjärnan.

Zimmermann (1980) genomförde ultraljudsundersökningar med genomlysning av hjärnstammen. Han kom fram till att stamning skulle kunna bero på avvikelser i reflexmönstret mellan andningsmuskulaturen, struphuvudet och området ovanför struphuvudet. Han ser alltså stamning som ett rent talmotorikproblem som beror på bristande samordning i hjärnstammen.

Andrews m fl. (1982) tror mer på teorin att man kan finna förklaring till stamning genom att studera den process i storhjärnan som föregår talproduktionen. De ser stamning som en störning i den sensorisk-motoriska processen, dvs mellan motoriken och känselåterkopplingen av motoriken. De två strömningar som författarna refererar till är å ena sidan centralisterna, som framför att talet styrs av en open-loop förprogrammerad kontroll och å andra sidan periferalisterna som menar att talet styrs av en closed-loop feedbackkontroll.

Neilson kom fram till att bägge dessa företeelser förmodligen samverkar i en hierarkisk uppbyggnad med många nivåer av open-och closed-loop kontroll för talets styrning. Neilsons hypotes om stamning är att de som stammar har en begränsad förmåga att handskas med sambandet mellan den motoriska aktiviteten och den sensoriska eller reafferenta aktiviteten, som äger rum när man talar. Som en konsekvens av detta måste den som stammar för att kunna tala flytande antingen träna extra på att samordna motoriken och sensoriken eller förbruka extra kraft på bekostnad av andra funktioner.

Författarna till denna artikel finner att Neilsons hypotes bäst stämmer överens med de data som finns om stamning. Denna nedsättning i hjärnans bearbetningskapacitet kan vara ett nedärvt mönster i hjärnans organisation. Det förklarar också de bakomliggande orsakerna till övriga forskningsfynd som gjorts: Långsammare igångsättning av rösten, sämre resultat på test som mäter de centrala hörselbanornas funktion t ex dikotisk lyssning, försenad språkutveckling och förekomst av artikulationssvårigheter skulle alla kunna vara uttryck för denna nedsättning av storhjärnans bearbetningsförmåga. Andrews m.fl. framför teorin att vissa barn med anlag för stamning eller med begynnande stamning kan hitta olika strategier för att kompensera för denna nedsättning, så att de spontanläker. De menar också att funktionsnedsättningen kan ärvas efter kön, vilket då skulle kunna förklara varför det är en större andel pojkar som börjar stamma: "Eftersom flickor tenderar att bearbeta språkligt material i bägge hemisfärer så kan det ge ett ytterligare skydd och förklara varför de spontanläker snabbare än pojkar."

Andrews m.fl. framhåller att orsaken till om man börjar stamma eller inte beror på hjärnans förmåga att styra de omkopplingar mellan motorik och sensorik som krävs för att klara den finmotoriska aktivitet det innebär att kunna tala flytande. Stamningen debuterar ju också hos de flesta mellan 3 och 7 års ålder. Det är under en explosiv fas, då språkutvecklingen sätter fart och frestar på en omogen talmotorikapparat. Spontanläkningen skulle då inträda när den motoriska förmågan att samordna talet når upp till en plåtfas i språkutvecklingen. Det skulle också kunna förklara varför man oftast stammar i början av mening. Det är ju där kontrollen över talmotoriken är svårast att hålla. (Det gäller ju också icke-stammande. Det är här man oftast lägger in sina tveksamhetspauser i talet!)

Omvänt så flyter talet bäst när kontrollen över talmotoriken är lättast att hålla; d vs vid körläsning, då man säger efter någon annan, då man sjunger och förlänger talet. Det medför ett minskat krav på kontroll antingen på den språkliga eller prosodiska nivån. (Prosodi betyder språkmelodi. Det utgörs av t ex längd på olika ljud, accent, tryck, betoning i ett språk.) Om man repeterar en mening eller läser ett stycke flera gånger så vänjer sig motoriken, och talet flyter bättre och bättre. Det beror på att man genom att upprepa stärker en motorisk modell, och på så sätt lättare kan ta kontroll över talet.

Vad man ännu inte har någon förklaring till är grav stamning. Kan det förhålla sig så att de med grav stamning förstärker ett mönster av stamning istället för flyt?

Hur kommer det sig då att talträning hjälper stammande?

Genom att man först lär sig att tala långsamt med förlängda stavelser, så underlättas kontrollen av kopplingen mellan motorik och känselfeedback av talet. Det ger till en början ett flytande men onormalt tal. När man sedan under träningens gång börjar närma sig normalt tal, så ger Precision Fluency Shaping Program (PFSP) och prolonged speech deltagarna en stor träningsdos i att kontrollera sitt tal genom att steg för steg använda en mer normaliserad sensorisk - motorisk modell, där man hela tiden känner efter vad man gör med talmotoriken. Stamningen kan minskas genom att man tränar flytande tal under kontrollerade former, vilket resulterar i att en korrekt motorisk modell förstärks.

"Med andra ord vet man en hel del om stamning nuförtiden. Personer som beskriver stamning som "en mystisk och svårförstådd störning" erkänner bara att de inte läst den senaste forskningen!" (Andrews et al 1983)

6.3 Behandlingsmetoden Comprehensive Stuttering Program (CSP) (Precision Fluency Shaping Program -PFSP i kombination med Kognitiv beteendeterapeutisk inriktning -KBT) och dess nyare forskning.

Av den föregående genomgången kan man konstatera att behandlingsmetoden Precision Fluency Shaping redan 1982 ansågs vara en av de två metoder som ansågs ha tillräckligt goda forskningsresultat bakom sig, för att klara de strängaste kriterierna för god behandling (enligt Oliver Bloodstein).

Metoden Precision Fluency Shaping Program (PFSP) utvecklades av R. L Webster vid Hollinsinstitutet i Virginia 1974. Den innebär att man lär den stammande principerna för flytande tal genom intensiv träning, som innefattar en total rekonstruktion av principerna för flytande tal, vilket innebär att man bygger upp systemet för tal - andning, röstalstring (fonation) och artikulationen från början. Sedan samordnas dessa delar mer och mer för ett normalt flytande tal. Denna träningsprincip kan jämföras med Maja Wittings metod för nyinläring av läs- och skrivprocessen för personer med dyslexi, där man systematiskt lär in byggstenarna för läsinläring, kopplingen ljud - bokstav. Från början var man bara intresserad av att förbättra talflytet i PFSP-behandlingen, medan man inte brydde sig om attityd - och kognitiva aspekter (det vill säga hur man tänker och varför) under behandlingen.

Under de år som gått har denna behandlingsform alstrat ytterligare forskning där man kan följa behandlingseffekter, till exempel neurofysiologiska undersökningar av hjärnan. Den fortgående kliniska forskningen har utvecklat behandlingen ytterligare: Idag arbetar man parallellt med talbeteendet stamning och problemlösande strategier.

Under de senaste tjugo åren har behandlingen genom Dr. Einer Bobergs insatser vid Universitetet i Edmonton, Kanada utvecklats till en rutin, där man parallellt med talträningen enligt Precision Fluency Shaping Program (PFSP) även arbetar med aktiv problemlösning; att hitta kloka individuella strategier för att lösa negativa reaktioner såsom t ex tidspress och talrädsla, vilket är viktigt för att upprätthålla färdigheterna i flytande tal under hemträningsfasen. Det har utvecklat PFSP-metoden till Comprehensive Stuttering Program (CSP) -d v s Heltäckande stamningsbehandling. Anledningen till att behandlingsmetoden inte översätts i texten är att det är ett internationellt begrepp, som bör kunna jämföras med kliniska data världen över.

Den som varit engagerad i att lära upp mig i metodiken är fil.dr. Robert Kroll, kliniskt verksam logoped och forskare vid stamningscentret - Speech Foundation of Ontario - ett specialistcenter vid universitetet i Toronto. Dr Kroll lärde sig metoden Precision Fluency Shaping Program (PFSP) av R. L Webster och introducerade metoden i Kanada 1980 och till Israel 1985. Under årens lopp har han genom influenser från Dr. Boberg utvecklat behandlingen till Comprehensive Stuttering Program (CSP). Behandlingen och dess uppläggning i detta projekt bygger helt på Dr. Krolls metodik. Han har även varit med som konsult i utvecklandet av det datoriserade PFSP-programmet Dr Fluency.

Behandlingen

Behandlingen inleds med en tre veckor lång intensivkurs, som bygger på premisserna att stamningen kan ersättas av ett mer flytande tal, genom att man systematiskt förändrar sådana beteenden såsom talhastighet, andning, röstansats och artikulation. I behandlingsprogrammet tränar man varje moment dels enskilt och dels i grupp på kliniken. Då man befäst kunskaperna i flytande tal, så fortsätter träningen med att gradvis och systematiskt föra över det nya sättet att tala till vardagssituationer. Under de sista dagarna tränar man de nya färdigheterna genom telefonsamtal och aktiviteter

utanför kliniken t ex att gå ut och handla och be om information av olika slag. Det sker alltså en tillväjningsprocess innan intensivdelen av behandlingen har avslutats.

Under behandlingen tränas också inre dialog och olika positiva strategier som en mental förberedelse för kommunikation. Man tränas således både i att använda ett mer flytande talmönster och de mentala, kognitiva strategierna som förberedelser till att använda de nya teknikerna i olika kommunikativa situationer. Många års kliniska erfarenheter visar att man förutom talträning också behöver bearbeta de individuella kommunikationsproblemen som helhet. Den person som fullföljer behandlingen med gott resultat, lär sig, förutom själva talbeteendet också att förbättra attityder till kommunikation med hjälp av kognitiva strategier det vill säga att tänka på rätt sätt.

Det är då viktigt att få möjligheter till kontinuerligt stöd och uppföljning under hemträningen, som en del i behandlingen. Efter avslutad ettårsbehandling erbjuds alla, så länge de vill, komma tillbaka två gånger per år för en tvådagars uppfräschningskurs. Då arbetar man med teknikarbete och att delge varandra olika erfarenheter och strategier för att upprätthålla det mer flytande sättet att tala på. Efter mer än tjugo års klinisk verksamhet, brukar dessa uppfräschningskurser samla 60-70 personer per gång. Arbetet sker då dels i storgrupp, och dels i mindre grupper på 7-10 personer.

6.3.1 Klinisk forskning: Flera uppföljningsstudier av denna behandlingsform har gjorts

Boberg och Kully vid universitetet i Edmonton, Kanada (1994) gjorde en uppföljningsstudie av 42 ungdomar och vuxna som deltagit i Comprehensivebehandling. De testades två till tre gånger under en 12 till 24 månaders period. De undersöktes genom oväntade telefonsamtal antingen hem eller till arbetet. Dessutom fick de ett frågeformulär, där de fick skatta hur de tyckte att det gick att tala. En panel av lyssnarbedömare tränades att bli samstämda i sina bedömningar. Resultatet från lyssnarbedömningar av telefonsamtalen visade att 76 % av försökspersonerna upprätthöll en tillfredsställande nivå på talflytet, medan 80 % av försökspersonerna själva skattade sitt talflyt som bra, eller någorlunda bra i frågeformuläret.

Webster(1980) rapporterade följande resultat från sitt Precision Fluency Shaping Program (PFSP): 200 slumpmässigt utvalda stammande som genomgått PFSP - behandling följdes upp före, efter behandling, och efter 10 månader. Bedömning gjordes av deras tal vid intervju och högläsning. Webster rapporterade följande medelvärden: före behandling 15.2% av orden var icke-flytande/stamning, efter behandling: 1.3 % av orden icke-flytande, 10 månader efter behandling: 3.2% ord icke - flytande/stamning. Mätningen vid behandlingens slut gjordes genom analys av bandinspelning på kliniken, medan uppföljningen gjordes genom överraskande telefonsamtal, där deltagarna inte fick någon tid att förbereda sig för intervjun och läsningen. 100 personer av de 200 kontrollerades även 2 år efter behandlingen, med ungefär samma resultat som 10 månader efter behandlingen. Noteras bör att Webster räknade procent av ord, istället för procent av stavelser som man annars brukar göra, och som ger högre värden. (Franken s 34) Ett svenskt ord har i medeltal 6-7 bokstäver, vilket bör motsvara ungefär 2 - 3 stavelser.

Webster undersökte också hur deltagarnas attityder och känslor förändrats genom behandlingen. Man har använt ett standardiserat frågeformulär med 60 påståenden, som mäter individens upplevelse av problemtygnd i stamningen, *Perception of Stuttering Inventory (PSI)*. Formuläret ger information om kamp, undvikanden och förväntning på att fastna i stamning. Före behandlingen var det genomsnittliga PSI-värdet 30,4 (Normalvärdet är 0-10). Vid behandlingens slut hade värdet sjunkit till 5,7. Efter 10 månader var värdet 9,2. Dessa siffror innebär alltså att de känslomässiga problemen kring stamningen minskat drastiskt enbart med talträning. Det var endast tre av de 200 som inte fullföljde behandlingen. 33 personer återkom till kliniken för några dagar

repetitionskurs, medan endast 1 av de 200 efter 10 månader hade sökt annan form av behandling. Vid uppföljningen efter 10 månader svarade 70 % av deltagarna att behandlingen varit mycket givande. Ingen svarade att terapin inte gett något utbyte alls, men 4,5 % angav att de bara haft lite utbyte. (Alm 1995 s 159-160)

Franken (1997) vid Universitetet i Nijmegen, Holland har i sin doktorsavhandling gjort en utvärdering av den holländska versionen av Precision Fluency Shaping Programmet, som översatts och bearbetats till holländska av Prof. Herman Peters. Det holländska programmet utvecklades ganska tidigt efter R. Websters version, där man arbetade enbart med talträning, för att studera om enbart talträning medför att de personer efter avslutad behandling även fått minskade problem som t ex undvikanden. 69 stammande personer valdes ut, där talproblemen övervägde känslomässiga och problemmässiga reaktioner. Deltagarna genomförde intensivbehandlingen, och följdes sedan upp under två års tid. 53 av de 69 kunde följas upp under hela tvåårsperioden. De bedömdes före- och efter behandling, efter 6 månader, 1 år och 2 år. Resultatet efter två år visar att deras tal hade betydligt färre antal stamningsblockeringar, och gick snabbare.

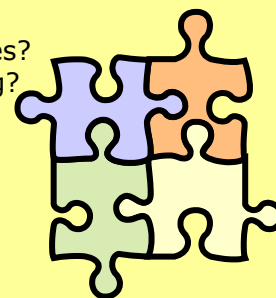
Deras egen bedömning av talet visar att de tyckte att det var en stor förbättring direkt efter behandling. Det visar sig också att 2/3 av deltagarna var helt nöjda med sitt talmönster 2 år efter behandlingen, medan 1/3 inte var det. Man fann också att de personer med högre utbildning och de som stammade mycket, verkar förbättras relativt mer när en objektiv mätning av förbättringarna görs, än när de själva bedömer sina förbättringar i enkäter. 3 personer hoppade av under behandlingen, och 13 personer hoppade av projektet under tvåårsperioden efter behandlingen. Vid undersökning av de avhoppades resultat, så har man bara i ett fall kunnat konstatera att det berodde på att behandlingen inte hjälpte.

Vid jämförelse mellan Websters och Frankens resultat på andelen nöjda deltagare efter två år, så bedöms bägge resultat goda, och överensstämmande. Hos Webster var 70 % nöjda, medan hos Franken 66 % nöjda. I den holländska uppföljningsstudien var avhoppet 23 %. Detta att jämföras med medelvärdet av avhopp från uppföljningsstudier av stamningsbehandlingar, som ligger på 33 %. Det är alltid vanskligt att tolka anledningar till avhopp. En av slutsatserna Franken drar är att det skulle kunna bero på dels att man inte upprättat uppföljningskontrakt, dels att det nästan inte var någon kontakt mellan deltagare och logoped under tiden mellan uppföljningarna. Kanske kan det hos en del bero på att man i behandlingen inte arbetat med coping - strategier och mental träning för att reducera problemtynghet, som kan finnas hos den enskilde individen i olika grad. Det skulle då tala för att Comprehensivemetoden med möjlighet till kontakt och stöd under hemträningsperioden är att föredra framför enbart Precision Fluency Shapingträning. (PFSP)

6.3.2 Hjärnforskning: PET-kameraundersökning av personer som stammar

Resultat av enbart Precision Fluency Shaping Program och andra talträningssmetoder brukar ge ett bättre tal hos 60 till 90 % av dem som behandlas. Ett problem man ställs inför är varför inte alla lyckas hålla kvar talflytet, och varför en del faller tillbaka i stamningen. Ett annat problem är kombinationen stamning med andra funktionshinder, som logopeden finner i sin kliniska vardag. Dessa problem har väckt följande frågor hos mig:

- Kan svårigheter att behålla talflytet bero på konstitutionella funktionella skillnader i hjärnans arbetssätt mer uttalat hos vissa personer som stammar än andra?
- Vad finns det för fler skillnader mellan stammande och icke- stammande? (Språkliga funktioner, minnesfunktioner)
- Finns det något enhetligt mönster i hjärnaktiviteten i stamningsögonblicket?
- Kan man se ett annorlunda mönster hos personer med grav stamning? Har de en mer markerad avvikelse i aktivitetsbild?
- Kan man se något samband mellan stamning och ADHD?
- Kan man se något samband mellan stamning och dyslexi?
- Finns det något samband mellan stamning och DAMP?
- Vilka samband finns det mellan stamning och Cerebral pares?
- Finns det samband mellan stamning och grav språkstörning?
- Finns det samband mellan stamning och selektiv mutism?
- Vilka mönster kan vara ärftligt betingade?
- Vilka mönster verkar vara tillägnade?
- Var i hjärnan sitter undvikandebeteendet?
- Var sitter tidspressen?
- Var sitter känslorna för kaos och kontroll?
-



Frågorna vi kan ställa är oändliga, och det är bara vår egen grad av fantasi som sätter gränser. Men vi lever i en tid, då många av dessa frågor kan börja få ett svar. Sigmund Freud, neurolog och psykoanalysens fader, som verkade i slutet av 1800-talet, var en klok och framsynt man. Han uttryckte följande:

"Mina psykoanalytiska teorier om drifterna och det undermedvetna kommer bara att behöva gälla i 50 år. Då kommer den medicinska forskningen att ha givit mänskligheten så pass stora kunskaper om vår hjärna, att de inte kommer att behövas längre." (från seminarium i psykologi med Peter Naroskin, Stockholms Universitet, 1995).

Under de senaste 10 åren har det skett en fullkomlig revolution genom nya mätmetoder, som kan hjälpa oss att kartlägga och förstå den mänskliga hjärnans arbetssätt och få ökad kunskap om olika funktionsnedsättningar och tillstånd. Förutom de konventionella metoderna för röntgen av hjärnan som datortomografi och ultraljudsundersökning med magnetröntgen, som används för att analysera tillståndet i de anatomiska strukturerna i nervsystemet, så kan man nu undersöka ett fysiologiskt förlopp i hjärnan, det vill säga vad som händer i hjärnan när jag gör något.

Den nya tekniken som möjliggör detta är hjärnkartetekniken – brain map med PET-kamera (*Positron Emission Tomography*). Datoriserade metoder att mäta och med flerfärgskartor åskådliggöra den elektriska aktivitetens topografiska och tidsmässiga utbredning över hela skallytan, har ökat möjligheterna att undersöka den normala funktionen och att se avvikelser. Vid sådana undersökningar jämför man data från flera undersökningsfynd t ex magnetröntgen och brain map. (Tonquist-Uhlén 1996)

All aktivitet som sker i hjärnan har en hel del att göra med ämnesomsättning: När aktiviteten i ett område i hjärnan ökar, så ökar också ämnesomsättningen. Med PET-kamera kan man registrera dessa förändringar i ämnesomsättning, och således få en bild av hjärnans aktivitet. Man sprutar in en liten mängd radioaktivt spårämne i blodomloppet. Genom att mäta fördelningen av dessa spårämnen över hjärnan, så kan man få fram en bild genom att mäta koncentrationen över hjärnytan. Det registreras

med hjälp av en kamera som är känslig för den gammastrålning som sänds ut från det radioaktiva spårämnet.

Spårämnet radioaktivt vatten används mest, eftersom den ger den bästa upplösningen för att kunna registrera de olika processer som sker i hjärnan vid språkliga aktiviteter. Radioaktivt vatten ger också möjligheter till att ta flera bilder under ett enda experiment. Det gör att man kan undersöka och jämföra variationerna i aktivitet i olika delar av hjärnan då försökspersonen gör olika uppgifter. Det finns dock vissa nackdelar med metoden: Den aktivitet som sker i de specifika engagerade områdena ligger bara 3-5% över hjärnans övriga aktiviteter, som ständigt pågår. Därför kan man inte ännu se variationer i aktiviteten hos enbart en individ. Det behövs alltså flera försökspersoner som gör samma sak. Att spruta in radioaktivt spårämne i blodomloppet är inte heller helt ofarligt, varför man inte ska använda det på små barn eller vid upprepade undersökningar av samma individ.

En annan begränsning har att göra med den tidsmässiga upplösningen av de data man får fram. Den tidsmässiga upplösningen man får fram ligger på mellan 45 sekunder och en minut, vilket gör det svårt att mäta kognitiva processer, som oftast sker under millisekunder. Därför behöver man kombinera PET-scan med andra undersökningsmetoder, som kan ge god tidsmässig men svagare upplösning t ex magnetröntgen, som dessutom är helt ofarlig. Magnettröntgen har fördelen att den ger en snabb registrering. Nackdelen är att magnettröntgenscannern bullrar mycket (90dB) och att den är mycket känslig för rörelser. Därför är det svårt att kunna registrera när en försöksperson säger en längre mening. Däremot ger magnettröntgen bra bilder på de kognitiva och motoriska processer som sker hos personer som stammar. Som komplement används också Magnetisk Encephalografi (MEG).

De delar av hjärnan man är mest intresserad av att undersöka för att finna stamningens gåta är de skillnader som finns i aktivitetsmönstret i höger och vänster hjärnhalva hos personer som stammar när de talar, till skillnad från normaltalare. Redan 1928 framlade Orton och Travis en teori om att stamning berodde på en ofullständig utveckling av en dominant hjärnhalva. (Kroll & De Nil 1998) Orton och Travis byggde sin teori på det faktum att det finns en överrepresentation av vänsterhänta och ambidexter (använder båda händer lika bra) bland stammande personer.

Einer Boberg i Kanada utförde en undersökning med 11 stammande personer, som skulle genomgå tre veckors talträningsbehandling med PFSP och Comprehensivemetoden. Undersökning med EEG visade att höger hjärnhalva aktiverades onormalt mycket då de talade. Det normala mönstret är att vänster hjärnhalva aktiveras mer än höger. Efter intensivbehandlingen hade stamningen minskat med i genomsnitt 82 % vid konversation och 89 % vid högläsning. EEG-mönstret hade också förändrats. De 11 personerna hade nu fått starkare aktivering av vänster än höger hjärnhalva, vilket tyder på att mönstret hade normaliserats.

Generellt hade aktiviteten i bägge hjärnhalvor minskat, vilket kan tolkas som att den allmänna stress- och spänningsnivån hade sjunkit. Det faktum att aktiveringen minskade mest på den högra sidan kan tolkas som att de negativa känslorna har minskat när talet fungerar bättre. En bidragande faktor kan också vara att vänstersidan har tagit över kontrollen av talet. (Alm 1995 s 85-86)

Vid universitetet i Toronto (Kroll & de Nil 1998) pågår PET-scan och magnettröntgen - undersökningar av hjärnaktivitet hos personer som stammar i jämförelse med normaltalare under högläsning och tyst läsning. Man jämför också aktiveringsmönstret hos de stammande före och efter intensivbehandling med PFSP och Comprehensive. Försökspersonerna har fått läsa enskilda ord ibland högt och ibland med tyst läsning. De fick också hitta på ett passande verb till ett bestämt substantiv.

Följande resultat har man fått fram:

Hos dem som stammar registrerades en högre aktivitet i området anterior cingulate cortex (ACC) under tyst läsning till skillnad från normaltalare. Detta område utgör en del av det limbiska systemet, och fungerar som en förbindelseänk mellan detta område och sensorimotor cortex. Forskarna tror att Anterior Cingulate Cortex (ACC) är det område som aktiveras när man förbereder sig på att situationer skall uppkomma, som kan innebära att man utsätts för sammansatta stimuli, som kräver att man måste välja mellan flera alternativa reaktioner. De flesta vuxna stammande har en stark tendens att vilja kontrollera språkljudens och stavningens struktur i orden, för att se efter om det kan dyka upp svårare ljudkombinationer som kan medföra att man stammar. (undvikande, förväntning på att stamma). Detta reaktionsmönster sker även vid tyst läsning.

Den ökade aktiveringen i Anterior Cingulate Cortex (ACC) hos stammande skulle också kunna orsakas av att de behöver artikulera orden tyst. Detta område tros utgöra en del av en inre artikulatorisk loop (återkoppling mellan känsel och motorik), som aktiveras i högre grad då man ställs inför mindre automatiserade uppgifter.

De finns stora skillnader i aktivitetsmönstret hos höger- respektive vänster hjärnhalva mellan stammande och icke-stammande under högläsning. De icke-stammande har ett mönster med nästan enbart aktivitet i vänster hemisfärs områden som är viktiga för att tala. (Brocas område och primära sensorimotor och temporalcortex.) Hos de stammande ser man aktivering av motsvarande områden fast i höger hjärnhalva istället. Den utbredda skillnaden i aktivitet visar att det finns en grundläggande skillnad mellan stammande och icke-stammande talare i hjärnans bearbetningsmönster av tal - och språk.

En grupp personer med stamning fick genomgå tre veckors intensivbehandling med PFSP och Comprehensive. Direkt före och efter behandlingen undersöktes de med PET-scan. Vid undersökningen efter behandlingen fanns det inte längre någon ökad aktivitet i anterior cingulate cortex (ACC) under tyst läsning. Det kan troligen bero på att de genom talträningsbehandlingen hade fått ökat självförtroende och att de kände mer flyt i talet. Därför behövde de inte längre känna behov av att scanna av ord- och ljudkombinationer i förväg, för att leta efter risker att trilla in i en stamningsblockering. Den minskade aktiviteten kan också bero på att de inte längre behövde artikulera orden tyst under läsning. Den tysta läsningen har med andra ord blivit mer automatiserad.

När försökspersonerna läste högt efter behandlingen, så skedde en signifikant aktivitetsökning i den vänstra hjärnhalvans primära sensorimotorcortex, vilket tyder på att försökspersonerna genom talträningsbehandlingen övat upp den egna förmågan att själva kontrollera sina artikulatoriska rörelser. Talteknikerna hjälper den stammande individen att tala flytande genom att ge förbättrad förmåga till att samordna talets indelning av stavelser och ord med rätt "timing" av andning, fonation (röstalstring) och artikulation. Dessa förmågor till god samordning av talet är lokaliserade till vänster hjärnhalva.

Efter behandling finns det dock fortfarande skillnader i aktivitetsmönster mellan stammande och icke-stammande: Det finns fortfarande någon aktivitet i höger hjärnhalvas motsvarighet till primära sensorimotorcortex hos de som stammar. Den har dock avtagit betydligt med hjälp av behandlingen.

Aktiviteten av höger hemisfärs talmotorikområden talar för att det finns en konstitutionell skillnad mellan stammande och icke stammande: Det beror troligen inte på närvaron av stamning, utan istället på ett medfött eller tidigt utvecklat annorlunda mönster för att bearbeta tal - och språk. Även efter behandling ser man viss kvarstående aktivitet i

höger hjärnhalva trots att aktiviteten i vänster hjärnhalva i och med behandlingen ökat avsevärt.

Sammanfattningsvis konstaterar författarna (Kroll & De Nil 1998) att både medfödda och inlärda hjärnprocesser förmodligen kan vara involverade vid stamning. Den kvarvarande aktiviteten i höger hjärnhalva även efter behandling pekar på relativt stabila och troligen medfödda processer hos personer som stammar. Behandlingen har medfört att den som stammar med hjälp av den talträning han fått genom behandlingen har lärt sig att kompensera för detta genom att medvetet öka aktiviteten i vänster hemisfärs talmotorik- och sensorikområden.

Den påtagliga minskningen av aktivitet i Anterior Cingulate Cortex (ACC) efter behandling, förefaller vara ett inlärt beteende. Graden av aktivitet hos den enskilde kan ha betydelse för hur det kommer att gå att upprätthålla talflytet. Det visar att de som fortsätter att träna och använder sina färdigheter för att upprätthålla ett mer flytande tal också kan påverka och normalisera hjärnans arbetssätt. Det blir en automatiserad träning.

Om man lyckas med att känna ett ökat välbefinnande av ökad kontroll i talsituationer, så kan det avvikande mönstret av förhöjd aktivitet i Anterior Cingulate Cortex (ACC) avta, genom att man på ett sunt sätt har tagit itu med stamningsproblemen. Den fortsatta talträningen ger även med den ökade aktiviteten av vänster hemisfärs talmotorik- och sensorikområden en stabilisering av hjärnans förmåga att hitta kompensatoriska mönster för ett flytande tal. Detta visar att det i behandlingen är viktigt att både arbeta med talmotoriken och de kognitiva tankeprocesserna som behövs för klok problemlösning. (Kroll & De Nil 1998)

Inom den nyare hjärnforskningen ser man hjärnan som en helhet och ett självorganiserande nätverk (M. Ingvar 1997), där stora delar av hjärnan är engagerade i så pass komplexa aktiviteter som talproduktion. Det talar för att Andrews slutsatser håller; att talflytet är beroende av ett komplext system av open loop (förprogrammerat kontrollsystem utan feedback) och closed loop (ett återkopplande sensoriskt-motoriskt kontrollsystem) ordnat hierarkiskt i ett samarbetande nätverk över stora delar av hjärnan.

Loopernas funktion är att skicka signaler ut på remiss till olika delar av hjärnan, och få impulser tillbaka. De kan på så sätt sy ihop aktiviteterna till en helhet. Det går även viktiga banor från Brocas område till lillhjärnan, som har till uppgift att ge rätt koordination för att åstadkomma och upprätthålla en motorisk kontroll för flytande tal.

Detta förklarar varför mycket intensiv talträning som Precision Fluency Shaping Program (PFSP), där mottot är överinläring av nya motoriska mönster är så effektiv. Med exakt motorisk träning hjälper man den samarbetande hjärnan att bana nya vägar. Med fortsatt egenträning genom att man använder sig av teknikerna, så förstärks det rätta motoriska mönstret efter hand. Flit och disciplin vinner i längden!

6. 4 Utvärdering och forskning inom icke-undvikandeterapi.

6.4.1 Vetenskapsteoretiskt synsätt inom svensk icke-undvikandeterapi

Synen på människan präglar vårt vetenskapsteoretiska synsätt. I detta avsnitt försöker jag finna svaren på varför det inom det svenska stamningsetablissemanget råder en så pass djupt förankrad skepticism inför stamningsforskning och behandlingsutvärderingar. För att närmare kunna förstå de bakomliggande mekanismerna behövs en beskrivning göras av icke-undvikandeterapiens inre väsen och förutsättningar.

Inom icke-undvikandeterapi eller "*Stuttering modification therapy*" har inte mycket gjorts, vad gäller forskning och utvärderingar. "*Inom stamningsterapeutisk verksamhet har utvärderingsfrågan länge varit lika central som negligerad, d v s man har varit plågsamt medveten om dess betydelse och så lite har egentligen gjorts*" (Lundberg 1999 s. 331)

En av anledningarna är att man ser utvärderingar som svåra, ja, näst intill omöjliga att genomföra. De frågor som förefaller utgöra de största hindren är frågor om stamningsbehandling kan ge bot, lindring eller tröst. Eftersom det ännu inte finns någon klar bot för stamning (vilket den neurologiska forskningen försöker finna svar på), har man inom icke-undvikandeterapi stannat vid bot-begreppet. Tankegången verkar vara: Eftersom det inte finns någon bot för stamning, så är det ingen idé att överhuvudtaget göra större ansatser i att forska och utvärdera stamningsbehandling.

Beror det enbart på lättja, eller kan det även vara andra mekanismer som stör? Som svar på detta går jag igenom den litteratur som ändå finns. Sist, men inte minst, är det viktigt att gå igenom de ansatser som trots allt har gjorts.

Svaren bör man finna i terapiinriktningens orsaksteorier om stamning, som ju ligger till grund för vilken definition man använder sig av, vilket i sin tur bygger upp de premisser behandlingsformen verkar under.

I Per Alms bok (1995) står följande berättelse att läsa, om icke-undvikandeterapiens väg till Sverige. (s 138-141):

"1956 reste den danske talpedagogen Victor Bloch till Kanada för att arbeta med stamning vid en psykiatrisk klinik i Toronto. Arbetssättet hade sin grund i icke-undvikandeterapien, men präglades också av psykoanalytiska idéer. På kliniken behandlades bara de stammande som ansågs vara psykiatriska fall. Man menade inte att stamningen måste bero på psykologiska faktorer, men man ansåg att *den äkta stammaren* i varje fall sekundärt är en neurotiker. Klinikchefen Douglas var mycket strikt och betraktade alla sätt att minska stamningen som *knep* och undvikandebeteenden. Även sådana metoder som att tala långsamt, andas in djupt, glidande intonation eller att slappna av förkastades som försök att smita undan.

Terapin påminde mycket om Van Ripers program, men var en betydligt beskare medicin. Kärnan i terapin var att inte dra sig undan det man fruktar, utan istället söka upp det. Den stammande skulle *utvidga sin stamningsrepertoar*, och både lära sig svårare och lättare sätt att stamma på. Vid en övning skulle patienten göra en paus på fem sekunder efter att han hade stammat, och därefter stamma på samma ord igen, på ett annat sätt. Den annorlunda stamningen behövde inte vara mjukare eller *bättre*, bara annorlunda. Denna övning ansågs så krävande att patienten *bara* skulle träna den en timme om dagen.

Victor Block, som själv hade arbetat med klassisk övningsbehandling i Danmark, var till en början lätt tveksam till Douglas nya terapi. Han menade att den klassiska

övningsbehandlingen och *Kanadametoden* kunde komplettera varandra, och att de olika arbetssätten troligen passade olika stammare. Bloch började dock använda den kanadensiska metoden i Danmark, och utvecklade *acceptmetoden*. Den kan snarast betraktas som en form av psykoterapi. Stammaren skulle lära sig att stamma öppet och utan ångest. Det handlar om att lära den stammande att leva med ett problem som man antar att man inte kan göra mycket åt. I Acceptmetoden ingår också att arbeta för att omvärlden ska acceptera stamning som en normal variant av tal.

Den svenske psykologen Hans Danielsson, som själv stammade, började arbeta efter acceptmetoden, och i en artikel från 1973 ger han en inblick i hur han resonerade:

"Genom att anamma acceptideologins uppfattning, att man riskerade att göra stammaren ännu olyckligare, om man tillämpade klassisk talundervisning på honom, fick jag en godtagbar anledning, tyckte jag, att sluta försöka lära mina patienter att tala bra. Jag skulle i stället övergå till att rätt och slätt vara en samtalspartner. Efter att ha fattat det beslutet, kunde jag med en känsla av stor lättnad återvända till mitt arbete hösten 1962. Nu behövde jag inte längre ikläda mig rollen som talpedagog. En roll som fått mig att känna mig löjlig och otillräcklig. Nu skulle jag vara samtalsterapeut, eller psykoterapeut, om man så vill.. Så ingen behöver väl förvåna sig över att jag var storbelåten över rollbytet, och att jag lovprisade acceptideologierna och deras kritik av klassisk talundervisning." (Danielsson ur Per Alm 1995 s.140)



Icke-undvikandefilosofin har förmodligen inte någonstans fått ett så kraftigt genomslag som i Norden – under 1970-och 1980-talen blev den helt dominerande. Men även om Van Riper ofta framhålls som den store föregångsmannen, har den nordiska terapin haft mer gemensamt med *Kanadametoden* och *acceptmetoden* än med Van Ripers arbetssätt. Tyngdpunkten har hamnat på den första halvan av Van Ripers program, kartläggning och hårdning, medan förändringen av talet ofta har kommit i skymundan:

*"I Sverige har man ända sedan introduktionen (av icke-undvikandeterapi) varit mer inriktad på att komma tillrätta med de stammandes undvikandebeteenden än på att arbeta med flytande stamning. Detta har bl.a. fört med sig att man på sina håll ansett att allt tekniskt arbete med stamning varit tecken på undvikanden. Detta har inte varit regel, men en ibland framförd åsikt. Ord som **knep**, **trick** etc. har fått en mycket dålig klang.*

Begrepp som **teknik** i betydelsen talteknik, har både fört med sig attraktion och misstänksamhet. Man har varit orolig för att utnyttjandet av talteknik skulle komma i stället för den attitydinriktade terapin, speciellt om taltekniken kommer in (för) snabbt i det terapeutiska arbetet. " (Lundberg & Sederholm, red Per Alm 1995 s. 141)

Van Riper ger stöd för en kombination av talträning och psykoterapi genom följande beskrivning: Under fyra års tid ägnade vi oss bara åt psykoterapi med våra stammande, och uteslöt all form av talträning, bara för att komma fram till att detta gav det sämsta utfallet beträffande behandlingsresultat, än någon annan behandling vi någonsin gjort... därför ändrade vi det till en kombination av talträning och psykoterapi. (Van Riper 1973 s 214, fritt övers).

Ovanstående ger stöd för att det snarare är Acceptmetoden med sin kraftiga psykoterapeutiska inriktning än Van Ripers terapi med någon form av talträning, som kan vara den inriktning med störst genomslagskraft hos svenska stamningslogopeder, d.v.s. ungefär 4-5% av kåren. Man skulle kanske också kunna tänka sig att de logopeder som har en mer positiv attityd till talträning ligger närmare Van Ripers terapi i sin behandling.

Det har dock inte varit så stor öppenhet inom terapeutinriktningen för attitydundersökningar överhuvudtaget. Det skulle kunna bero på inriktningen i sig själv, med den starka fokusering på den enskilde terapeuten för behandlingens utkomst. Känner man att allt, eller den allra största delen av behandlingsutfallet beror på ens personliga egenskaper (tyvärr oftast framhållet i negativ bemärkelse), så skulle det kunna kännas hotande med attitydundersökningar och utvärderingsskalor. Det kan vara en starkt hämmande faktor för att vilja ta del i, eller utföra undersökningar och behandlingsutvärderingar under sådana premisser.

Vad som talar för att det existerar en allmänt utbredd negativism inom den svenska stamningsterapin är följande inlägg apropå utvärderingar:

"Bedömaren, utvärderaren, bör alltså vara neutral i förhållande till patient och terapeut och personligen anser jag det som fördelaktigt om bedömaren snarast har en kritisk inställning och åtminstone svagt tvivlar på goda resultat." (Lundberg 1999, s. 336)

"Vi kan kanske enas om att bedömaren skall vara svagt negativ till neutral och inte ha personliga eller yrkesmässiga intressen i att finna goda terapeutiska resultat. Men var finna denna goda cigarr? Ja, uppenbarligen är det inte lätt, för sådana utvärderingar är det alltså mycket ont om." (Lundberg 1999 s. 337)

Under sådana villkor behöver man besitta ett ofattbart mod, nästintill dumdrighet, för att överhuvudtaget våga sig in i att medverka i forsknings- och utvecklingsarbete! Forskningens och utvecklingens motivationsdrivande essens borde ju vara att lösa problem, för att skapa en positiv utveckling. Hur kunde annars epokgörande upptäckter för mänsklighetens fromma såsom makarna Curies upptäckt av radium och upptäckten av insulinet kommit till stånd? Man får ju inte heller förutsätta att den enskilde forskaren eller utvärderaren negligerar det rättmätiga krav på noggrannhet och metodologisk objektivitet som bör finnas vid all faktainsamling och bearbetning.

Här behöver en forskningsprincipiell ståndpunkt komma till tals:

"Om berget inte kommer till Muhammed, får Muhammed som bekant komma till berget. Inom den vetenskapliga världen vill det sägas att om verkligheten inte svarar mot forskarnas önskemål, får de sistnämnda justeras. I enlighet med denna kloka och ödmjuka regel övergav tjugotalets fysiker traditionens krav på en strikt orsaksforskning, och gick med på att de yttersta lagarna fick vara av statistisk natur. Den fysik som växte fram under detta årtionde fick en ny inriktning – man nöjde sig med sannolikhetsförklaringar." (Halldén 1980 s. 96)

Forskning grundar sig på hypotesprövning: Forskaren har en idé, en teori som han närmare vill undersöka för att bättre förstå verkligheten. Han uppställer en hypotes. Resultaten prövar sedan om hypotesen håller eller inte. Om den inte håller, så förkastas den. Detta är ju också ett resultat, eftersom det kan ge möjligheter till förnyade frågeställningar. Att detta förekommer är en del i forskningens vardag, och inte så mycket att yvas över, eftersom ett negativt resultat ger möjligheter till allt i fråga om kursändring till mindre förbättringar. Det kan ju vara en upptäckt om något, och den erfarenheten vill nog inte den enskilde forskaren vara utan, eftersom det kan utvecklas till något nytt. Därför gör man sig själv en ogärning, om man negativt skulle spekulera i att all forskning skulle bestå av dolda avsikter, som följande citat antyder:

"Ett konkret exempel på utvärdering av en utvärdering: The Hollins Precision Fluency Shaping Program, Hollins Communication Research Institute, ett privatfinansierat företag, redogör på sin hemsida över sina behandlingsresultat. Läs, begrunda och utvärdera denna redovisning. Over 95% indicated that the program had been worthwhile for them. Läs och begrunda" (Lundberg 1999 s.345)

För att utesluta att det skulle kunna finnas dolda syften, så borde följaktligen all form av objektiv utvärdering utförd av oberoende utvärderare, vara klart godtagbart som det säkraste och tillförlitligaste sättet ur metodologisk synvinkel. Med komplement av deltagarnas subjektiva upplevelser, borde behandlingsutvärderingar inte vara så omöjliga att utföra. Allting behöver inte vara så komplicerat!

En kundenkät på 20 frågor med kryssalternativ, är ofta ett utmärkt sätt för den lokale ICA-handlaren att fånga upp kunder, för att få reda på vad de vill att han skall köpa hem och vilken servicenivå kunden önskar. Han vill förstås kunna utöka sortimentet, för att göra kunderna nöjda, så att han ska kunna fortsätta tjäna pengar för att försörja sig själv och sin familj. Att få tillfälle att medverka i en undersökning, kan göra att man som kund känner sig uppmärksam och delaktig, vilket inte borde vara helt fel.

Apropå den forskning som gjorts, så förefaller följande negativa kunskapssyn existera inom det svenska stamningsetablissemang:

*"Vad är det alltså för kunskap man slitit sig fram till under årens lopp? En titt på den avslöjar framförallt två ting, nämligen att dels säger den ingenting om vad stamning är, dels saknas absoluta ord som **aldrig** eller **alltid**." (Lundberg 1999 s. 117)*

Detta fenomen är intressant att ta i beaktande, och ur kunskapsteoretiskt perspektiv ganska skrämmande. Här kan man se ett ställningstagande utifrån psykoanalytiskt tänkande, med ultimata krav på ord som "alltid" och "aldrig", där det förefaller som om man menar att det endast är totala svar på stamningens orsaker och bot och inte förbättring som räknas.

*"Synsättet att stamning är följden av en neuros har tyvärr många negativa konsekvenser. Eftersom stamningen ses som ett symptom på en underliggande neuros, kan man lätt dra slutsatsen att man inte är **frisk** förrän man slutat stamma. För den som stammar och tror på den teorin blir det naturligtvis svårt att känna sig stark och tro på sig själv så länge stamningen finns kvar. Stamningen finns ju där som **bevis** på ens psykiska ohälsa. Psykoanalysens fokusering på det omedvetna undergräver också tilltron till ens medvetna förnuft. De psykoanalytiska teorierna förutsätter att den stammade är omedveten om konflikten som orsakar stamningen och alltså saknar **sjukdomsinsikt**. Psykoanalytiker brukar faktiskt hävda att de dåliga behandlingsresultaten beror på ett ovanligt starkt motstånd hos stammare - en väldigt bra undanflykt som aldrig kan motbevisas." (Alm 1995 s. 61)*

*"Psykoanalysens fundament är hypotesen om **psykisk determinism**, vilken innebär att varje tanke, känsla och beteende har en psykisk orsak – medveten eller omedveten. Denna hypotes är grunden för de olika psykoanalytiska teorierna om stamning. Den mest grundläggande invändningen mot dessa teorier är att hypotesen om psykisk determinism inte stämmer. Det finns ingen direkt kausal förbindelse mellan psyket och talbeteendet – däremellan finns en komplex kedja av neurologiska och biomekaniska processer. Och även de psykiska skeendena påverkas av fysiologiska processer"* (Ur: Alm 1995 s. 59)

Det som stödjer denna ståndpunkt är dels de fakta som framkommit ur Andrews artikel, som tidigare refererats, och vars resultat bekräftas av Wingate. Även tidigare forskningsöversikter har på ett imponerande sätt motsagt tanken att stamning skulle vara en neuros. Flera framstående psykoanalytiker har dessutom erkänt att psykoanalysen inte är ändamålsenlig som behandling vid stamning.

Mycket handlar om att se möjligheter istället för hinder – att öka tilliten till den egna arbetsinsatsen som logoped (ej terapeut) och optimismen inför utvecklingens möjligheter. Vägen dit är kunskap och glädje.

6.4.2 Utvärderingar av behandlingen

Trots negativt klimat, så har faktiskt några ansatser till behandlingsutvärderingar av icke-undvikandeterapi gjorts, vilket är värt att poängteras.

PerSona var ett projekt vid Södersjukhuset, finansierat av Socialstyrelsen, där man avsåg att arbeta kommunikationsanalytiskt med stammare i grupp. Detta projekt utvärderades av en utomstående utredare.

Gruppen bestod av 10 personer med talängslan och 4 stammande, som träffades för dramaövningar i trettimmars pass under 12 gånger. Resultaten gav vid handen att flera deltagare nådde de mål man utvärderade.

Utvärderarens slutsats är: *"Samtal, improvisationer och andra dramapedagogiska övningar av det slag som bedrivits inom projektet PerSona förefaller ge ett betydelsefullt komplement till annan träning och behandling för personer som känner sig begränsade i sin muntliga kommunikation på grund av stamning och/eller talängslan"* (Lundberg 1999 s. 343)

Målformuleringarna för undersökningen hade en psykoterapeutisk inriktning, varför man inte var intresserad av att mäta hur talet påverkades, utan snarare den egna upplevelsen av kommunikation och förändring av självbild. Antalet stammande i gruppen utgjordes bara av fyra individer av 14 det vill säga 30 % av gruppens deltagare, så intresset förefaller primärt ha varit att undersöka personer med talängslan.

Det finns en större utvärdering gjord av svensk icke-undvikandeterapi, den första i sitt slag som publicerats i en forskningstidskrift av C. Helltoft – Nilsén & C. Ramberg (1999). Utvärderingen är gjord före och direkt efter intensivbehandlingen.

"Denna studie syftade till att fastställa om behandlingsmetoden i intensivterapiform för ungdomar med stamningsproblematik som ges i Sahlgrenska sjukhusets regi, har positiv inverkan när det gäller att minska stamningsbeteenden och stamningsproblematik samt förbättra den sociala och kommunikativa förmågan hos den enskilde."
(Nilsén & Ramberg 1999 s 74)

Man anser att stamning är ett kommunikationshandikapp, och att det bör behandlas som sådant. Terapin är influerad av icke-undvikandeterapins filosofi och av tankar och metoder från Sheehan, Stromsta (jfr s 7-8) och Van Riper med flera.

Syftet med behandlingen är att få ungdomarna att handskas bättre med stamningsproblemet, att stamma mer flytande och att utveckla social och kommunikativ förmåga. Behandlingen är i form av gruppterapiprogram under sammanlagt 21 dagar, delat i tre delar under en sexmånadersperiod. Behandlingsteamet bestod av ett antal stamningsterapeuter, en dramapedagog och flera ungdomsledare. Ungdomsledarna bestod av personer som tidigare hade genomgått intensiv stamningsterapi för vuxna. En oberoende psykoterapeut fanns med för att övervaka personalen. Varje deltagare hade sin egen individuella terapeut.

Aktiviteterna individualiserades för varje deltagares behov för ögonblicket. Individuellt arbetade man mest med problemen; problemen med bristande kontroll över talmotoriken, attityder och emotionella hinder.

Man arbetade också i smågrupper på 3-4 deltagare och 2 terapeuter, där man arbetade med kommunikation och textalträning. Man deltog även i schemalagda sociala aktiviteter och dramaövningar. Programmet var upplagt för att deltagarna skulle vara med i olika kommunikativa situationer. Programmet var mycket individuellt anpassat. Det betydde även att deltagarna gavs möjligheter att fullfölja olika modifierings- och stabiliseringsprocesser beträffande stamning, attityder, acceptans och självmedvetenhet under programmets gång.

I studien deltog 13 ungdomar, två flickor och elva pojkar i åldrarna 13 – 18 år. Den intensiva stamningsterapin gavs under tre perioder (totalt 21 dagar) under en sexmånadersperiod. Terapin innebar att patienterna hade möjlighet att arbeta med sin stamning, sin kommunikation och i stort sett hela sättet att relatera till situationer och människor.

Effekten av behandlingsprogrammet utvärderades av en oberoende lyssnare samt av terapeuter, ungdomsledare och deltagare som medverkade i terapin. Huvudvariabler som utvärderades gällde stamningsbeteende, stamningsproblematik, social förmåga samt en LCB - skala, Locus of Control of Behaviour både vid terapins start och slut. LCB - skalan studerar i vilken grad den enskilde och behandlingsgruppen är inifrån styrda, det vill säga löser problem på egen hand, respektive utifrån styrda, det vill säga ber andra om hjälp för att hitta lösningar på problemen.

Terapiprogrammet bedömdes som lyckat för varje individ, om det enskilda resultatet före respektive efter terapi visade positiv förändring på åtminstone en av de tre huvudvariablerna.

Resultaten av utvärderingen visade att variablerna stamning och stamningsproblematik minskade och att den sociala förmågan förbättrades hos deltagarna. Tolv av de tretton deltagarna hade en positiv förändring på åtminstone en av de tre nämnda variablerna efter avslutad terapi. Den oberoende lyssnarbedömningen visade att sex av deltagarna hade haft en positiv förändring av sitt tal medan sju inte haft någon förändring. När man tittade på hela gruppens svar på LCB-skalan före och efter terapi, fann man ingen signifikant skillnad. Däremot fanns det individuella skillnader i svaren vid jämförelse före och efter behandling. *"Studien har kunnat fastställa att behandlingsmetoden har positiv inverkan på en del ungdomar med stamningsproblematik."*(Nilsén & Ramberg 1999)

Den perceptuella bedömningen (lyssnarbedömningen) visar att stamningen minskade hos sex deltagare av 13 (46 %). En deltagare av dessa 13 (d.v.s. 8 %) hade förbättrats till lätt stamning efter behandlingen.

Bedömningen av stamningens problemtyngd före och efter den intensiva behandlingen gjordes av terapeuterna själva utefter en så kallad VAS-skala. (VAS betyder Visuell Analogisk Skala). Undersökningen av problemtyngden gick till så att den behandlande

terapeuten skattade stamningens svårighetsgrad och kommunikationsproblemen utefter denna skala för varje person före och efter behandlingen. Resultatet visar att stamningsproblematiken hade minskat hos fem av deltagarna (d.v.s. 39 %).

Dessa siffror ställs i relation till resultaten för Comprehensive behandlingen (jfr s 69 i denna rapport.) Noteras bör att dessa studier gjorts som utvärderingar direkt före och efter intensiv- behandling.

6.4.3 Uppföljningsstudier

Mer intressanta är de uppföljningsstudier som gjorts av behandlingsresultat:

Det finns en rapport, där man bedömt hur stamningens svårighetsgrad minskat efter terapi enligt Van Ripers modell. Deltagarna träffade terapeuten en timme per vecka i sex månader, och stamningens svårighetsgrad bedömdes av en oberoende terapeut enligt en standardiserad skala. Efter sex månaders terapi hade stamningens svårighetsgrad minskat med i genomsnitt 15 % för de tolv deltagarna. (Alm 1995 s. 162)

Van Riper själv rapporterade avsevärt bättre resultat efter åtta månaders intensivterapi. Ungefär hälften av deltagarna hade mycket flytande eller huvudsakligen normalt tal, och var i stort sett fria från rädsla och undvikande vid uppföljning 5 år efter terapin. Många fler av deltagarna hade förbättrats avsevärt. Terapin bestod av ett mycket omfattande program med i genomsnitt 10 timmars terapi i veckan under åtta månader, det mesta i grupp (totalt ungefär 320 terapitimmars). (Alm 1995 s. 162)

En studie av Eggert & Martinsson 1986, försökte långtidsmäta de livskvalitativa aspekterna av intensivterapin för vuxna vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg. De tog också med de stammande deltagarnas uppfattning om hur det gått med talet. Ingen formell mätning av talet förekom, utan kontakten skedde via enkät (Lundberg 1999 s. 342). I referensen anges tyvärr inte resultatet, och jag har ej originalartikeln tillgänglig. Det är dock intressant att ansatser har gjorts till longitudinella undersökningar av svensk icke-undvikandeterapi.

Larsson (1994) rapporterar i en uppföljningsstudie i form av enkäter till föräldrar till stammande barn 5 år efter avslutad behandling att av totalt 59 uppföljda barn, svarar 15 av deras föräldrar att de aldrig stammar, medan 27 anger att deras barn stammar ibland, utan att vara besvärade, medan 17 anges som misslyckade fall. Av de 15 spontanläkta barnen, var 13 av dem under sex år, då de genomgick behandling. Det visar en spontanläkningsfrekvens i åldersgruppen på 88 %.

Resultatet tolkas dock av författaren som att man i behandlingen uppnått resultatet genom enbart indirekt terapi av föräldrarna genom föräldrasamtal, och anser att det skulle vara ett incitament till att enbart arbeta med föräldrasamtal istället för direkt behandling av barnet (L. Larsson 1994) medan Forne-Wästlund (1994) ställer hypotesen att det snarare skulle kunna bero på spontanläkning av barn, som endast uppvisat omtagningar, och ej stamning. I alla händelser så är studien intressant, då den ger klara incitament till att tidig remittering av barn är mycket viktigt, för att kunna spåra och fånga upp de barn, som löper risk för att utveckla stamning. Oenigheten mellan författarna består mer i hur interventionen bör ske för att på säkraste sätt fånga upp barnen, med indirekt terapi genom föräldrasamtal, eller direkt talträning/behandling av barnet.

En studie av Johansson, Lundberg & Åström 1996 ville undersöka och utvärdera Intensiv stamningsterapi av ungdomar. Både ungdomarnas tal och deras attityd före, under och efter terapin, med uppföljningskontakt efter fyra månader utvärderades av terapeuterna själva.

"Vi finner både metodiska styrkor och svagheter i undersökningen och dessutom något annat intressant utvärderingsmässigt. Vi saxar från diskussionen: Men vad är resultat? Hur visar man resultat? Vi har genomfört en mager omgång resultatmässigt om man ser till yttre stamningssymtom och i resultatet på attitydskalor. Men när vi lyssnade till vad ungdomarna sade om hur de sett på sig själva, på stamningen och på gruppen fyra månader efter terapins slut har verksamheten betytt mycket. Glädjen i att tala och att taga del i kommunikationen, stoltheten och tryggheten tillsammans levde kvar också efteråt. Och sådant tar inte skalorna upp." (Lundberg 1999 s. 343)

Det är intressant att notera att flera av undersökningarna inom icke-undvikandeterapi innehåller lyssnarbedömningar av talet, vilket bör tolkas som att man är intresserad av detta, trots att förbättring av talet inte ingår som mål för terapin. Det medför att behandlingsresultaten från icke-undvikandeterapi skulle kunna jämföras med andra behandlingsformer för stamning. (Jfr s 42 i denna rapport)

6.5 Sammanfattning av kapitel 6

I denna teoridel tas sambandet mellan de kliniska erfarenheterna i relation till forskning upp. Det centrala i detta resonemang är skillnaderna mellan ett funktionellt synsätt, där man ser de primära orsakerna till stamning som en funktionsnedsättning av fysiologisk grund och ett psykoanalytiskt synsätt, där man ser de primära orsakerna till stamning som en personlighetsstörning.

I litteraturen finns mängder av olika stamningsdefinitioner, men här anges den definition antagen av Världshälsoorganisationen, (WHO), eftersom den är en internationell konvention, som efter strikt prövning uppdateras:

"Stamning innebär rubbningar i talets rytm, där individen vet precis vad han vill säga, men för ögonblicket är oförmögen att säga det på grund av ofrivillig repetition, förlängning eller avbrott av ett ljud" (WHO 1977)

Genomgång av forskningslitteraturen ger stöd för att denna definition håller, eftersom just ofrivilliga repetitioner, förlängningar eller avbrott i talet är de tecken specifika för just stamning. WHO:s klassifikation för skada, nedsättning och handikapp ger stöd för att stamning primärt är en fysiologisk skada, som sekundärt kan ge större eller mindre grad av problem hos den enskilda individen.

Genomgång av forskningsläget - vad man visste om stamning 1982, och nyare forskning med neurofysiologiska undersökningsmetoder (hjärnkartor i kombination med andra undersökningsmetoder) bevisar att stamningens primära orsaker är av fysiologisk art; det som talar för detta är bland annat den höga ärftlighetsfaktorn, sidoskillnader i hjärnan mellan stammande och icke-stammande beträffande de språkliga funktionernas lateralisering. De som stammar har till skillnad från icke-stammande många språkfunktioner lokaliserade till höger hjärnhalva, som inte är lika bra som vänster för att bearbeta sådan information. Neurofysiologiska undersökningar av stammande personer som genomgått denna behandlingsform med talträningssmetoden Precision Fluency Shaping Program (PFSP) visar att personerna efter behandlingen får en betydligt ökad aktivitet i vänster hjärnhalvas Brocaområde, när de använder de tekniker de lärt sig.

Man har även efter behandling sett minskad aktivitet i en del av det limbiska systemet (ACC), när personen talar. Man tror att det beror på att de som fått talträning också känner bättre kontroll över artikulatorerna och därmed bättre välbefinnande. Följaktligen har hjärnans aktiveringsmönster blivit mer likt icke-stammandes, med talmotorik/sensorik - bearbetning i vänster hjärnhalva, och liten aktivitet i det limbiska systemet. Med nyare forskning finns det starka bevis för att just den intensiva träningen med den *överinlärning av exakta motoriska mönster* PFSP ger banar väg för nya motoriska och sensoriska mönster i hjärnans arbetssätt som successivt överbygger det motoriska hindret och ger kontroll över talproduktionen. Känslan av ökad kontroll, med den ökade självkänsla det innebär, påverkar även andra delar av hjärnan positivt. Med andra ord ger flit och disciplin successivt utdelning i form av ökat välbefinnande.

Sedan 30 år tillbaka har ett psykoanalytiskt/psykoterapeutiskt förhållningssätt till stamning varit allena rådande inom svensk stamningsbehandling. Logopeder arbetar efter icke-undvikandeterapi, vilket innebär att den som stammar skall lära sig att acceptera stamningen och känna sig tillfreds med detta. Det medför att det hos stamningslogopeder (cirka 4 % av kåren) finns ett motstånd mot att ge talträning eller en vaghet och bristande tilltro till att det kan hjälpa. Icke-undvikandeterapi och psykoterapi har internationellt sett inte kunnat uppvisa tillfredsställande forskningsmässiga bevis på förbättringar för personer som stammar.

De enda behandlingsformer som enligt forskningen (Andrews et al, 1982) klarar de strikta krav som uppställts för goda resultat av stamningsbehandling är denna talträningssmetod - Precision Fluency Shaping Program (PFSP) och Prolonged Speech.

7. BESKRIVNING AV PROJEKTET

7.1 Programvaran Dr Fluency

Dr Fluency datorbehandlingsprogram är utarbetat av ett israeliskt företag: Speech Therapy Systems Ltd. Programmets metodik har utarbetats av Eliezer Fetterman i samarbete med logopederna vid Haddashasjukhuset i Jerusalem och Dr Robert Kroll, Universitetet i Toronto. Arye Friedman och Zev Zeitlin har svarat för programmeringen och övrig teknik. Dr Fluencyprogrammet finns på hebreiska, engelska, tyska och med detta projekt även på svenska.

7.1.1 Programvaran Dr Fluency: Teknisk beskrivning och standard

Följande system rekommenderar Speech Therapy Systems Ltd - tillverkarna av Dr Fluency, för att programmet skall fungera:

- En IBM-kompatibel PC, 486 DX eller senare.
- Minst 8 MB RAM. För Windows 95/98 rekommenderas 16 MB
- Super VGA grafikkort med 256 färger och skärmupplösning på 640* 480.
- En ledig seriell port och en parallellport.
- CD-ROM enhet.
- Mus
- Creative Sound Blaster ljudkort eller ljudkort kompatibelt med Sound Blaster.
- Hårddisk med minst 25 MB ledigt utrymme för CD installation av programmet, eller 100MB för komplett installation på hårddisken.
- Högtalare
- MS Windows 3.1 eller Windows 95/98

Programpaketet försäljs dels i klinikversion för logoped, i patientversion och i hemträningversion. Det skall ha följande innehåll:

- CD-ROM med Dr Fluencyprogrammet
- Dr Fluency användarmanual
- Supplementmanual för logoped i klinikversionen
- Manual för Fluency Maintenance i hemträningversionen
- Trouble Shooting manual
- MemoHasp - 1 plug.
- Mikrofon
- Andningsmonitor.

För teknisksupport rekommenderar Speech Therapy Systems (STS) att det finns en första linjens support i respektive land, där programmet saluförs. I andra hand, vid allvarigare fel som man inte kan komma tillrätta med, så kan man kontakta dem direkt. Företaget har dock i programmet en kraftig friskrivningsregel, enligt israelisk lag, som innebär att de ställer sig helt utan ansvar vid allvarigare tekniska fel i programmet och eventuella skador som programmet skulle kunna åsamka kringutrustning.

7.1.2 Programvaran Dr Fluency: Metodik

Programmet är ett rent *Precision Fluency Shaping* program (PFSP). Träningen följer de riktlinjer för talträning utarbetade av Dr Ronald Webster, Hollins kommunikationscenter, Roanoke, Virginia i USA. Terminologin i programvaran är dock lite mer pedagogisk än Hollins system. De taltekniker som tränas är: förlängda stavelser, rätt andningsteknik, mjuka ansatser, minskat luftryck, minskat tryck på artikulatorerna och mjuka övergångar. Dessa tekniker tränas till en början i tempot 2 sekunder per stavelse. Sedan tränas de i tempot 1 sekund och därefter i en

halv sekund per stavelse. Slutprodukten är normalt långsamt tal, vilket håller sig på 120-160 stavelser per minut.

För tempot 1 sekund per stavelse och en halv sekund per stavelse tillkommer taltekniken volymkontroll. Denna teknik har i uppgift att koordinera andning, fonation (=röstalstring) och artikulation. För att kunna få till detta behövs träning på en kompletterande talteknik, som inte programvaran kan träna. Det är tekniken hel artikulatorisk rörelse (HAR).

För att kunna dra nytta av programmet i klinisk verksamhet, krävs det att logopeden är utbildad i metodiken Precision Fluency Shaping Program (PFSP). Logopeden behöver nämligen själv kunna behärska övningarna i datorn för att kunna ge rätt instruktioner, vilket kräver egen träning. Logopeden behöver även kunna ge lika mycket kompletterande övningar utanför datorn med samma precision; tempokontrollövningar, anpassade röstövningar och artikulationsövningar, som syftar till att hjälpa den som stammar till ökad kroppsmedvetenhet: Att förankra ett flytande sätt att tala på i den egna kroppen. Principen är överinlärning av nytt motoriskt mönster.

Programmet är specialdesignat för att ge personen som stammar en stor dos individuell talträning under den tre veckor långa Comprehensive intensivbehandlingen, och på så sätt avlasta logopeden den tid det tar att på traditionellt vis ge den individuella PFSP-träningen. På traditionellt vis sker den individuella talträningen genom att logopeden sitter bredvid och ger instruktioner utifrån Websters talträningsmanual (Webster R.L, & Stoeckel C.M, 1987) med stoppur i handen. För att ge visuell feedback på mjuka ansatser och volymkontroll använder man traditionellt en röstmonitor som ger en röstkurva. Med Dr Fluencyprogrammet har man såväl stoppurfunktionen som röstkurvan inbyggd i själva programvaran.

Dr Fluencyprogrammet består av två delar:

Grundkursen är den stora delen på 627 övningar i den svenska versionen indelade i 99 olika enheter som ingår i 14 lektionsdelar. Här tränar man på samtliga tekniker: Förlängda stavelser (FS), rätt andningsteknik (RA) , mjuka ansatser (MA) , minskat lufttryck (MLT) , minskat tryck på artikulatorerna (MTA) , mjuka övergångar (MÖ) och volymkontroll (VOL).

Eftersom varje övning går om ett antal gånger tills man klarat den, så ger programmet möjligheter till 4000- 6000 träningstillfällen under den tre veckor långa intensivbehandlingen. Programmet anpassar sig således till den talmotoriska träningsdos varje individ behöver. I programmet finns det även möjligheter för logopeden att anpassa den individuella behandlingen genom att flytta fram den som har särskilda svårigheter med ett visst moment. Den sammanlagda datorträningen under intensivbehandlingen är cirka fyra timmar per dag (av 8) eller 60 timmar totalt.

Upprätthållandeträningen är hemträningdelen i lektion 15, där instruktioner ges för den dagliga morgonträningen på 15-20 minuter och även förslag på vilka övningar ur grundkursen man kan gå tillbaka till och träna på under kvällen. Där finns även en dagboksfunktion, där man kan fylla i hur den egna träningen går.

Om man vill använda Dr Fluencyprogrammet bör man vara road av datorer och tekniska lösningar, eftersom det tekniska systemet är instabilt och eftersom det finns stora brister framförallt i programmering och anpassning av programmet till ljudkort och Windows. Dr Fluency kräver kontinuerligt underhåll av logopeden i den kliniska verksamheten. (jfr teknikutvärderingen i denna rapport s. 60-61).

7.2 Kriterier för att ha nytta av Dr Fluencyprogrammet

Dr Fluencyprogrammet är jämförbart med ett CAD-program, där användarens kunskaper och vana är avgörande för hur pass stor nytta man har av det. En utvärdering som gjordes av två engelska logopedier vid universitetssjukhuset i Leeds, som arbetar med icke-undvikandeterapi och "Stuttering modification" terapi gav magra behandlingsvinster (T.Stewart & M,Bray 1998).

Logopederna hade inte själva gått igenom och lärt sig den bakomliggande praktiska träningen för Precision Fluency Shapingbehandling (PFSP) ej heller själva datorprogrammet, utan prövade ut det genom att låta en ung man med grav stamning lägga upp en individuell behandlingsplan med logopederna, där egen talträning med Dr Fluency ingick som en del.

Det blev följande innehåll: 10 individuella behandlingstillfällen för kartläggning av stamningen, och lite modifiering av talet vilket innebar rätt andningsteknik och att minska spänningar. Sedan en intensiv behandlingkurs bestående av att lätta upp blockeringar, minska undvikanden och öka självsäkerheten. Därefter en icke intensiv behandlingsterapigrupp för fortsatt uppföljning/ upprätthållande av färdigheter och stöd. Den unge mannen med stamning fick själv avgöra hur mycket han ville använda Dr Fluencyprogrammet.

Han experimenterade med Dr Fluencyprogrammet under en sexveckorsperiod. Sammanlagt blev det 12 gånger a`90 minuter (sammanlagt 18 timmar). Under denna tid arbetade han i fyra enheter av programmet. Dr Fluencyprogrammet utvärderades sedan av honom och logopeden separat.

Han tyckte att programmets instruktioner gick lättare att följa i början, men att det blev svårare, då man skulle göra mjuka ansatser (lektion 6). I den senare delen av programmet gick det inte alls att få ihop volymkontrollen med mjuka ansatser. Mjuka övergångar (lektion 9) uppfattade han som "sluddrigt, och svårt att kunna accepteras som en vettig slutprodukt för tal." Den sista delen av lektion 14 med normalt långsamt tal tyckte han var svårt att följa, eftersom tempot 120 stavelser per minut gick för fort, så att han inte kunde känna kontroll över motoriken. Därför kunde han inte klara av denna del. Men han tyckte dock att han lärde sig en del om hur talmotoriksystemet fungerar. Han kunde ibland känna av viss kontroll, men inte tillräcklig för att kunna överföra det till talet.

Logopederna tyckte att manualerna till programmet är trevliga men de förklarande texterna i själva programmet lite för långa och omständliga. Att koordinera själva tangentbordstyrningen, som krävs, samtidigt som man pratar i mikrofonen bedömdes som svårt, och då med tanke på patienter med svårigheter att koordinera motoriken. De tyckte även att det blev tjatigt för honom att behöva göra om en och samma övning om och om igen. De skulle även ha velat ha möjligheter som logoped att kunna minska antalet övningar i varje avsnitt med hjälp av *anpassning av behandling -funktionen*. Där kan logopeden enbart gå in och flytta fram den som taltränar från ett helt avsnitt till ett annat.

De tyckte även att det blev tjatigt för honom att behöva fylla i den egna utvärderingen efter varje övning. Logopederna stördes även av att talet inte låter normalt i övningarna; men kunde konstatera att den stammande mannen tyckte om konversationen med Dr Fluency, eftersom det lät mer normalt. De önskar därför fler övningar på detta avsnitt. "Dr Fluency ökade definitivt hans känsla att kunna känna kontroll över talapparaten, och ökade hans självkänsla. Men det lärde honom inte tala stamningsfritt." Logopedernas förslag på förbättringar av programmet skulle vara att Dr Fluency- teamet gjorde ett nytt "konversationsprogram" med normalare tal.

Sammanfattningsvis kom de fram till följande: Dr Fluencyprogrammet användes sammanlagt 18 timmar vid 12 olika tillfällen av en man med grav stamning, som en del av "en mer holistisk behandling". Programmet bedömdes som trevligt och med bra förklarande texter. En annan fördel var att han kunde sitta och arbeta på egen hand. Han tyckte bäst om konversationsdelen av programmet. Logopedernas slutsats är att programmet bäst lämpar sig som en del av annan

"mer holistisk" behandling. De fann en stor nackdel i att installation, hantering och underhåll av programmet kräver stor teknisk kunnighet, eftersom det dyker upp en hel del tekniska bekymmer, medan man kör programmet.

Logopederna Stewart och Bray anser att programmet lämpar sig bäst med en välmotiverad person som kan stå ut med att behöva repetera samma övning om och om igen. De tycker också att programmet verkar vara för svårt att hantera för personer med finmotoriska bekymmer. Dessutom anser de att Dr Fluencyprogrammet är ett konstruktivt program. Resultatet av träningen upplevs som att den kanske fyller sin funktion, men att den bara gav mycket liten förbättring av mannens stamning. Dr Fluencyträningen tolkades som nyttig, men inte nödvändig för hans behandlingsresultat.

Sammanfattningsvis kan följande konstateras:

För att ha nytta av Dr Fluencyprogrammet i behandlingen behöver följande kriterier vara uppfyllda:

- 1 *Ledd av en logoped med positiv syn på att intensiv talträning hjälper för personer som stammar.*
- 2 *Ledd av en PFSP - utbildad logoped, som vet vad varje träningsmoment står för, och dess målsättning. (Överinlärning för att bygga upp rätt motorisk-sensoriska spår i nervsystemet för flytande tal)*
- 3 *Ledd av en logoped som dessutom är väl intränad på Dr Fluencyprogrammet, så att rätt individuellt träningsstöd kan ges.*
- 4 *Ledd av en logoped, som dessutom behärskar programmets tekniska tillkortakommanden, för att kunna ge teknisk service och underhåll, så att datorerna fungerar smärtfritt i den kliniska verksamheten.*

7.3 Översättning och anpassning av programvaran Dr Fluency

Under den första delen av projektet översattes och bearbetades Dr Fluencyprogrammet från engelska till svenska. Den främsta anledningen till detta var rapporter från stammande personer från Europa, som åkt över till USA och Kanada, för att kunna få Precision Fluency Shaping behandling. Det visade sig att de förbättrar talflytet på engelska, men många gånger har svårt att överföra färdigheterna till sitt modersmål. Att kunna göra detta förutsätter att man har mycket god språkligt kreativ förmåga. Utifrån tidigare resonemang om rekonstruktion av rätt motoriska/ sensoriska mönster för att göra talet flytande (jfr looper s 26-27,36) så beslöt jag att översätta systemet och anpassa övningarna till våra svenska ljudkombinationer.

Översättningsarbetet och anpassningen till svenska språkets ljudsystem gjordes i samarbete mellan Eliezer Fetterman, som utarbetat den hebreiska och engelska versionen av Dr Fluency och Helena Forne - Wästlund. Ganska snart upptäckte jag att det behövdes ett system för att kontrollera att samtliga våra svenska fonem (betydelseskiljande språkljud t.ex. B och P i Bil - Pil ger olika betydelse av orden) och allofoner (ljud med samma betydelse, dialektala skillnader t.ex. främre och bakre r) i alla tänkbara kombinationer skulle finnas med i datorprogrammets övningsbank. Det är viktigt, så att den som tränar ges möjlighet till talträning med alla ljudkombinationer, som är möjliga i det svenska språket. Dessutom skulle de anpassas till de artikulatoriska principer som gäller för Precision Fluency Shaping Program (PFSP), där ljudens produktionssätt och artikulationsställen i munhålan är avgörande för övningarnas progression.

För dig läsare som är extra intresserad av de detaljerade bakomliggande fonetiska principerna utarbetade utefter IPA - International Phonetic Associations standard och anpassat till R. L Websters system för Precision Fluency Shaping Program (PFSP), rekommenderas vidare läsning i artikeln "*A phonetic schedule for adaptation of PFSP into Scandinavian Languages*" (Forne-Wästlund, 2000) publicerad i Proceedings från tredje världskongressen för stamningsforskning (IFA-kongressen) i Nyborg 2000.

Resultatet har blivit en övningsbank som täcker alla tänkbara ljudkombinationer i vårt svenska språk.

7.4 Sökande efter deltagare till projektet

Information om projektet och förfrågan efter personer med stamning som önskade att delta i projektet gjordes i samband med Sveriges Stamningsföreningars Riksförbunds årsmöte i Södertälje i november 1997. Projektbeskrivning och förfrågan publicerades även i PLUS nr 4/97. Ett upprop till logopedkollegor om intresserade stammande patienter annonserades i Logopednytt 3/98.

De första tio som sökte beviljades plats i projektet. Inget urvalsförfarande gjordes beträffande ålder, kön, stamningsens svårighetsgrad eller andra kriterier. Det var både av etiska och metodiska skäl. Jag ville göra utredningen med öppna ögon och så nära en klinisk verklighet som möjligt och inte begränsas av eventuella felkällor, på grund av förutfattade meningar t ex att man skulle tro att vissa kategorier skulle ha lättare för behandlingen än andra.

Det visade sig bli en grupp på 10 deltagare i åldern 20 till 54 år. Det var två kvinnor och åtta män med varierande grad av stamning; från mycket lätt till mycket grav stamning.

7.5 Uppläggning av utvärderingsprojektet

Val av kliniska utvärderingsinstrument gjordes i samarbete mellan Helena Forne-Wästlund, Eliezer Fetterman och Dr Robert Kroll. Det följer de utvärderingsinstrument som är gängse inom kliniskt utredningsarbete av stamningsbehandling:

1. Bedömning av stamningsens svårighetsgrad genom analys av videoinspelning av varje person före och efter behandling med hjälp av *Stuttering Severity Instrument (SSI)* (Glyndon D. Riley 1994). Här mäts stamningsens frekvens, blockeringarnas varaktighet och medrörelser. Det läggs sedan ihop till en totalpoäng för stamningsens svårighetsgrad. Denna skala gjorde jag i detta projekt om till ett skattningsformulär, som ligger till grund för lyssnarbedömningar av andra än mig. Detta för att få projektutvärderingen utförd av andra. Materialet översattes och anpassades till svenska.
2. Bedömning av stamningsens problemtygnd genom undersökningsenkäten *Perception of Stuttering Severity (PSI)* (Woolf 1967) Denna skala består av 60 påståenden om stamning och ges till den enskilde för att fylla i. För varje påstående får man kryssa i om det är "karaktäristiskt för mig just nu".
3. Bedömning av egen kommunikationsförmåga genom undersökningsenkäten *Ericson S-24* (Andrews & Ericson 1974) Här finns 24 påståenden om kommunikation som den enskilde får fylla i. Varje påstående behöver man besvara med antingen SANT eller FALSKT. Svaren skall ges "så här är det för mig just nu".
4. Bedömning av egen inställning till att lösa problem genom undersökningsenkäten *Locus of Control of Behaviour (LCB)* (Craig et al 1984) Här finns 17 påståenden som den

enskilde får skatta längs en skala från 1 (instämmer verkligen inte) till 5 (instämmer helt). Svaren skall ges "såhär tycker jag just nu".

5. En utvärderingsenkät konstruerades av mig med frågor rörande Dr Fluencys datorprogram och behandlingen. Denna enkät skulle administreras och sammanställas av en oberoende bedömare vid femmånadersuppföljning efter intensivbehandlingen, som var tänkt att avrunda projektutredningen vid årsskiftet 1998/99.

Intentionen var att om möjligt kunna göra en jämförande kontrollstudie mellan denna intensivbehandling och någon svensk behandlingsform för stamning som ges med motsvarande intensitet. Valet blev då Sahlgrenska sjukhusets stamningsintensiv. Den ges totalt under tre veckor uppdelad på tre enveckorsdelar.

Förfrågan ställdes till de ansvariga i Arbetsgruppen för Intensiv Stamningsterapi med redogörelse för innehållet i undersökningen - en objektiv jämförande studie med erbjudande till dem av Sahlgrenskas patienter som frivilligt önskade vara med som kontrollgrupp till deltagarna i detta projekt.

Svaret blev nekande från de verksamhetsansvariga logopederna med följande motiveringar: "*Behandlingarna har olika målsättning (icke-undvikandeterapi respektive flyt-träning) som omöjliggör en jämförelse.*" Följt av en lång lista hur utredningen "inte borde göras" med hänvisning till "*sedvanlig vetenskaplig praxis*". (Jfr s. 34,35,70)

Tanken på en jämförande kontrollstudie fick läggas åt sidan. Istället utfördes en mindre utredning med jämförelse av deltagarnas stamning och attitydenkäter före och efter intensivbehandlingen och uppföljningsresultat efter fem månader. Det kompletterades senare med ytterligare uppföljningar efter ett och två år.

7.6 Uppläggning av behandlingen

Behandlingens uppläggning gjordes som tidigare nämnts i samarbete mellan Helena Forne-Wästlund, Sverige, Eliezer Fetterman, Israel och Robert Kroll, Kanada. Uppläggningsen följer den som ges av Dr Kroll vid Speech Foundation of Ontario, Universitetet i Toronto.

Två behandlingsgrupper med fem personer i varje ansågs utgöra ett bra underlag för utvärdering. Under några intensiva veckor i Örebro fick Forne-Wästlund teoretisk och praktisk utbildning i behandlingen Comprehensive Stuttering Program av Dr Kroll. Behandlingsplaneringen lades upp i grova drag, med de fyra delarna undervisning, individuell träning och transferträning i grupp (senare ute på stan) och hemträning.

Samtidigt fick Forne-Wästlund teknisk utbildning av E. Fetterman på att kunna hantera programvaran Dr Fluency tillräckligt bra för att kunna få programmet att fungera smärtfritt på leasade klinikdatorer under intensivbehandlingen. Även att kunna ge första linjens tekniskt stöd vid hemträning. Möjligheter till tekniskt stöd för hårdvaran vid behov kontrakterades med återförsäljaren PeCe-data i Örebro.

En stor lokal hyrdes vid Ånnaboda konferenscenter, lagom stor för att kursdeltagare både skulle kunna sitta ostörda vid datorerna, och ge utrymme för undervisning och röst-transferövningar i grupp. Konferenscentrets campingstugor bokades för kursdeltagarna. Den första gruppen gick den 13/8 - 28/8 och den andra den 14/9 - 29/9 1998.

7.6.1 Intensivbehandlingen

Intensivbehandlingen under projekttiden skedde dagligen av praktiska skäl, både beroende på projektekonomi och att deltagarna kom från olika delar av landet. Kurstiden var 8.30 - 17.00. Behandlingen är mycket strukturerad med vissa avsnitt som skall gås igenom varje dag. Klockan 9.30, 13.00 och 15.30 hade vi samling. Träningen kretsar kring dessa givna teoretiska genomgångar. Det är undervisning i fonetik och genomgång av de artikulatoriska principer vi kommer att arbeta vidare med under dagen. Det finns även möjligheter till att ta upp frågor som kommer upp. Vi går även igenom en del röstfysiologi och neurologi.

Arbets sättet här är att ökad kunskap om stamning och flytande tal gör att problemtygnden tenderar att reduceras. Samlingarna ger också möjligheter till erfarenhetsutbyte. Vi lär oss av varandra! Ett viktigt moment är genomgången av skillnaden mellan positiv och negativ hemlig träning (Covert Practise). Det är att gå ifrån att tänka problem till att tänka möjligheter. Det gäller ju inte bara stamning, utan andra vanor och ovanor vi alla har, om vi så stammar eller inte. Denna del är en mental förberedelse på att förändra ett mönster; i det här fallet att använda talteknikerna, och därmed ta ökad kontroll över kommunikationen.

Mellan samlingarna är träningspassen inlagda med omväxlande individuell träning vid datorn och röst- och transferövningar i grupp. De sista dagarna arbetar vi med slutprodukten Normalt Långsamt Tal, vilket är det taltempo där man kan känna flyt genom kontroll över vad man gör med rösten och artikulatorerna. Erfarenheterna jag funnit är att det brukar ligga på 120-160 stavelser per minut för personer som i utgångsläget hade lätt till måttlig stamning. För dem med utgångsläget grav till mycket grav stamning, är ett betydligt lägre tempo att rekommendera för att känna av de artikulatoriska tekniker som ger flyt. Några behöver hålla ett tempo på 80 stavelser/minut för att kunna bibehålla kontrollen - att jämföras med blockeringar på upp till 30 sekunder långa! Här kan vi tala om en rejäl tidsvinst man gör genom att dra ner taltempot!

Det normalt långsamma talet tränas genom att deltagarna får göra olika strukturerade transferövningar utifrån ett protokoll, där vi kontrollerar teknikerna. Vid det här laget brukar kursdeltagarna känna en så pass god kontroll av talmotoriken att de utan vidare kan börja ge sig i kast med de talträningssuppgifter de får. Det består av ett antal telefonsamtal och flera timmar i centrala Örebro, där de frågar efter information utifrån intresse. På så sätt har de provat sina tekniker under tre heldagar, innan de åker hem.

För att beskriva intensivbehandlingen, varför inte låta några kursdeltagare komma till tals?

Så här beskriver Melker Härefors i PLUS 1/99:

En betraktelse av Melker Härefors.

"I mitten av september var det så dags för kursen. Denna var förlagd till en kurs- och fritidsgård i Ånnaboda som ligger i Kilsbergen några mil norr om Örebro, ett underbart vackert ställe. Här skulle vi tillbringa 17 intensiva dagar. Platsen passade mig bra eftersom jag också planerade att ägna kvällarna åt löpträning inför Lidingöloppet i början av oktober. Vi var fem personer från olika delar av Sverige.

Det visade sig redan första dagen att Dr Fluency är inget latmansgöra, vi skulle få arbeta från tidiga morgnar till sena kvällar. De som inte blev klara med sina övningar fick hemläxa av Helena, som visade sig vara en riktig slavdrivare. Lektionerna var indelade i tre delar: föreläsningar, datorövningar och transferövningar. Under föreläsningarna lärde

oss Helena det mesta om stamningsfoniatri; vi fick lära oss allt om vokaler, tonande konsonanter, frikativor och klusiler.

Datorn tillåter inget fusk och det kan kräva åtskilliga timmars träning på varje enskild övning innan man lyckas få till ljudkurvor som blir godkända. Det ger också en betydligt större medvetenhet om talet när man får en grafisk realtidsutvärdering av ljuden och själv kan se vad man gör, jämfört med när man gör övningar utanför datorn och är hänvisad till mer eller mindre subjektiva omdömen. Vi satt emellertid inte bara vid våra datorer och tränade. Med jämna mellanrum kom Helena och ropade "transferdags"! Då skulle vi träna på att överföra tekniken till naturliga talsituationer. Oftast kom dessa övningar som välkomna avbrott i datorträningen, men ibland kunde det vara svårt att slita sig från datorn. Då kunde Helena få höra: - Kommer du och stör nu igen när vi sitter och arbetar!

Mot slutet av perioden när vi lyckats arbeta oss igenom alla momenten i Dr Fluency blev det mer av transferövningar. Ett moment var att genomföra ett stort antal telefonsamtal med användning av tekniken. Vi var också inne i Örebro och tränade på tekniken i mer normala situationer. Vi gick då två och två och utförde olika uppdrag vi fått av Helena. Efter varje träningstillfälle utvärderade vi hur tekniken fungerade och förde protokoll över detta.

Vistelsen i Ånnaboda avslutades med att dokumentera nuläget. Detta gjordes genom att upprepa de moment med videoinspelning och tester som gjordes under den inledande undersökningen. Samtliga i gruppen hade under dessa veckor lärt sig att arbeta med metoden och att modifiera talet. För många var det en mycket påtaglig förändring till det bättre.

Dags att återvända till verkligheten. Nu hade de 17 dagarna i Ånnaboda kommit till sin ända och det var dags att resa hem. Tiden här hade gått otroligt fort och vi hade haft roligt så gott som hela tiden. De som trott att träningen med Dr Fluency var slut nu hade väldigt fel. Vi hade bara kommit till slutet på början. Det är egentligen först nu som träningen börjar på allvar. "

Så här beskriver Britt-Marie Fraenkel i PLUS 1/99:

Första dagen av resten av mitt liv.

Den 14 september 1998: Första dagen på resten av mitt liv. Jag var på väg till Örebro och stamningsbehandling med Dr Fluency.

En dag i slutet av maj hade jag tagit kontakt med sjukhusets logoped i min hemstad, Varberg. Jag ville få behandling mot min stamning. Jag hade en gång förut i vuxen ålder för 6-7 år sedan gått på behandling för att lära mig stamma mjukare, lära mig att stamma rätt. Jag försökte med detta men misslyckades; säkert p. g. a att jag sedan 50 år tillbaka försökt dölja att jag är stammare.

Jag är 54 år, har tre bröder som alla stammar mer eller mindre. Min dotter gick hos skolans logoped under hela sin grundskoletid p g a stamning. När jag skulle välja yrkesinriktning efter studenten blev jag av studievägledaren rådd att inte utbilda mig till psykolog. "Man löser inte sina egna problem genom att bli psykolog". Jag valde att utbilda mig till psykolog och har arbetat som skolkurator på en högstadieskola i över 20 år.

Min stamning har självklart begränsat mig i mitt yrke även om jag ofta fått höra att det är till stor hjälp för de ungdomar som behöver stöd att upptäcka att vuxna inte är felfria.

Ibland känns stamningen jobbigare och denna majdag i slutet av terminen var en sådan. Jag tänkte undersöka möjligheten till någon form av sommarbehandling.

Logoped Ingrid Fridén rekommenderade Helena Wästlund i Örebro, som hade till svenska översatt en utomlands välkänd metod att behandla stamning. Jag fick veta att behandlingen krävde 17 dagars internatvistelse under september månad. Efter samtal med rektor bestämde jag mig på stående fot: Detta skulle jag göra.

Träningen pågick varje dag från kl. 8.30–17.00 utom på söndagar, då vi började 12.00. Ändå räckte denna tid ej till. Vi jobbade även kvällar. Ändå upplevde jag aldrig träningen som tråkig. Ibland när jag körde fast på mina mjuka ansatser, kände jag mig uppgiven. Men med goda råd från Helena och uppmuntran från övriga deltagare jobbade jag vidare."

7.6.2 Hemträningen

För att bibehålla det betydligt mer flytande sättet att tala på, som man lärt sig under intensivträningen behöver man fortsätta att träna dagligen. Man ska ge sig själv chansen att använda sig av teknikerna i vardagen. På så sätt blir det snabbare en naturlig vana. Det är den allra bästa träningen. Ju större andel av dagen man använder teknikerna, desto snabbare leder det till stabilisering av de nya motorisk-sensoriska spåren i hjärnan för talflyt.

Deltagarna i projektet fick Dr Fluencyprogrammet installerat på sina hemdatorer. Det fungerade bra på vissa datorer, men inte på alla. För två deltagare var det återkommande problem med programvaran, som påverkade möjligheterna till regelbunden hemträning. De perioder datorn fungerade, så kunde de hålla uppe ett bättre talflyt. Vi provade ett system med att de fick skicka databaser till mig för kontroll av hemträningen. Det fungerade inte för alla, då minsta konfigurationsändring i hemdatorn kunde påverka databasen.

En tröskel vad gäller hemträningen visade sig ligga vid 6 -9 månader. De som då kunde övergå från datorträningen till att använda teknikerna i vardagen, var de som klarade bäst att hålla uppe talflytet. Egna utarbetade rutiner verkar vara det bästa på lång sikt.

7.6.3 Uppföljningar

Uppföljningar skedde för vardera gruppen efter tre månader. För den första gruppen i Lund, och för den andra i Göteborg. Ytterligare uppföljning skedde för bägge grupper efter fem månader här i Örebro. Även efter ett år skedde uppföljning här i Örebro, men eftersom flera hade svårt att komma ifrån, så fick dessa få komma på individuella tider.

Uppföljningarna innehåller ett gemensamt program med röst - transferövningar, repetition av teknikerna. En stor del upptas av diskussioner för att delge varandra olika träningsråd för olika kommunikativa situationer. Under uppföljningshelgerna skall deltagarna ta tillfället i akt för att använda teknikerna så mycket som möjligt. Då blir det automatiskt en stor träningsdos för den som kanske inte varit så flitig. Det är aldrig för sent att börja om.

I anslutning till fem-månaders uppföljningen och ettårsuppföljningen undersöktes deltagarnas talflyt med samma undersökningsförfarande som före - och efter behandling: Videospelning och ifyllande av PSI, Ericson S-24 och LCB -skalan.

Ytterligare uppföljning skedde av oberoende utredare per telefonintervju och bedömning av talet efter två år.

7.7 Sammanfattning av kapitel 7

I detta projekt har ett israeliskt datoriserat talträningsprogram för Precision Fluency Shaping utprovats som del i Comprehensivebehandling (CSP). Programmet Dr Fluencys' metodik har utvecklats av Eliezer Fetterman i samarbete med Dr Robert Kroll vid universitetet i Toronto och logopederna vid Haddashasjukhuset i Jerusalem. Programmeringen har utvecklats av Arye Friedman och Zev Zeitlin vid Speech Therapy Systems Ltd, Israel.

Programmet består av en grundträningsdel, som är tänkt att användas som individuell talträning vid PFSP-behandling, och en hemträningsdel, som är tänkt för att strukturera hemträningen för att upprätthålla färdigheterna i flytande tal. Programmet är specialdesignat för att ge personen som stammar en stor dos individuell talträning under den tre veckor långa Comprehensive intensivbehandlingen, och på så sätt avlasta logopeden den tid det tar att på traditionellt vis ge den individuella PFSP-träningen.

Programmet har översatts och anpassats till vårt svenska språkljudssystem av logoped Helena Forne-Wästlund i samarbete med metodutvecklare Eliezer Fetterman, Israel. Det täcker alla våra ljudkombinationer i det svenska språket. *Grundkursen* är den stora delen på 627 övningar i den svenska versionen indelade i 99 olika enheter som ingår i 14 lektionsdelar. Här tränar man samtliga artikulatoriska tekniker för ett flytande tal.

För att kunna dra nytta av programmet i klinisk verksamhet, krävs det att logopeden är utbildad i metodiken Precision Fluency Shaping Program (PFSP). Dessa erfarenheter bygger på en engelsk utvärdering med magra resultat, där Dr Fluency testades av logopeder, som en del i icke- undvikandeterapi och modifieringsterapi enligt Van Riper.

Logopeden behöver nämligen både själv kunna behärska övningarna i datorn för att kunna ge rätt instruktioner, vilket kräver egen träning. Logopeden behöver även kunna ge lika mycket kompletterande övningar utanför datorn med samma precision; tempoövningar, anpassade röstövningar och artikulationsövningar med mål att deltagarna skall kunna förankra i kroppen ett mer flytande sätt att tala på. Principen är överinläring av nytt motoriskt mönster.

För att ha nytta av Dr Fluencyprogrammet i behandlingen behöver följande kriterier vara uppfyllda:

- *Ledning av en logoped med positiv syn på att intensiv talträning hjälper för personer som stammar.*
- *Ledning av en PFSP - utbildad logoped, som vet vad varje träningsmoment står för, och dess målsättning, dvs överinläring för att bygga upp rätt motorisk-sensoriska spår i nervsystemet för flytande tal.*
- *Ledning av en logoped som dessutom är väl intränad på Dr Fluencyprogrammet, så att rätt individuellt träningsstöd kan ges.*
- *Ledning av en logoped, som dessutom behärskar programmets tekniska tillkortakommanden, för att kunna ge teknisk service och underhåll, så att datorerna fungerar smärtfritt i den kliniska verksamheten.*

Projektet sökte via Sveriges Stamningsföreningar och annons i Logopednytt stammande personer till projektet. De första tio som anmält sig antogs till projektet. Det visade sig bli en grupp på 10 deltagare på mellan 20 och 54 år. Det var två kvinnor och åtta män med varierande grad av stamning, från mycket lätt till mycket grav stamning.

Projektledaren utbildades av Dr Robert Kroll i Comprehensivebehandling med Precision Fluency Shaping Program, liksom i datoranvändning och service av Eliezer Fetterman. Behandlingen utfördes intensivt i internatform i två omgångar på 17 dagar vardera, med fem deltagare i varje grupp. Hemträningen skedde genom installation och träning på Dr Fluencyprogrammet på deltagarnas hemdatorer och kontakt vid behov. Uppföljning skedde efter tre månader, efter fem månader och efter ett år. Ytterligare uppföljning skedde av oberoende utredare per telefon efter två år.

8. BEHANDLINGSRESULTAT

8.1 Fallbeskrivning av de nio deltagarna som fullföljde behandlingen kompletterad med oberoende lyssnargruppers skattningar av deras talflyt.

Här beskrivs varje enskild deltagares behandlingsresultat som fallbeskrivning. Av integritetsskäl är namnen på deltagarna i denna sammanställning fiktiva.

Videoinspelningarna bedömdes av en lyssnarpanel av 20 logopedier och logopedstudenter som en pilotstudie före- och efter behandling under hösten 1998 av deltagarna. Videoinspelningarna visades för logopedgruppen en efter en före respektive efter behandling. De fick bedöma stamningens svårighetsgrad efter en skattningsskala från 0 till 5, utefter hur pass flytande de tyckte varje person talade. (Baserad på Riley: Stuttering Severity Instrument, SSI 1994).

Videoinspelningarna för varje person under intervju och högläsning före- och efter behandling, 5 månader och 1 år efter intensivbehandlingen ordnades slumpmässigt på ett videoband. En lyssnarpanel av 16 vanliga personer i åldern 12 - 68 år med skiftande yrkesbakgrund fick utefter samma skattningsformulär bedöma stamningens svårighetsgrad utefter hur pass flytande varje person talade.

Eftersom inspelningarna var slumpordnade, visste inte lyssnargruppen till skillnad från logopedgruppen om sekvenserna var inspelade före eller efter behandling, eller vid uppföljningarna. De fick bedöma två minuters tal för varje sekvens utifrån ett skattningsformulär, genom att ange på en femgradig skala stamningens troliga frekvens, blockeringarnas längd, medrörelsernas svårighetsgrad och ge ett sammantaget intryck av stamningens svårighetsgrad.

En uppföljande studie 2 år efter behandlingen gjordes i enlighet med Bloodsteins uppföljningsrekommendationer. Vid uppföljningen ringdes projektdeltagarna upp utan förvarning och intervjuades på band av en av de utomstående undersökare som genom tidigare deltagande i lyssnarpanelen hade viss vana att bedöma talflyt. Vid uppföljningen fick undersökaren tag på åtta av de nio projektdeltagarna.

Anton, 21 år

Bakgrund: Började stamma vid 2-3 års ålder. Stamningen är ärftlig, far har tidigare stammat. Anton hade tidigare genomgått 25 gångers andningsträning hos logoped. Beskriver behandlingen som värdelös.

Kliniska observationer under intensivbehandlingen: Arbetar effektivt och med stort tålamod vid datorn. Tycker om röst - och transferträningen i grupp. Testar att använda talteknikerna även utanför behandlingsrummet. Känner sig tillfreds med transferträningen, där man använder talteknikerna ute på stan.

Attityd: Jag förbättrar mitt talflyt genom träningen, och det fungerar!

Lyssnargruppens bedömning av stamningens svårighetsgrad, (se även bilaga 3):

Före behandling - Svår

Efter behandling - mycket lätt stamning

Efter 5 månader - mycket lätt

Efter ett år - lätt

Efter 2 år - normalt icke-flyt, ingen stamning.

Bertil, 54 år

Bakgrund: Började stamma någon gång under barndomen. Ingen information om ärftlighet. Bertil har genomgått ungefär 100 behandlingstillfällen, huvudsakligen röstbehandling och akupunktur. Tycker inte det fungerat bra på grund av dålig kontinuitet i behandlingarna.

Kliniska observationer under intensivbehandlingen: Tycker inte om datorträningen. Tycker mycket bättre om röst- och transferövningarna i grupp. Svårigheter att försöka använda sina taltekniker utanför behandlingsrummet, och att använda dem under transferträningen ute på stan.

Attityd: Jag blir otålig över att behöva prata långsammare.

Lyssnargruppens bedömning av stamningens svårighetsgrad:

Före behandling - Mycket svår
Efter behandling - mycket lätt
Efter 5 månader - lätt - medelsvår
Efter ett år - medelsvår/svår
Efter 2 år - svår, (se även bilaga 4).

Calle, 43 år

Bakgrund: Började stamma vid 3-4 års ålder. Ingen uppgift om ärftlighet. Tidigare behandlingar har främst varit intensiv icke-undvikandeterapi och talträning med Stutter - free speech. Sammantaget över 100 behandlingstillfällen, som bara har gett kortvariga resultat.

Kliniska observationer under intensivbehandlingen: Arbetar effektivt och med stort intresse och tålamod vid datorn. Tycker om röst - och transferträningen i grupp. Testar av att använda talteknikerna utanför behandlingsrummet. Känner sig tillfreds med transferträningen ute på stan.

Attityd: Jag gillar det jag gör, eftersom jag känner att jag fått en ökad kontroll över mitt tal.

Lyssnargruppens bedömning av stamningens svårighetsgrad:

Före behandling - Svår stamning.
Efter behandling - Normalt icke-flyt, ingen stamning
Efter 5 månader - Normalt icke-flyt, ingen stamning
Efter ett år - Normalt icke-flyt, ingen stamning
Efter 2 år - normalt icke-flyt, ingen stamning. (se även bilaga 5)

David, 42 år

Bakgrund: Började stamma under barndomen. Stamningen är ärftlig. Har tidigare gått i icke-undvikandeterapi vid 30-40 tillfällen. Behandlingen gav dåligt resultat.

Kliniska observationer under intensivbehandlingen: Tycker mycket om datorträningen vid två sekunders- stavelser, men får stora svårigheter när taltempot ökar. Vägrar under de första dagarna att delta i röst - och transferövningarna i grupp beroende på talrädsla. När han fått individuell röstträning och råd av logopeden kommer han över det delvis. Men under hela resten av intensivbehandlingen känner han sig tvekan i gruppövningarna. Har mycket svårt att använda sina taltekniker under transferövningarna på stan beroende på ångest i talsituationer och svårigheter att få igång rösten inne i orden.

Attityd: Det här är den bästa träning och behandling jag någonsin fått. Trots att det inte hjälper mig till 100 %, så får jag i datorövningarna på 2 sekunder möjligheter att känna flytande tal. Det ger mig i alla fall lite hopp inför framtiden att kunna minska min ångest genom att få talet att flyta bättre.

Lyssnargruppens bedömning av stamningens svårighetsgrad:

Före behandling – Svår
 Efter behandling – svår
 Efter 5 månader – svår
 Efter ett år - medelsvår. (se även bilaga 6)
 Efter två år - Ingen rapport.

Erik, 49 år

Bakgrund: Såvitt han minns har han alltid stammat. Det finns inga uppgifter om ärftlighet. Tidigare behandling har mest varit röstträning. Det hjälpte lite, men följdes inte upp.

Kliniska observationer under intensivbehandlingen: Arbetar effektivt och med stort intresse och tålamod vid datorn. Tycker det är roligt med röst - och transferövningarna i grupp. Använder sina taltekniker även utanför behandlingsrummet. Känner sig väl tillfreds under transferövningarna ute på stan.

Attityd: Jag förbättrar mitt tal. Jag kan känna lyckan och harmonin i det flytande talet.

Lyssnargruppens bedömning av stamningens svårighetsgrad:

Före behandling - Mycket lätt
 Efter behandling - Normalt icke-flyt, ingen stamning
 Efter 5 månader - mycket lätt
 Efter ett år - Normalt icke-flyt, ingen stamning
 Efter 2 år - Normalt icke-flyt - ingen stamning. (se även bilaga 7).

Filippa, 48 år

Bakgrund: Började stamma vid sex års ålder efter en traumatisk upplevelse och en allmänt problematisk situation. Inga uppgifter om ärftlighet. Under 15 års tid har hon fått behandling hos flera olika logopedier sammanlagt ungefär 75 gånger. Behandlingen har huvudsakligen varit icke-undvikandeterapi och talträning. Går i psykoterapi. Har mestadels haft nytta av tidigare behandlingar.

Kliniska observationer under intensivbehandlingen: Har svårt att känna sig tillfreds med datorträningen. Tycker inte särskilt mycket om datorn. Tycker lite bättre om röst - och transferövningarna i grupp. Ställer sig kritisk till talträningen, eftersom hon är tveksam till om talträningen kan hjälpa henne att minska sin ångestnivå, särskilt inför olika talsituationer. Använder dock talteknikerna ganska bra utanför behandlingsrummet. Använder talteknikerna väl under transferövningarna ute på stan.

Attityd: Är du verkligen säker på att du kan ge mig någon hjälp?

Lyssnargruppens bedömning av stamningens svårighetsgrad:

Före behandling - Medelsvår till svår
 Efter behandling - Mycket lätt
 Efter 5 månader - Normalt icke-flyt, ingen stamning
 Efter ett år - Normalt icke-flyt, ingen stamning
 Efter 2 år - Normalt icke-flyt/ ingen stamning. (se även bilaga 8).

Gustav, 27 år

Bakgrund: Började stamma vid 6 års ålder. Inga uppgifter om ärftlighet. Tidigare behandling har huvudsakligen varit icke-undvikandeterapi och stutterfree speech, sammanlagt ungefär 25 gånger. Behandlingarna har inte givit några förbättringar på längre sikt.

Kliniska observationer under intensivbehandlingen: Arbetar effektivt och med stort tålamod vid datorn. Tycker det är roligt med röst- och transferövningarna i grupp. Har svårt att testa sina taltekniker utanför behandlingsrummet, eftersom han inte tycker om att göra något som känns nytt och onaturligt. Har svårigheter att använda talteknikerna under transferövningarna ute på stan. Ställer sig kritisk till talträningen, eftersom han är tveksam till att han skall kunna lyckas använda talteknikerna tillräckligt bra för att kunna minska sin allmänna rädsla inför olika talsituationer.

Attityd: Det känns så onaturligt att prata på det här sättet. Hur skall jag kunna få talteknikerna att fungera utanför behandlingsrummet?

Lyssnargruppens bedömning av stamningens svårighetsgrad:

Före behandling - Medelsvår

Efter behandling - Mycket lätt

Efter 5 månader - lätt

Efter ett år - Mycket lätt

Efter 2 år - medelsvår stamning. (se även bilaga 9).

Ingrid, 54 år

Bakgrund: Har stammat så länge hon minns. Troligen ärftligt, eftersom hon har tre bröder som stammar. Har tidigare genomgått 75-100 gångers behandling, mestadels talträning, icke-undvikandeterapi och hypnos. Hon kunde inte känna sig tillfreds med icke-undvikandeterapi.

Kliniska observationer under intensivbehandlingen: Arbetar effektivt och med stort intresse vid datorn. Tycker det är roligt med röst- och transferövningarna i grupp. Använder sina taltekniker även utanför behandlingsrummet. Känner sig väl tillfreds under transferövningarna ute på stan.

Attityd: Jag känner kontroll. Det är mycket intressant att se om det fungerar eller inte.

Lyssnargruppens bedömning av stamningens svårighetsgrad:

Före behandling - Normalt icke-flyt, ingen stamning

Efter behandling - Normalt icke-flyt, ingen stamning

Efter 5 månader - Normalt icke-flyt, ingen stamning.

Efter ett år - Normalt icke-flyt, ingen stamning

Efter 2 år - Normalt icke-flyt, ingen stamning. (se även bilaga 10).

Johan, 25 år

Bakgrund: Började stamma vid tre års ålder. Ingen uppgift om ärftlighet. Tidigare behandlingar har varit mestadels icke-undvikandeterapi, stutterfree speech och psykoterapi under sammanlagt ungefär 50 gånger.

Kliniska observationer under intensivbehandlingen: Arbetar effektivt, men något otåligt vid datorn. Tycker det är roligt med röst- och transferövningarna i grupp, eftersom han märker att röstträningen förbättrar hans talflyt väldigt mycket. Har svårt att pröva teknikerna utanför behandlingsrummet, eftersom han inte tycker om att göra något som känns nytt och onaturligt. Svårigheter att använda sina taltekniker under transferövningarna ute på stan. Han ställer sig ganska tvekan och negativ till att kunna lyckas tillräckligt bra med att använda sina taltekniker för att kunna minska sina spänningar i olika talsituationer.

Attityd: Det känns så onaturligt att prata på det här sättet. Vad skall folk tänka och tycka?

Lyssnargruppens bedömning av stamningens svårighetsgrad:

Före behandling – Medelsvår

Efter behandling – Lätt

Efter 5 månader - Lätt.

Efter ett år – Medelsvår

Efter 2 år - lätt stamning. (se även bilaga 11).

8.1.1 Sammanfattning

Före behandling bedömer lyssnarpanelen Ingrid som normalt tal, ingen stamning. Erik bedöms ha mycket lätt stamning. Gustav och Johan bedöms som medelsvår stamning. Anton, Calle, David och Filippa bedöms ha svår stamning. Bertil bedöms ha mycket svår stamning.

Efter behandling bedömer lyssnarpanelen att Calle, Erik och Ingrid har normalt icke-flyt, ingen stamning. Anton, Bertil, Filippa och Gustav bedöms ha mycket lätt stamning. Johan bedöms ha lätt stamning. David bedöms ha svår stamning. De deltagare som känt sig mest positiva och tillfreds med att använda sig av talteknikerna även utanför behandlingsrummet och under transfersituationerna ute på stan har gjort störst framsteg under intensivbehandlingsveckorna.

Vid uppföljning efter fem månader bedömer lyssnarpanelen att Calle, Filippa och Ingrid har normalt icke-flyt, ingen stamning. Anton och Erik bedöms ha mycket lätt stamning. Bertil, Gustav och Johan bedöms ha lätt stamning och David bedöms ha svår stamning.

Vid uppföljning efter ett år bedömer lyssnarpanelen att Calle, Erik, Filippa och Ingrid har normalt icke-flyt, ingen stamning. Gustav bedöms ha mycket lätt stamning. Anton bedöms ha lätt stamning. Bertil, David och Johan bedöms ha medelsvår stamning.

Vid telefonuppföljning efter två år bedöms Anton, Calle, Erik, Filippa och Ingrid av oberoende utredare som normalt icke-flyt, ingen stamning. Johan bedöms ha lätt stamning. Gustav bedöms ha medelsvår stamning. Bertil bedöms ha svår stamning. (se även bilaga 1).

8.2 Hur påverkar talträningen stamningsproblemet? Undersökning med Perception of Stuttering Inventory (PSI)

En vanlig uppfattning inom icke-undvikandeterapi är att talträningen för ett mer flytande tal inte kommer åt stamningen som problem. Det är en av orsakerna till varför man hyser en negativ hållning till talträning och flytträningstekniker.

En viktig del av utvärderingsprojektet blev därför att ta reda på hur det förhåller sig med den saken. Projektdeltagarna fick före och efter intensivbehandlingen och vid uppföljningarna 5 månader och ett år efter intensivbehandlingen fylla i ett formulär med 60 olika påståenden om stamning: Perception of Stuttering Inventory (PSI) (Woolf 1967).

Varje deltagare får enskilt kryssa för de påståenden som "är karakteristiska för dig just nu". Varje påstående är förknippad med en av de tre dimensionerna för stamningstygnd: kamp i talsituationer, undvikande av kommunikativa situationer och förväntning på att stamma.

Resultatbedömning: För respektive del - Kamp, undvikande, förväntning görs följande analys:

Poänggräckvidd:	Svårighetsgrad:
Mindre än 7 poäng:	Lätt
Mellan 8 och 11 poäng:	Måttlig
Mellan 12 och 15 poäng:	Måttlig till grav
Mellan 16 och 20 poäng:	Grav

För att åskådliggöra sambandet mellan resultaten från PSI (stamningens problemtyngd) och graden av förbättring av talflytet – SSI, kommer jag att för varje person sätta resultatet på PSI i förhållande till andelen talflyt utifrån lyssnarundersökningarna.

Anton, 21 år

Anton bedömdes av lyssnargruppen som svår stamning före behandling. Med intensivbehandlingen gick han till mycket lätt stamning för att sedan under en ettårsperiod enligt lyssnarbedömningarna, genom god hemträning och framförallt genom daglig användning av teknikerna bedömas som lätt stamning.

Här är hans resultat på PSI: Anton har gått från höga värden (12-15 före behandling) vilket visar måttlig till grav stamningsproblematik, till lätt - ingen stamningsproblematik under ett år (0-8). (se även bilaga 3).

Bertil, 54 år

Bertil bedömdes av lyssnargruppen som mycket svår stamning före behandling. Med intensivbehandlingen gick han till mycket lätt stamning för att sedan efter ett år enligt lyssnarbedömningarna bedömas nästintill ha gått tillbaka. Efter ett år har han svår stamning. Bertil hade svårt att förlika sig med att träna regelbundet med datorn och framförallt att använda teknikerna i det dagliga livet.

Här är hans resultat på PSI: Bertil gick från lätta till måttliga värden (6-10) på stamningsproblematik före behandling till låga värden direkt efter behandling (1-5), för att ett år senare ha en asymmetrisk profil med relativt höga värden för kamp i blockeringar och talsituationer. (se även bilaga 4).

Calle, 43 år

Calle bedömdes av lyssnargruppen som svår stamning före behandling. Med intensivbehandlingen gick han till normalt talflyt, ingen stamning för att sedan efter ett år enligt lyssnarbedömningarna, genom god hemträning och framförallt genom daglig användning av teknikerna upprätthålla och förbättra färdigheterna. Efter ett år bedömdes Calle som normalt icke-flyt, ingen stamning.

Här är hans resultat på PSI: Calle har gått från måttliga värden (6-11 före behandling) av stamningsproblematik, till lätt - ingen stamningsproblematik under ett år (0-4). (se även bilaga 5).

David, 42 år

David bedömdes av lyssnargruppen som svår stamning före behandling. Med intensivbehandlingen skedde knappt någon märkbar förbättring av hans talflyt, mycket beroende på svårigheter att överföra teknikerna till talet; att använda dem i dagligt tal. David bedömdes som svår stamning även direkt efter intensivbehandlingen. Efter ett år bedömdes talet som måttlig stamning. David hade en del problem med datorn, vilket kan ha påverkat hemträningen negativt. Men till största delen berodde det nästintill oförändrade resultatet på svårigheter att använda rösten och teknikerna i det verkliga livet.

Här är hans resultat på PSI: David gick från lätta till måttliga/höga värden (6-13) på stamningsproblematik före behandling till en asymmetrisk profil efter behandling med högt värde för kamp i talsituationer. Ett år efter behandlingen har han liknande värden för stamningsproblematik som från början, lätta till måttliga värden (3-11), (se även bilaga 6).

Erik, 49 år

Erik bedömdes av lyssnargruppen som mycket lätt stamning före behandling. Med intensivbehandlingen gick han till normalt talflyt, ingen stamning för att sedan efter ett år enligt lyssnarbedömningarna, framförallt genom daglig användning av teknikerna ha upprätthållit och förbättrat färdigheterna. Detta trots att han hade haft en hel del tekniska bekymmer med datorprogrammets funktion. Efter ett år bedöms Erik som stamningsfri.

Här är hans resultat på PSI: Erik har gått från lätta värden (3-5) före behandling av stamningsproblematik, till helt besvärsfri under ett år (0-0). (se även bilaga 7).

Filippa, 48 år

Filippa bedömdes av lyssnargruppen som medelsvår/svår stamning före behandling. Med intensivbehandlingen gick hon till mycket lätt stamning för att sedan efter ett år enligt lyssnarbedömningarna bedömas som normalt icke-flyt, ingen stamning. Rent spontant från lyssnargruppen ger hon ett ledigt intryck, när hon talar.

Här är hennes resultat på PSI: Filippa har under intensivbehandlingen gått från måttliga värden (8-9 före behandling) av stamningsproblematik, till ingen/lätt stamningsproblematik i slutet av intensivbehandlingen. (0-6). Efter ett år ligger hon åter på lätta till måttliga värden (7-8) av stamningsproblematik. Filippa visar till skillnad från de övriga inget klart samband mellan grad av flytande tal och grad av stamningsproblematik. De angivna besvären förefaller inte stå i relation till uppnått talflyt. (se även bilaga 8)

Gustav, 27 år

Gustav bedömdes av lyssnargruppen som medelsvår stamning före behandling. Med intensivbehandlingen gick han till mycket lätt stamning för att sedan efter ett år enligt lyssnarbedömningarna bedömas som mycket lätt/lätt stamning. Gustav tränade relativt regelbundet med datorn, men hade svårt att acceptera att använda teknikerna i vardagen utanför datorn.

Här är hans resultat på PSI: Gustav gick från måttliga till höga värden (10 - 15) på stamningsproblematik före behandling till låga värden direkt efter behandling (2-5), för att ett år senare åter ha relativt höga värden (13-14). (se även bilaga 9).

Ingrid, 54 år

Ingrid bedömdes av lyssnargruppen som normalt talflyt, ingen stamning före behandling. Med intensivbehandlingen ses samma resultat - normalt talflyt, ingen stamning. Under det första året tränade hon regelbundet, för att sedan mer och mer förankra teknikerna i spontantalet. Förbättringarna ses mest kvalitativt, genom ökad användande av ord och framförallt ett stort välbefinnande i att tala. Efter ett år bedöms Ingrid som normalt icke-flyt, ingen stamning.

Här är Ingrids resultat på PSI: Hon har gått från lätta till måttliga värden (5-8 före behandling) av stamningsproblematik, till nästan helt besvärsfri under ett år (0-2). (se även bilaga 10).

Johan, 25 år

Johan bedömdes av lyssnargruppen som måttlig/svår stamning före behandling. Med intensivbehandlingen skedde bara relativt liten förbättring. Efter behandlingen bedöms han som lätt stamning. Johan hade under kursen svårt att tillämpa teknikerna i talet. Bedöms efter ett år som måttlig stamning.

Här är hans resultat på PSI: Johans värden före - och efter behandling visar ingen större skillnad: före behandling lätt stamningsproblematik (1-8) och efter behandling lätt (1-9), för att ett år senare ha en asymmetrisk bild med höga värden för kamp (15). (se även bilaga 11).

8.2.1 Sammanfattning

Sammanfattningsvis visar resultaten att det hos åtta av de nio finns ett tydligt samband mellan graden av uppnått talflyt och graden av stamningsproblematik: Ju mer man använder och känner sig tillfreds med talteknikerna, desto mindre stamningsproblematik.

Anton, Calle, Erik och Ingrid visade alla efter ett år ett förbättrat talflyt, eller kvalitativt bättre tal (Ingrid) från lätt stamning till ingen stamning, vilket visar sig eliminera stamningens problemtyngd. Filippa bedöms efter ett år som normalt icke-flyt, ingen stamning, men känner ändå av måttliga stamningsproblem. Gustav har förbättrat talet i mindre grad, och är tillbaka till utgångsläget med måttliga till grava stamningsproblem. Hos Bertil, David och Johan ser man diskret eller ingen påtaglig förbättring av talflytet efter ett år, vilket visar sig i kvarvarande måttlig till grav eller asymmetrisk problemtyngd.

8.3 Hur påverkar talträningen kommunikationsförmågan och självtilliten? Undersökningar med Ericson S-24, Locus of Control of Behaviour (LCB) kompletterad med frågeenkät två år efter behandling

8.3.1 Ericson S-24 och Locus of Control of Behaviour (LCB)

Att utvärdera kommunikationsförmågan och självtilliten visade sig inte vara helt enkelt. Det behövs förmodligen ett betydligt större antal personer för att kunna utvärdera med de attitydskalor som finns och deras kliniska tillämpbarhet för svenska förhållanden. I projektet lät jag deltagarna fylla i Ericson S-24 skalan och Locus of Control of Behaviour (LCB) före och efter behandlingen och vid uppföljningarna 5 månader och ett år efter intensivbehandlingen.

För den forskningsintresserade står det att läsa om detta i:
Forne-Wästlund, H (2000): The Swedish Comprehensive Stuttering Treatment Program i
Proceedings from the 3rd World Congress of Fluency Disorders.

Ericson S-24 (Andrews, G & Ericson, R, 1974) består av 24 påståenden som har med kommunikation att göra. Deltagarna får ange för varje påstående om det stämmer in eller inte på dem själva just nu, genom att svara SANT eller FALSKT efter respektive påstående. Sedan använder man normen för gruppedelvärderna i bedömningen, vilket kan slå lite snett på ett så pass litet material. Några individuella skillnader mellan deltagarna: Det förefaller som om de som lyckats bibehålla ett gott talflyt ger positiva svar på enkäten, vilket skulle kunna avspegla ett ökat självförtroende och tillit till den egna kommunikativa förmågan.

Locus of Control of Behaviour: LCB (Craig et al, 1984) består av 17 påståenden relaterade till olika grad av problemlösning, där man får gradera varje påstående utefter en 6-gradig skala. Precis som vid den förra skalan består resultatet av ett totalmått, som skall ange hur stora tendenser det finns hos individen att lösa sina egna problem, eller att be andra om hjälp. (inifrån eller utifrån styrd).

Dessa skalor behöver analyseras på ett större antal individer, för att kunna ge några hållbara riktlinjer. I detta lilla material var det svårt att göra några gruppanalyser för att hitta skillnad före och efter behandling och vid uppföljningar.

8.3.2 Resultat från tvåårsuppföljningen

Vad som kanske säger något mer är den uppföljning efter två år som gjordes av en oberoende utvärderare. Deltagarna fick per telefon gradera åtta positiva påståenden om kommunikation och egen talförmåga utefter en femgradig skala. (bilaga 12).

Utvärderingen av deras svar för respektive av de åtta påståenden summerades och medelvärdet blev varje persons totala resultat. Ju lägre värde, desto bättre resultat. Värden på 0- 2,5 motsvarar i medeltal genomgående positiva svar, och värden på 2,6 -5 i medeltal genomgående negativa svar:

Tabell 1: Medelvärdet på åtta av projektdeltagarnas skattningar av behandlingsresultat och förbättrad kommunikation två år efter avslutad intensivbehandling.

Deltagare	Medelvärde	Motsvarar följande:
Anton	0,12	Instämmer helt
Bertil	4,75	Instämmer i allmänhet inte
Calle	2,00	Instämmer till en viss del
Erik	2,00	Instämmer till en viss del
Filippa	1,62	Instämmer i allmänhet
Gustav	3,88	Instämmer inte till en viss del
Ingrid	0,38	Instämmer helt
Johan	3,62	Instämmer inte till en viss del
David	-	Ej anträffbar vid uppföljning

Resultatet utgörs av medelvärdet på de åtta frågorna med positiv valör som ställdes enligt en skala som kan ses i bilaga 12.

Tabell 2: Medelvärdet på lyssnarbedömarens skattning av åtta av projektdeltagarnas talflyt vid intervju och högläsning två år efter avslutad intensivbehandling.

Deltagare	Bedömning av talflyt	Motsvarar följande:
Anton	0,0	Normalt icke-flyt, ingen stamning
Bertil	4,5	Svår stamning
Calle	0,5	Normalt icke-flyt, ingen stamning
Erik	0,0	Normalt icke-flyt, ingen stamning
Filippa	0,0	Normalt icke-flyt, ingen stamning
Gustav	3,5	Medelsvår stamning
Ingrid	0,5	Normalt icke-flyt, ingen stamning
Johan	2,0	Lätt stamning

Resultatet utgörs av medelvärdet av talet vid telefonintervju och högläsning enligt SSI:s skala (se bilaga 13)

Efter två år bedöms fem av deltagarna ha ett normalt icke-flyt, ingen stamning. Som vi konstaterat tidigare, så är det samma personer som efter två år upplever en förbättrad kommunikation överlag, se även bilaga 12.

Under uppföljningen frågade undersökaren hur mycket de datortränar idag. Samtliga åtta deltagare svarar att de aldrig eller i allmänhet inte datortränar längre. På frågan om behov av talträningssuppföljningar svarade fyra deltagare ett klart ja, medan tre av de andra svarade ett lika klart nej. En svarade: i allmänhet inte. De flesta av dem som svarat nekande på frågan har idag ett så pass gott talflyt, att inget de inte känner något behov av det.

8.4 Jämförelse av resultaten med andra uppföljningsstudier

Resultatet visar att fem av de åtta deltagarna nåbara vid tvåårsuppföljningen (d.v.s. 63 %) betraktas som normaltalare idag. Dessa har även positiva värden på sina enkätsvar beträffande kommunikation. De förefaller nu med hjälp av det förbättrade talflytet kunna ta en betydligt bättre kontroll och känna sig bättre tillfreds i olika kommunikativa situationer, vilket har gjort att problemmängden reducerats eller helt försvunnit.

Resultatet innebär att 63 % vid tvåårsuppföljningen visar sig vara goda resultat - nöjda med sitt talmönster och sin kommunikation. Det är att jämföras med Frankens studie vid Universitetet i Nijmegen, Holland som bygger på ett selekterat urval av stammande personer med få psykiska påslagningar, där 66 % är nöjda med sitt talmönster efter två år, (jfr s 23) R. L Webster vid Hollins kommunikationscenter i Virginia, USA rapporterar 70 % nöjda, (jfr s 23).

Avhoppet under tvåårsperioden ligger på 20 % i denna studie att jämföras med Franken, som rapporterar 23 % avhopp. För uppföljningsstudier ger litteraturen vid handen att ett bortfall under en tvåårsperiod på under 33 % är ett godtagbart resultat.

Denna behandling bedöms således ha klarat de krav som uppställts av Bloodstein för gott behandlingsresultat.

När det rör sig om funktionshinder, där det inte finns bot men bättring ligger det i sakens natur att varje metod också har sina mindre lyckade fall. Av de tre det gått mindre bra för, så anger samtliga att de inte är nöjda med den egna träningsinsatsen de gjort för att förbättra sitt tal. Två av dem känner behov av att få komma tillbaka för talträningssuppföljningar. Det visar att de tyckt om behandlingen här, och känner att talträning hjälper. Det är aldrig för sent att ta tag i träningen igen. Därmed har andelen höjts till sju av åtta deltagare som är relativt nöjda med behandlingen de fått efter två år (dvs 88 %), vilket kan jämföras med Websters siffra på 95%, (Lundberg 1999 s. 345.)

I avsnitt 9.4 får vi ta del av deras egna utvärderingar fem månader efter intensivbehandlingen.

8.5 Sammanfattning av kapitel 8

I denna del visas behandlingsresultaten i form av fallbeskrivningar av de nio deltagarna som fullföljde behandlingen kompletterad med oberoende lyssnargruppers skattningar av deras talflyt. Av sekretessskäl är namnen på deltagarna fiktiva.

Videospelningarna av deltagarnas tal bedömdes av en lyssnarpanel av 20 logoped och logopedstudenter som en pilotstudie före och efter behandling under hösten 1998. Videospelningarna visades för logopedgruppen en efter en före respektive efter behandling. Logopederna fick bedöma stamningens svårighetsgrad efter en skattningsskala från 0 till 5, utefter hur pass flytande de tyckte varje person talade, (enligt Riley: Stuttering Severity Instrument - SSI 1994).

Videospelningarna för varje person under intervju och högläsning före och efter behandling, fem månader och ett år efter intensivbehandlingen ordnades slumpmässigt på ett videoband. En lyssnarpanel bestående av 16 vanliga personer i åldern 12 - 68 år med skiftande yrkesbakgrund fick utefter samma skattningsformulär som logopedgruppen bedöma stamningens svårighetsgrad utefter hur pass flytande varje person talade.

För att närmare undersöka problemtyngden i stamningen, fick deltagarna före och efter behandling och vid uppföljningarna fem månader och ett år efter intensivbehandlingen svara på *Perception of Stuttering Inventory, (PSI)*. *Sammanfattningsvis* visar resultaten att det hos åtta av de nio finns ett tydligt samband mellan graden av uppnått talflyt och graden av stamningsproblematik: Ju mer man använder och känner sig tillfreds med talteknikerna, desto mindre stamningsproblematik.

En uppföljande studie 2 år efter behandlingen gjordes i enlighet med Bloodsteins uppföljningsrekommendationer. Vid uppföljningen ringdes projektdeltagarna upp utan förvarning och intervjuades på band av en av de utomstående undersökare som genom tidigare deltagande i lyssnarpanelen hade viss vana att bedöma talflyt. Vid uppföljningen fick undersökaren tag på åtta av de nio projektdeltagarna. De fick var och en svara på en enkät med 8 påståenden om kommunikation och behandling.

Efter två år bedöms fem av deltagarna ha ett normalt icke-flyt, ingen stamning. Det är samma personer som i enkätsvaren upplever en förbättrad kommunikation med ökad självsäkerhet överlag.

Resultatet innebär att dessa fem av åtta (d.v.s. 63 %) vid tvåårsuppföljningen visar sig vara goda resultat - nöjda med sitt talmönster och sin kommunikation. Det är att jämföras med Frankens studie där 66 % är nöjda med sitt talmönster efter två år. Hennes studie bygger på ett selekterat urval av stammande personer med få psykiska pålagringar. R. L Webster i USA rapporterar 70 % nöjda efter 2 år.

Avhoppet under tvåårsperioden ligger på 20 %, vilket håller sig på en godtagbar nivå, under 33 %. Tre av de åtta projektdeltagarna har det gått mindre bra för. De anger att de inte är nöjda med den egna träningsinsatsen de gjort för att förbättra sitt tal. Två av dem känner behov av att få komma tillbaka för talträningssuppföljningar. Det visar att de tyckt om behandlingen här, och känner att talträning hjälper. Det är aldrig för sent att ta tag i träningen igen. Därmed har andelen höjts till sju av åtta deltagare (d.v.s. 88 %) som är relativt nöjda med behandlingen de fått efter två år, att jämföras med R. L Websters siffra på 95 %, (Lundberg 1999 s. 345.)

9. UTVÄRDERING AV DR FLUENCY -PROGRAMMET OCH COMPREHENSIVE -BEHANDLINGEN (CSP) innefattande Precision Fluency Shaping Program (PFSP) & Kognitiv beteendeterapeutisk inriktning (KBT).

9.1 Projektlogopedens utvärdering: Programvaran Dr Fluencys pedagogiska design

Grundprogrammet är trevligt och fyller sin funktion både vad gäller att göra talträningen mer lustbetonad liksom att ge god feedback på det man har presterat i övningarna.

Varje nytt avsnitt i grundprogrammet ger en liten faktabakgrund för de kommande övningarna i avsnittet. Här finns lättfattliga förklaringar på de grupper av ljud som skall tränas. Det finns även lite elementär fonetik, skillnader mellan olika dialekter, när det är av vikt för att man ska kunna utföra övningarna på rätt sätt. I de första avsnitten förklaras det utförligt hur man delar in olika ord i stavelser.

Innan man går in i övningarna, finns det olika DEMO för hur man skall göra. Avsnittet för mjuka ansatser har en DEMO med en åskådliggörande idealkurva inlagd, och även två felaktiga som man kan jämföra med varandra. DEMO för tvåsekundersstavelserna är förklarande, men för volymkontroll vid ensekunds - och halvsekunds stavelser stämmer inte grafiken av DEMO -kurvorna med vad datorn och träningen är ute efter. Mot slutet av varje lektion kommer DEMO upp, där Dr Fluency och hans vänner försöker pigga upp den som tränar: *"- Din egen utvärdering är jätteviktig! & - Jag vet, Dr Fluency! "*

Vid varje övning finns tydlig information om hur man skall göra. Efter varje övning kommer en skylt upp som uppmanar den som tränar att göra en egen utvärdering på hur man tyckte att övningen gick. Detta för att bygga upp och tydliggöra hur viktigt det är att känna efter i artikulatorerna hur man gjorde. Genom att göra utvärderingarna ger man sig chansen till att bygga upp känselfeedback och kontroll på det man gör.

Efter detta ger Dr Fluency en utvärdering av hur det faktiskt gick. Till en början är utvärderingarna generösa, men efter hand i programmet börjar Dr Fluency ställa allt högre krav på precision i övningarnas utförande. Med den övningsdos man får i gruppträningarna - transferövningarna utanför datorn, så klarar man datorövningarna bättre efter hand.

Till lektion 5, lektion 6:1 och 15:1 finns det möjligheter att koppla in en andningsmonitor för att få visuell feedback på bukandningsmönstret. Om man använder för mycket bröstkorgsandning eller talar på inandning avslöjas direkt! Lektion 5 har även förklarande DEMO på röstfysiologi: Hur man ska andas när man talar, och hur ett avvikande andningsmönster kan påverka talflytet negativt. Den mesta röstträningen görs dock bäst i gruppövningar, då man kan känna sig ganska snärjd och stressad av att ha andningsbältena på. Avsnitten 5, 6:1 och 15:1 gör datorn till ett litet talträningsslabb, vilket ju är ganska spännande.

Upprätthållandeträningen - hemträningen i avsnitt 15 ger strukturerade förslag på hur man skall göra. I avsnitt 15:1 formgivning - ges förslag för 15 minuters morgonträning. Avsnitt 15:2 ger möjligheter till strukturerad transfer i datorn, vilket innebär att man spelar in och registrerar sina ljudkurvor under t ex telefonsamtal rakt in i datorn. 15:3 ger förslag på hur man planerar in när man skall använda teknikerna under dagen.

Avsnitt 15:4 ger möjligheter till att skriva in planering för dagens användning av teknikerna, och hur det gick. Den sista delen ger förslag på ett kvällspass med repetition av övningar från grundkursen. Här ger datorn dock ibland förslag, som skulle ta tre timmar att utföra. Här kan man välja själv med lite urskiljning vilka övningar man vill göra. En halvtimmes träning är fullt tillräcklig.

Dr Fluencyprogrammet har ett registreringsystem, som gör att man kan lägga upp en databas för varje person, och se hur träningen fortskrider. I rapporten kan man följa hur ofta personen tränat, och hur det gått. I databashanteringen kan man även göra backup på dagens träning.

Programmet är både trevligt och ger goda möjligheter till visuell och känselmässig (kinestetisk) feedback på det man gör med talorganen. Små uppmuntrande och lustfyllda rutor gör att man kan fortsätta att hålla humöret uppe under all denna träning.

För mig som ensam pionjärlogoped för intensiv talträning med PFSP är programmet oombärligt: Jag har mina trogna "Helenor", som med outtröttlig energi assisterar mig för den enskilda behandlingen i varje dator. Det ger mig möjlighet att kunna ge intensivbehandling i grupp, med de positiva sekundärvinster det ger deltagarna att kunna träffa andra personer som vill förbättra sitt talflyt. Med den gamla metoden skulle det krävas att varje person hade sin egen assistent, som höll efter dem med stoppur och röstmonitor. Med datorprogrammets hjälp kan alla deltagare få den individuella träningsdos de behöver.

För deltagarna i intensivbehandling är också fördelen stor att kunna få sitta själva och träna på egen hand, och be om hjälp när de själva vill. Då blir själva träningen också mer lustbetonad. Att mer och mer kunna behärska övningarna i datorn på egen hand ger också en ökad självkänsla. Programmet ger såväl visuell som kinestetisk och auditiv återkoppling, vilket gör det möjligt för varje enskild person att välja de feedbacksystem som passar honom eller henne bäst.

Sammantaget ger jag Dr Fluency som läroprogram och behandlingsstöd betyget 5 av 5 möjliga som ett underhållande, trevligt och funktionellt träningsprogram för Precision Fluency Shaping (PFSP).

9.2 Projektlogopedens utvärdering: Programvaran Dr Fluencys tekniska standard.

Utvärderingen av tekniken bygger på erfarenheterna av tre års teknisk service och användning av programmet. För den tekniska servicen har Patrik Östling på PeCe-data i Örebro varit behjälplig. Enligt tekniskspecifikation från företaget Speech Therapy Systems tekniker och marknadsförare skall programmet gå att installera och köra på alla sorters Pc-datorer utrustade med Win 3.1, och Win-95/98 med ett Soundblaster - kompatibelt ljudkort. Så är inte alltid fallet. Programvaran Dr Fluency har problem med kopplingen mellan programmering, ljudkort och hårdvara (datorn). Programmet fungerar bara på vissa äldre maskiner med Windows-95, men klarar inte Windows-98.

Dr Fluency är mycket känslig för ljudkort. Det räcker inte med Sound Blaster kompatibelt ljudkort. Det måste vara ett speciellt Creative Sound Blaster 16 bitars ISA-kort av New Yorkstandard. Rätt sorts ljudkort borde följa med programvaran och ingå i priset på STS programpaket. Känsligheten för ljudkorts standard gör det mycket svårt att få Dr Fluency att fungera på bärbara datorer, som ju har inbyggda PCI-kort. Det är rena lyckoträffen om det fungerar. Installationen av ljudkortet är komplicerad, då man behöver lura kortet att verka äldre än det är. Vissa filer på ljudkortet behöver tas bort, innan Dr Fluency kan fungera. Dessutom börjar gamla ISA-ljudkort bli svåra att få tag på.

Programmeringen är instabil, vilket ger meddelandet "Error in open database" ibland. När detta inträffar är det viktigt med tekniskt stöd. Uppgraderingar av programvaran medför att nedspärrade databaser från den äldre upplagan inte längre går att använda med den nyare versionen. Som kund får man inte heller nya programversioner på sin gamla licens.

Det finns ljudfiler i programmet, som är mycket känsliga för att man installerar andra animationsprogram t ex olika spel med ljud effekter eller nedladdningar av musik. Därför kan endast Dr Fluency finnas på datorn.

Andningsmonitorn kräver att man har en seriell port ledig, vilket innebär att man helst inte bör ha modem anslutet till Dr Fluency datorn. Andningsmonitorn fungerar sällan. Det beror förmodligen på att kalibreringen inte är som den ska. Efter ett kort tag spårar kalibreringen ur. Monitorn är också mycket känslig för urladdning. Mikrofonerna som medföljer paketet fungerar bara ett kort tag. Investering i andra bör göras.

Det allvarligaste problemet är de säkerhetspluggar som medföljer programlicensen. Det har visat sig att de pluggar som saluförs som "Maintenance - pluggar" för hemträning bara ger begränsad tillgång till programmet. Det har även visat sig att de säkerhetspluggar som köpts med både klinik- och patientlicenser har en inprogrammerad funktion som gör att pluggen efter en viss tids användning plötsligt börjar räkna ner antalet gångers möjlig körtid för varje gång man går in i och ur programmet! Plötsligt kan man inte komma in i programmet, utan får upp meddelandet "Amount of runs are exceeded, the program will terminate!" Demopluggar med begränsad körtid säljs alltså som klinikpluggar. Dessa pluggar borde inte få säljas!

Under sommaren 2000 lanserade företaget Dr Fluency 2000, där de menar att de flesta teknikbekymmer skall vara lösta med ny teknikplattform. Rapporter från såväl Sverige som Kanada visar att DEMO-versionen av programvaran saknar vissa dll - filer. Speech Therapy Systems Ltd har ej ännu skickat upp den nya versionen för teknisk kontroll.

På min klinik och för hemträningen fungerar Dr Fluency bra tack vare att programmet är färdiginstallerat på specialdesignade datorer med tekniskt stöd. Dessutom kräver programmet Dr Fluency en timmes daglig teknisk omsorg av mig i samband med intensivträningen, för att ombesörja att det inte påverkar Windows och andra funktioner i datorn. Den svenska versionen är fortfarande en betaversion med vissa behov av korrigeringar i texten. Den första versionen av de två gjorda är dock den som fungerar bäst rent tekniskt.

Sammantaget ger jag Dr Fluencys tekniska standard betyget 1 av 5 möjliga som ett tekniskt opålitligt träningsprogram, om det köps i "lös-vikt" direkt från företaget STS. Färdiginstallerad på specialdator höjs betygsiffran till 3.

9.3 Projektlogopedens utvärdering av intensivbehandlingen och hemträningen

Intensivbehandlingen

Intensivbehandlingen med Comprehensive (CSP) och den delvis datorbaserade talträningen med Precision Fluency Shaping Program (PFSP) är logisk uppbyggd och strukturerad. Det är den metod jag tror kan hjälpa många. Vad som övertygat mig är det påtagliga resultatet av förbättrat talflyt och alla positiva reaktioner från de flesta deltagare under intensivträningen. Det gör mig övertygad om att metoden hjälper de flesta personer som stannar till en betydligt bättre kommunikation överhuvudtaget. De

skeptiska verkar vara de som varit skeptiska till metoden och behandlingen redan innan, och kanske inte velat delta själva. Så är det med alla metoder.

Jag anser att Comprehensivemetoden med Precision Fluency Shaping Program (PFSP) är den bästa behandlingsform jag arbetat med när det gäller att förbättra situationen för stammande. Kombinationen med intensiv talträning för ökat flyt och undervisning/erfarenhetsutbyte kombinerat med kloka positiva strategier tror jag är det bästa tänkbara sätt för att minska problemtygden. Om jag trivs med mitt sätt att arbeta, så tror jag de flesta som kommer också trivs. Spontana glädjeyttringar bekräftar detta: Vi har kul! " (Helena Forne-Wästlund)

Hemträningen

I intensivbehandlingen gör alla deltagare samma moment som grupp, för att sedan lämna kursen som individer. Väl hemma när man känner en sådan förbättring i talet, kan det vara lätt hänt att tro att man blivit botad. Tråkigt nog, så finns det ännu inget botemedel för stamning, men väl effektiv hjälp till självhjälp för ökat talflyt. Det får vara gott nog. Men det innebär att du måste fortsätta träna under minst ett år för att inte falla tillbaka.

Under hemträningsperioden blir den egna motivationen till förändring utslagsgivande för hur det går. Erfarenheterna från projektet visar att det gick olika bra för olika individer att disciplinera sig till regelbunden träning. Man skulle kunna tro att det borde finnas något samband mellan graden av stamning och motivation till träning. Men så verkar inte vara fallet. Det handlar mer om företeelser som vanans makt och att acceptera för sig själv att man faktiskt behöver förändra något, och att det tar viss tid i anspråk.

Viktigt är också att veta att målet är en förbättring av talflytet, så att kommunikationen skall bli mer obehindrad. En förbättring innebär inte att alla måste uppnå ett helt flytande tal! Då riskerar man att sätta ribban så högt att man inte klarar att hoppa över, och i ren resignation slutar träna. Var man sätter målet bör vara utefter de motoriska förutsättningar man hade innan behandlingen.

Här verkar det som om graden av stamning spelar den avgörande rollen: För den med lätt till måttlig stamning kan målet vara normalt talflyt. Däremot för den med grav till mycket grav stamning bör ett realistiskt mål under det första året ligga på att gå till lätt/medelsvår stamning. Att nå längre, när det är möjligt, kommer att ta betydligt längre tid. Det borde inte vara så konstigt. Precis så förhåller det sig med andra röst-språk- tal- diagnoser logopeden behandlar. Där vet vi ju mycket väl att det inte går att likställa en lätt röståkomma som till exempel fonasteni (rösttrötthet) med en grav organisk skada som kontaktulcus (Svulstiga stämband till följd av bakåtpressad röst) och begära samma behandlingsresultat under samma tidsperiod!

För två deltagare var det återkommande problem med programvaran, som påverkade möjligheterna till regelbunden hemträning. De perioder datorn fungerade, så kunde de hålla uppe ett bättre talflyt. Vi provade ett system med att deltagarna fick skicka databaser till mig för kontroll av hemträningen. Det fungerade inte för alla, då minsta konfigurationsändring i hemdatorn kunde påverka databasen.

En tröskel vad gäller hemträningen visade sig ligga vid 6 -9 månader. De som under den tiden hade kunnat övergå helt från datorträningen till att använda teknikerna i vardagen, var de som klarade bäst att hålla uppe talflytet. Egna utarbetade rutiner verkar vara det bästa på lång sikt.

Utifrån erfarenheterna från projektet och de övriga som gått i intensivbehandling (för närvarande har 40 genomgått intensivbehandlingen), så ger jag följande goda råd för

den som kommer till denna Comprehensive - behandling med datorstödd Precision Fluency Shaping Program:

Författarens recept för lyckad hemträning:

Två liter tålamod med dig själv gör att du tolererar någon blockering då och då. På det sättet är du snäll mot dig själv även under "dåliga dagar".

En och en halv liter kloka strategier gör att du hittar de sätt som passar dig för att använda teknikerna i så många situationer som möjligt. Varje möte med andra är ett träningstillfälle.

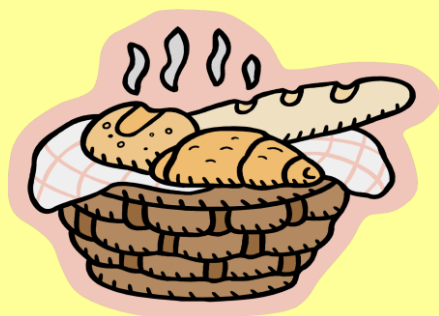
En och en halv liter disciplin gör att du hittar dina träningsrutiner ganska snabbt, så det blir en naturlig vana. Din motorik vill få en dos daglig överinläring för att stabiliseras.

En liter nyfikenhet gör att du med gott mod testat av dina taltekniker, för att se hur de fungerar i olika situationer. Vägen till ökad kunskap är att tillåta sig göra fel ibland.

En liter humor gör att du successivt kan öka din självdistans, och så småningom börja skratta åt de gamla problemen. Tänk på skrottets helande kraft.

Anrättningen bör kryddas med en stor dos kärlek till dig själv och andra.

Låt anrättningen puttra på spisen länge, länge. Ju längre den får stå och gotta sig, desto mer "gifter sig" ingredienserna med varandra till en smakfull personlig helhet. Med lagom värme från plattan blir hållbarheten och flyttförmågan oändlig!



9.4 Deltagarnas oberoende utvärdering av Comprehensivebehandlingen (CSP) med datorbaserad talträning Dr Fluency.

Utvärderingen gjordes i samband med uppföljningen fem månader efter intensivbehandlingen. Enkäter till projektdeltagarna administrerades och sammanställdes av Elisabeth Jörgensen, en utomstående utredare knuten till Institutionen för vårdvetenskap och omsorg vid Örebro Universitet. Deltagarna hade då genomgått hela grundprogrammet under intensivbehandlingen och arbetat med hemträningssdelen under några månader. I uppföljningen deltog nio personer. En person hade hoppat av projektet i samband med avslutningen av intensivkursen, då han inte kände sig tillfreds med

datorträningen och gruppbehandlingen. En av de nio deltagarna var i utvärderingen genomgående negativ i sina svar.

Fråga 1: Hur tycker du att Dr Fluency är som undervisningsprogram? Är instruktionerna i varje lektion/ enhet tillräckligt informativa, så att du vet vad du skall göra?

Sju av deltagarna tycker att instruktionerna är tillräckligt informativa och några av dem lägger till:

- Dr Fluency är ett bra program. Det är lätt att förstå, övningarna är tillräckligt svåra: Vad jag saknar är en del detaljer, bland annat utvärdering på övning 15:1. Övningarna har olika svårighetsgrad, det är bra för utvecklingen av flytande tal.
- Informationen på de olika avsnitten är mycket bra, det går inte att göra det mycket enklare.
- De är tillräckligt informativa, när man genomgått grundkursen. Skulle man sätta sig vid datorn direkt hade informationen inte räckt till, tror jag.
En deltagare har följande kommentar:
- För många av övningarna saknas inspelat modelljud. Det ger bara en bild på kurvor. Programmet saknar helt idealkurvor för normalt taltempo. Övriga instruktioner för övningarna är bra.
En deltagare skriver:
- Opedagogiskt, outvecklat. Tjattigt utan variation. Rent informativt räcker det till, även om det kan vara svårt att förstå syftet med alla delar.

Fråga 2: Några förslag på ytterligare förbättringar på denna del?

Majoriteten av deltagarna har inga förslag, men några har skrivit förslag och kommentarer:

- Att kunna spela in längre än 327 sekunder.
- Mer flexibel, så att alla övningsdelar inte måste starta om från början, utan man skall kunna hoppa in där man slutade. Man blir trött på att tjata om samma meningar hela tiden. Datorn skulle sluta föreslå att man skall repetera 2,5 timmar per kväll. Tröttsamt med orealistiskt förslag och även om man inte följer dem blir man irriterad.
- Demon på de sista lektionerna saknar ljudillustration.
- Rutmönstret i demon ska vara graderat på samma sätt som det är på övningen.

Fråga 3: Hur tycker du att Dr Fluency är som behandlingsprogram? Ger övningarnas sammansättning och DEMO:s inspelnings - uppspelningsfunktioner tillräcklig vägledning för att du ska kunna utvärdera ditt tal?

Tre deltagare svarar bra och ja på frågan. Sex deltagare har följande kommentarer och förslag:

- Från lektion 9 förändrar Dr Fluency kraven på framförallt ansatser, vilket för mig inneburit att det som tidigare tränats och godkändes nu och i fortsättningen underkänts.
- Det ger en bra överblick över övningarna. De olika delavsnitten är varierande. Det ger en grundläggande behandling av alla ljud.
- Ja, vad gäller de speciella övningarna. Det är inte detsamma som utvärdering av det normala talet.
- Det bör finnas möjligheter att hoppa mellan övningarna på ett friare sätt. Det bör finnas bättre möjligheter för inspelning och analys av eget tal, alltså inte bara de förprogrammerade meningarna. Fler stycken med visst antal stavelser.
- För koncentrerat på problem. Det räcker inte till som behandlingsprogram. Man utvärderar övningarna något sånär, fast ofta vet man först inte varför Dr Fluency godkänner en viss övning och inte en annan. Själv har man svårt att se någon skillnad på kurvorna alla gånger.

- Min analys stämmer inte överens med datorns analys alla gånger. Jag tror inte alla algoritmer till röst/ljudanalysen är helt perfekt finslipade. När man väljer tekniker som man vill arbeta med, visas det inte någonstans vilka de är, när man är inne i övningsdelen.

Fråga 4: Några förslag på ytterligare förbättringar av denna del?

Sex av deltagarna har inga förslag på förbättringar. Tre har följande förslag:

- Utvärdering bör ges även i 15:1. DEMO bör ge minst två ljudillustrationer, så man kan läsa samtidigt.
- Materialet bör göras i windows-modulerare, så att de olika delprogrammen kan läggas upp bredvid varandra.

Fråga 5: Ger utformningen av "Egna utvärderingen" kopplat till Dr Fluencys analys över hur det gått, tillräcklig vägledning för Dig att öka din medvetenhet om hur du ska göra med artikulatorerna för att göra talet flytande?

Fem deltagare svarar helt enkelt JA. En av dem tillägger:

- Teoretiskt vad gäller de ospecifika övningarna. Transfer är viktigt för tillämpning rent praktiskt. En av deltagarna vet inte. En deltagare svarar varken ja eller nej, men tillägger:
- I en del fall kan det vara svårt att förstå exakt vad det är som mäts och utvärderas i programmet.
Två deltagare svarar NEJ. En av dem tillägger:
- Det är svårt att utvärdera sig själv, eftersom man ställer olika krav. Det är bättre med datorns utvärdering.

Fråga 6: Några förslag på ytterligare förbättringar av denna del?

Åtta av deltagarna har inte några förslag. En deltagare önskar bättre förklaring av utvärdering.

Fråga 7: Var de röst -, teknik och transferövningar Du fick under kursen till nytta för dina resultat på övningarna vid datorn?

Alla svarar ja på frågan och flera har kommentarer som följer:

- Ja annorlunda att göra det i grupp. Jag fick höra hur andra låter, och lärde av andra när det var fel.
- Ja, mycket betydelsefulla. Dr Fluency måste genomföras med logopedhandledning. Programmet bör också utföras i grupp.
- Det ökar talförståelsen. Övningarna måste kännas meningsfulla.
- Övningarna på kursen var till stor nytta.
- Ja, det gick lättare efter en del övningar.
- Jag tror inte det. Helenas individuella hjälp betydde mer när jag körde fast.
- Ja, min röst blev klarare och mindre sprucken, vilket ledde till att det blev enklare att lägga kraft bakom den.

Fråga 8: Upprätthållandeträningen (hemträningen) och kom-i-form pyramiden som morgonövning: Hjälper den dig att komma igång med talflytet? I så fall, hur länge brukar talflytet hålla i sig efter ett 30- minuters pass?

Alla deltagare svarar ja och motiverar sina svar som t ex:

- Ja, det hjälper till. Flytet håller i sig en till två timmar, men blir borta om man pratat mycket på jobbet.
- Det hjälper, en form av avslappning och bra grund för dagen. Flytet brukar hålla i sig till jag blir trött kanske på eftermiddagen.
- För min typ av stamningsproblem är avslappning viktigt. Programmet gör nytta.
- Det hjälper lite att hålla tekniken vid liv och att man tänker på tekniken resten av dagen.
- Det brukar fungera bättre under hela dagen.
- Jag kan inte bedöma om alla tempon är viktiga att gå igenom varje morgon. Hur länge eventuellt talflyt varar går inte att svara på. Det varierar från dag till dag.

Fråga 9: Upprätthållandeträning: (Hemträningen) och kvällsövning: När du går tillbaka i programmet och stärkervå tekniker under cirka 30 minuter-ger dessa övningar resultat för morgondagens grad av talflyt?

De flesta av deltagarna tränar inte eller inte regelbundet om kvällarna. Fyra förklarar sig på följande sätt:

- Inte alltid. Dagsföringen och stressituationen under dagen styr till en stor del hur talet blir nästa dag.
- Vet ej. Övningarna är inget problem. Svårt att veta hur de påverkar talet just dagen efter. Det måste ses i längre perspektiv.
- Jag använder oftast endast kom-i-form-pyramiden, varför jag har svårt att svara här.
- Jag gör ingen kvällsträning, utan varierar Kom -i- form- pyramiden med teknikträning på morgonen.

Fråga 10: Upprätthållandeträning: (hemträningen) och planerings- och dagboksdelens för strukturerad/spontan transfer av teknikerna: Ger det dig struktur för att du ska kunna planera/utvärdera din egen träning under dagen?

Tre deltagare svarar ja och två svarar nej. Flera har valt att utveckla sina svar:

- Ja, jag brukar fylla i dagboken hur jag haft det dagen innan, vad jag gjort osv. Och så brukar jag fylla i hur det gått på morgonen med träningen.
- Ja, men det brukar inte gå att gå in dagen efter och utvärdera det som planerats om man planerar på kvällen.
- Nej, det finns för få alternativ på aktiviteter och ingen bra möjlighet att följa upp hur aktiviteterna har gått. Detta behövs förbättras.
- Svårt att hålla reda på under dagen vad man skall träna på.
- Det bidrar till struktur, men inte fullt ut. Situationsinverkan spelar stor roll.
- Jag har utarbetat en egen utvärdering som passar mig bättre.
- Jag behöver minneslappar, men brukar ändå inte lyckas hålla dessa. Det beror inte på datorn, utan på min ambitionsnivå.

Fråga 11: Några förslag på ytterligare förbättringar av denna del?

Sex deltagare har inga förslag på förbättringar, medan tre har följande förslag:

- Bättre planerings - och dagboksfunktion.
- Möjlighet att spela in från extern bandspelare och analysera detta.
- Jag skulle vilja ha Dr Fluencys utvärdering på kom-i-formpyramiden.

Fråga 12: Andningsmonitorn i talträningslabbet: Ger den dig tillräcklig feedback på din andningsfunktion, när du talar?

En deltagare är positiv till andningsmonitorn. En annan har inte svarat på frågan. Övriga sju deltagare ger följande kritik:

- Andningsmonitorn är jobbig att använda.. bara en massa krux, men den ger bra feedback. Bra ide´ men svårt att använda. Den spårar ur sig efter några minuters träning.
- Nej, den är svår att ställa in. Kontroll av magens rörelse, visuellt eller med hand fungerar bättre.
- Dålig kvalitet på andningsmonitorn. Den håller inte gjord kalibrering, utan måste kalibreras om för varje mening för att visa rätt.
- Den funkar bra i början, men flyttar man sig lite ändras sensorernas läge. Man måste spänna bukmusklerna för att de skall ge utslag. Det räcker med andra ord inte med djupa andetag. Andningsmonitorn är jobbig.
- Nej, den är dålig. Den har jag slutat med helt eftersom den visar fel. Man måste dra efter andan för att få igång den. Ofta lägger den av.
- I början går den. Sedan fungerar den alltid sämre och sämre.

Fråga 13. Hur ofta använder du den?

Fyra deltagare använder aldrig andningsmonitorn. Två använder den sällan. Två deltagare har inte svarat. En deltagare använder andningsmonitorn vid varje morgonträning.

Fråga 14: Samvetsfråga: Hur ofta tränar du vid datorn?

Alla deltagare tränar vid datorn. De tränar från några gånger i veckan till varje morgon och kväll.

Fråga 15: Hur lång stund tränar du varje gång?

Alla deltagare tränar från 10-15 minuter till 30-60 minuter vid varje tillfälle. Med de uppgifter som de har gett, tränar den typiske projektdeltagaren fem till sex dagar i veckan, ibland två gånger om dagen. Varje träningspass är i medeltal 25 minuter.

Fråga 16: Samvetsfråga: Hur många timmar per dag använder du teknikerna när du talar?

En deltagare vet inte. Några uppger sig träna mellan 30 minuter till två timmar sammanlagd träning. Flera av deltagarna svarar med text:

- Jag försöker alltid använda dem. Det finns dagar, då det är svårt, men jag brukar använda teknikerna största delen av dagen.
- Principerna tänker jag på, men det är sällan som jag mer konsekvent kan använda dem. Jag har problem med att bryta anspänningarna.
- Cirka en timme utspritt på flera trevande försök.

Fråga 17: Tycker du att det är tillräckligt?

Tre deltagare tycker att det är tillräcklig träning. Två vet inte eller svarar inte på frågan. Tre deltagare anser att de borde träna mer. En håller på att öka sin träning.

Fråga 18: Har datorn som hjälpmedel effektiviserat din talträning? I så fall till hur stor del?

En deltagare svarar nej med förklaringen:

- Jag brukar ofta använda annan talträningssmetod i stället som fungerar lika bra på jobbet, på bussen o s v och avslappning.

Övriga deltagare svarar ja eller bekräftar indirekt, samtidigt som de förklarar eller motiverar sig:

- Ja då man tränar är det ju effektiv tid. Det har den gjort till mycket stor del. När man tänker mycket på teknikerna blir det ju aldrig speciellt länge.
- Ja, den ger en struktur till träningen som är nödvändig för att man skall fortsätta.
- Ja, loggboken fungerar som en pådrivande piska och ger mig ett incitament till att träna. Jag tränar mycket mer nu än innan, då jag inte tränade alls.
- Ja med de begränsningar som nämnts i ovanstående frågor 20% bättre effekt.
- Ja till en ganska stor del, från högläsning någon gång i veckan till nästan daglig träning.
- Efter ett långt träningsuppehåll vid jul kändes det tryggt att via datorn hitta tillbaka till teknikerna igen.

Fråga 19: Skulle du kunna rekommendera denna behandlingsform till andra?

En av deltagarna kan inte rekommendera behandlingsformen. De övriga svarar ja på frågan och några av dem tillägger:

- Ja, men det är viktigt med logopeduppbackning.
- Ja, men det krävs väldigt stor motivation för att förändra talet. Vissa kan vara i behov av icke-undvikandeterapi. De börjar med detta.
- Denna behandling rekommenderar jag verkligen.
- Ja, men ha inte för stora förväntningar.

Fråga 20: Varför? Varför inte?

Åtta av deltagarna visar sig på olika sätt vara positiva. En tar avstånd och är negativ.

Här är deltagarnas svar med följande kommentarer:

- Behandlingen ger större medvetande om stamning. Man gör något konkret mot stamning. En bra behandlingsform som hjälper många.
- Den ger bra återkoppling i teknikträningen. Transfer är viktigt eftersom man inte är stamningsfri efter tre veckor.
- Ett strukturerat sätt att själv arbeta med modifiering av talet.
- Det blir mer ordning på träningen.
- Jag tror - är säker på att metoden kommer att hjälpa mig att prata bättre. Då kan den hjälpa andra också.
- Jag tror det ger resultat om man jobbar hårt, men skulle vid en rekommendation understryka och trycka på att man måste jobba hårt. Jag själv trodde det skulle vara lättare när jag åkte hit.
- Efterträningen efter intensivkursen är viktig. Det behövs ett Dr Fluency 2 program, gärna på distans via videokamera.
- Det är lätt att bli besviken. Den tar bara upp en liten del av stamningsproblematiken. Programmet är outvecklat.
- Med Helena som lärare kan det inte bli annat än Bra. Det är den "goaste" logoped jag har träffat någonsin.

9.5 Sammanfattning av kapitel 9

I denna del utvärderas både Dr Fluencyprogrammet och Comprehensivebehandlingen dels av projektlogopeden Helena Forne-Wästlund och dels av projektdeltagarna. Deltagarna har svarat genom enkäter administrerade och sammanställda av en oberoende utredare, Elisabeth Jörgensen vid Örebro Universitet.

Projektlogopeden bedömer programmet Dr Fluency som ett trevligt lärprogram med goda möjligheter till auditiv, visuell och kinestetisk feedback på det man gör med talorganen. Små uppmuntrande och lustfyllda rutor gör att man kan fortsätta att hålla humöret uppe under all denna träning:

För mig som ensam pionjärlogoped för intensiv talträning är programmet outhärligt: Jag har mina trogna "Helenor", som med outtröttlig energi assisterar mig för den enskilda behandlingen i varje dator. Det ger mig möjlighet att kunna ge intensivbehandling i grupp, med de positiva sekundärvinster det ger deltagarna att kunna träffa andra personer som vill förbättra sitt talflyt. (Helena Forne-Wästlund).

Dessutom tycker jag att datorprogrammet ger god auditiv, kinestetisk och visuell återkoppling vilket gör det möjligt för varje enskild person att välja de feedbacksystem som passar honom eller henne bäst. Sammantaget ger jag Dr Fluency som lärprogram och behandlingsstöd betyget 5 av 5 möjliga som ett underhållande, trevligt och funktionellt talträningsprogram med Precision Fluency Shaping Program (PFSP). Vad gäller den tekniska standarden så finns det mer att önska. Programvaran Dr Fluency har problem med kopplingen mellan programmering, ljudkort och hårdvara (datorn). Programmet fungerar bara på vissa äldre maskiner med Windows 95, men klarar inte Windows 98. Dr Fluency är mycket känslig för ljudkort. Sammantaget ger jag Dr Fluencys tekniska standard betyget 1 av 5 möjliga som ett opålitligt träningsprogram, om det köps i *lös vikt* direkt från företaget STS. Färdiginstallerad på specialdator höjs betygsiffran till 3. (Helena Forne-Wästlund).

Nio av deltagarna besvarade frågeenkät om Dr Fluencyprogrammet och Comprehensivebehandlingen de genomgått. Åtta av de nio deltagarna var till övervägande del positiva både till programvaran och till behandlingen. En deltagare var genomgående negativ på samtliga frågor.

Flera konstruktiva förslag till förbättringar av programvaran framfördes. Demo med tydligare grafik och ljudkurvsillustrationer för en- sekunds och halvsekundsstavelser och normalt långsamt tal. Ny programmering med Windows-modulerare och förbättring av andningsbältets funktion. Även förbättring av kalibreringen i programmet i stort. Man önskar också att kunna få feedback med Dr Fluencys utvärdering även i hemträningdelen.

Åtta av nio (det vill säga 89 % av projektdeltagarna) upplevde intensivbehandlingen och hemträningen positivt till mycket positivt. Det allmänna intrycket är: En strukturerad behandlingsform som kan hjälpa många, och att det i allmänhet är värt att lägga ner en del jobb för att upprätthålla färdigheterna i ökat talflyt.

10. JÄMFÖRELSE AV RESULTATEN MELLAN COMPREHENSIVEBEHANDLINGEN OCH ICKE - UNDVIKANDE TERAPI

I detta avsnitt ges en sammanfattning av behandlingsresultat från detta projekt som jämförelse med Helltoft - Nilsén & Rambergs utvärdering före och direkt efter intensiv icke-undvikandeterapi/stamningsmodifiering, (Helltoft - Nilsén & Ramberg, 1999)

I bägge dessa undersökningar har såväl talet som graden av problemtyngd i stamningen undersökts. Det talar för att det mycket väl går att jämföra dessa behandlingsmetoder. Särskilt beträffande undersökning av stamningens problemtyngd, borde det ifrågasättande som framförts mot att göra jämförande undersökningar av bägge dessa behandlingsmetoder vara irrelevant. (jfr s 42).

Då det kan finnas vissa metodologiska skillnader mellan undersökningarna och att antalet personer som ingått i studierna har varit relativt få, så får dessa siffror ses som ett första försök till en jämförande studie. Siffrorna för icke-undvikandeterapi är hämtade från Helltoft -Nilsén & Rambergs artikel, (1999, s 70 tabell 2), se även s 33 i denna rapport.

Perceptuell bedömning av talet före - efter intensiv behandling:

	Comprehensive (CSP)	Icke-undvikande terapi
Andel som fått förbättrat talflyt efter behandling	89 % (8 av 9)	46 % (6 av 13)
Varav lätt stamning efter behandling	11 % (1 av 9)	8 % (1 av 13)
Varav mycket lätt stamning	44 % (4 av 9)	0 % ingen
Varav ingen stamning	33 % (3 av 9)	0 % ingen

Bedömning av stamningens problemtyngd före - efter behandling:

	Comprehensive (CSP)	Icke-undvikandeterapi
Andel som fått minskad stamningsproblematik efter behandling	78 % (7 av 9)	39 % (5 av 13)

Bedömningen av stamningens problemtyngd för icke-undvikandeterapi bygger på Helltoft -Nilsén & Rambergs resultat (1999, s 70) före och efter den intensiva behandlingen. Skattningarna gjordes av terapeuterna själva utefter en så kallad VAS - skala. (VAS betyder Visuellt Analogisk Skala). Undersökningen av problemtyngden gick till så att den behandlande terapeuten skattade stamningens svårighetsgrad och kommunikationsproblem utefter denna skala för varje person före - och efter behandlingen. Resultaten för Comprehensivebehandlingen bygger på varje enskild deltagares egen skattning enligt Perception of Stuttering Inventory, PSI (se bilaga 2).

11. SPRIDNING AV INFORMATION OM RESULTATEN

Projektet var inplanerat att avslutas vid årsskiftet 1998/99 med en sammanställning av behandlingsresultaten efter intensivbehandlingen. Två veckor innan, i samband med de sista dagarna på Ånnabodakursen, hade nöjda kursdeltagare kontaktat det lokala nyhetsprogrammet i TV, Tvärsnytt för ett reportage med intervjuer. Inslaget sändes även i TV-programmet Landet Runt.

De preliminära resultaten med videoupptagningar presenterades på Handikappinstitutets ID dagar i Sollentuna den 8 oktober 1998. Dessutom demonstrerades datorprogrammet Dr Fluency.

I samband med lyssnarundersökningar av videobanden i november 1998, med hjälp från logopedkollegor, framkom det önskemål om uppföljningsresultat för att ge rapporten ytterligare styrka. Därför beslöts det att göra ytterligare en uppföljning efter 5 månader inom projektets ram.

Ett massmedialt intresse hade väckts i och med TV-inslaget i Tvärsnytt. De första resultaten i projektet medförde även intresse från Hjälpmiddelsinstitutets tidning "Allt om hjälpmedel", vilket i sin tur gjorde att Förenade Landsortstidningar intervjuade mig. Snart var pressreleaserna ute till FLT:s samtliga 33 landsortstidningar. Telefonerna började gå varma. Hjälpökande med stamningsproblem hörde av sig från hela landet om möjligheter till behandling.

Resultaten från projektet presenterades vid Svenska Logopedförbundets medlemskongress i Södertälje i januari 1999 och vid Sveriges Stamningsföreningars Årsmöte i Nässjö i mars samma år. Dessutom anordnades det tre föreläsningss dagar för logopeder och medlemmar i stamningsföreningarna om behandlingsmetoden Comprehensive Stuttering Program (CSP) och dess forskning med Dr Robert Kroll från Toronto tillsammans med min redovisning av behandlingsresultaten. Föreläsningarna ägde rum på Hjälpmiddelsinstitutet i Stockholm, Institutionen för Logopedi och Foniatri i Lund och vid Dansk Vidensenter i Köpenhamn.

Trots omfattande annonsering i Logopednytt och skriftlig inbjudan till samtliga logopedmottagningar, så visade sig intresset bland logopeder mycket litet. Till Stockholm kom det nio logopeder, till Lund ungefär 15 och till Köpenhamn 8 logopeder. Det allmänna intrycket blev att deltagarna med stamning visade stort intresse, men att det var ett svalt intresse från de flesta logopeder.

Med den avvaktande hållningen från logopeder i samband med föreläsningarna med önskemål om längre uppföljning och forskning, så beslutade jag i samråd med Dr Kroll att avvakta med projektrapporten ytterligare en tid tills den gav tyngd, och under tiden öppna en mottagning för att kunna ta hand om de människor som stod på kö och för att fortsätta arbeta kliniskt med metoden.

Ytterligare massmedialt intresse från TV-programmet Livslust, som sändes den 14 februari 2000 och en notis i Allers, maj 2000 resulterade i att fler har sökt vård. Sammanlagt har 40 personer genomgått intensivbehandlingen. Det gör att de kliniska erfarenheterna i denna rapport har förstärkts ytterligare. Dessutom har det senaste året givit mig möjligheter att presentera forskningsresultaten internationellt. Rapporten bygger således på tidigare forskningsresultat.

Nu har även en tvåårsuppföljning kunnat dokumenteras, vilket borde ge tyngd åt att behandlingsmetoden Comprehensive Stuttering Program (CSP) med datorstödd talträning via Precision Fluency Shaping Program (PFSP) som ett fullvärdigt vårdalternativ för att hjälpa personer som stammar.

De 98 som för närvarande står i kö för att få behandling utgör ett levande bevis för att det finns en efterfrågan från många som stannar för att få strukturerad talträning för att kunna förbättra sitt funktionshinder genom ett mer flytande tal. Rapporterna från de 40 som nu genomgått behandlingen ger ytterligare styrka för att denna behandling ger resultat, och att de flesta tycker att den förbättring de uppnått under intensivbehandlingen är värd att vårda genom hemträning.

De glädjescener som utspelar sig vid videogenomgångarna den sista kursdagen och alla positiva reaktioner från kursdeltagare är bevis nog. Där har vi den informella utvärderingen många gånger långt utöver alla skattningsskalor. Kombinationen av formella och informella utvärderingar är ovärderliga för att ge behandlingen stadga. Det ger oss alla den dos endorfiner som sporrar till att träna och arbeta vidare. Samtidigt utvecklas det kliniska arbetet ytterligare.

12. DISKUSSION: VALFRIHET I VÅRDEN BORDE VARA EN SJÄLVKLAR RÄTTIGHET

Projektets viktigaste syfte är att skapa ytterligare ett alternativ. En möjlighet för personer som stannar för att kunna få talträning. För att låna ett uttryck som blivit en maxim i detta projekt vill jag citera Annika Willfors, nestorn inom stanningsrörelsen och den person som gjort detta projekt möjligt tack vare sitt outtröttliga handikappolitiska arbete: *"Jag vill att det ska finnas ett smörgåsbord av olika behandlingar att välja mellan för oss alla som stannar."*

Valfrihet i vården talas det ofta stort om, men att ge människor de konkreta möjligheterna att själva få välja behandlingsalternativ verkar inte vara lika lätt. Ur Landstinget i Örebro's folder "Patienthandbok år 2000" står följande att läsa: Angående behandlingsalternativ: *"Det är din läkare som bedömer vilka behandlingsalternativ som är motiverade i ditt fall och som skall erbjudas dig. Landstinget ska ge dig den behandling du valt, om det är befogat och till nytta med hänsyn till din sjukdom eller skada.[...] Vården skall vila på forskning och beprövad erfarenhet."*

Använd på rätt sätt bör en beprövad erfarenhet vilande på forskningsdata ju vara grunden för all sjukvård. Söker man läkare för en allvarlig sjukdom som kräver operation, så vill man känna en trygghet i att kirurgen har rutin, och är säker på handen. Om det skulle tillstöta en komplikation, så vill man nog däremot att samme kirurg rent intuitivt gör de ögonblickliga och nya djärva ingrepp som kan rädda ens liv.

Här kommer ett citat ur Jerzy Einhorn's bok- Det handlar om människor: angående vetenskap och beprövad erfarenhet:

*"Trots min begränsade erfarenhet fick jag besluta om behandling av patienter som andra läkare remitterat till Radiumhemmet och isotopavdelningen. För första gången får jag känna på kunskapens gränser och förstå vad som menas med att vi läkare skall handla i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Jag inser att *vetenskap* - det är vad vi vet, men den *beprövade erfarenheten* är svårare att definiera - det är den bästa möjliga gissningen på grundval av ofullständig information. Jag blir överraskad och oroad när jag inser hur mycket av vårt dagliga handlande inom medicinens vardag som utgår från *beprövad erfarenhet*. Samtidigt fascinerar jag av att behöva agera i detta gränsland för våra kunskaper och drömmar om att kanske kunna bidra till att vi får svar på någon enda av alla de frågor jag tvingas ställa varje dag utan att helt säkert veta hur de ska besvaras. Tanken på att få delta i den ständigt pågående jakten på ny kunskap är oerhört lockande - jag vill forska."* (Einhorn 1998, s 34-35)

Med Einhorns citat i åtanke drar jag följande slutsatser:

1. För att fatta kloka beslut behöver man finna den fullständiga informationen. Det är inte alltid den står att finna inom den egna verksamheten, ej heller med självklarhet inom det egna landstinget.
2. När det gäller personer med funktionshinder, där den egna viljan och motivationen styr behandlingsresultatet, så är vägen till information lyhördhet. Kan det rentav vara så att det är "patienten" som är "agenten" och leder oss fram till en genuin beprövad erfarenhet som med kompletterande kliniska forskningsinsatser kan ställas fri från gissningar? Den erfarenhet jag fått efter många år i logopedyrket är att personer med funktionshinder lär sig av sitt kommunikationshinder, och söker kunskap utefter egna behov.

Under de senaste åren har I T- revolutionen öppnat oanade möjligheter för oss alla att söka den kunskap vi behöver. Dagens och framtidens vårdtagare är inte längre den passive patienten, utan istället den aktive och kunskapssökande 40- 80-talisten, som vill kunna påverka sin egen vård där valfriheten är A och O. Människor vill kunna påverka hur deras inbetalda skattepengar förvaltas, så att de får den vård de behöver.

Det ställer nya krav på sjukvården - att luckra upp hierarkin och kunna samarbeta utåt mot samhället och andra yrkesgrupper inom andra vårdinstitutioner för att kunna göra ett fullgott arbete. Det är av den anledningen vi har en lag om offentlig upphandling. En förändring kan ses som ett hot eller en möjlighet. Möjligheten ligger i samarbete och kunskapsutbyte över gränserna. Här tror jag många kvinnodominerade yrken som t ex logopedier har mycket att lära av läkarkåren. Inom kvinnodominerade vårdyrken, i detta fall logopedyrket, förefaller det finnas en tendens till överdriven oro inför nytänkande, vilket många gånger visar sig i en överdriven rädsla att *göra fel* både i administrativt och behandlingsmässigt hänseende. Rädslan och tveghägenheten kan leda till att man bygger upp hinder istället för att med generositet se till den enskilde patientens bästa.

Vidareremittering, som ju ses som ett naturligt led inom läkarkåren för att ge den enskilde bästa möjliga behandling av specialiserad kollega, förefaller många gånger hos logopeden att ses som ett personligt nederlag ur behandlingshänseende.

Detta fenomen kan ofta drabba den enskilde med stamningsproblem hårdare än andra patientgrupper. Det förefaller ha två principiella orsaker:

1. De logopedier som arbetar med stamning är mycket få. Ungefär 40-50 logopedier i hela Sverige (2001) beräknas arbeta mer än 25 % med denna diagnos. Den som stammar är då ofta hänvisad till samma logoped.
2. Den terapeutiska inriktningen medför långa behandlingskontakter. Ibland kan det röra sig om flera år innan logopeden och den enskilde kommer fram till ett gemensamt behandlingsavslut. Den långvariga kontakten ger många gånger en beroendeställning till den behandlande logopeden, som inte alla gånger är sund.

Det sistnämnda kan föra med sig en känsla av svek hos den enskilde patienten, om han önskar få komma till en annan logoped eller annan behandling. Här vill jag knyta an till Kalle, 26 år som omnämndes i inledningen av denna rapport. Kalle gick ju, som ni minns, länge kvar i behandling trots att behandlingsresultaten uteblev "för att inte göra mig ledsen".

Under de senaste två åren har de vårdsökande som sökt remiss genom sina landsting fått erfara hur det kan vara nästintill omöjligt att kunna få möjligheter att söka annan

logopedvård utanför det egna landstinget. Med de telefonsamtal från vårdsökande både om avslag och beviljande av remisser förefaller möjligheterna att få remiss öka med avståndet till logopedutbildningar och större städer. De vårdsökande med stamningsproblem omtalar goda erfarenheter från logopeder i mellersta Norrland, Halland, Östergötland och f. d Skaraborg. Däremot är erfarenheterna från de vårdsökande från de större landstingen att det gått betydligt lättare att gå via läkare till beställarenhet direkt för att söka remiss. Där har de bemötts med större värdighet och respekt i beslutsgången. Men från vårdsökande inom vissa landsting är det omöjligt att få remisser på grund av konsensusbeslut från logopedhåll, vilket blivit utslagsgivande för läkarnas och beställarenhetens slutbedömningar. Då detta skrivs är något fall uppe i ansvarsnämnd.

Det argument som oftast åberopas av de logopeder som ger avslag är att det inte skulle finnas tillräcklig forskning gjord. I logopedkårens etiska regler framgår att logopeden har skyldighet att hålla sig á jour med nya rön, som kan hjälpa den enskilde patienten till bästa möjliga vård. Liknande uttalanden från logopedhåll bekräftar Andrews uttalande att logopeder inte har satt sig in i den forskning som faktiskt gjorts. (Se sidan 21).

"Med andra ord.. Man vet en hel del om stamning nuförtiden. Personer som beskriver stamning som "en mystisk och svårförstådd störning" erkänner bara att de inte läst den senare forskningen!" (Andrews et al 1983)

Forskningen skall ju tjäna patienten. Här finns följande citat hämtat ut Jerzy Einhorn's bok:

"Science is the servant and not the master in the treatment of patients" (Forskningen är tjänaren, och inte mästraren över patienters behandling). Vägen dit är samarbete och information mellan yrkesutövare inom vården på bästa möjliga sätt. Det kan många gånger ske direkt mellan remitterande läkare och den legitimerade logoped som företräder behandlingen ifråga. På detta sätt kan en negativ trend brytas och utbytas mot en positiv.

Snålheten bedrar visheten: Rent ekonomiskt kan ett avslag många gånger kosta betydligt mer än ett beviljande. Dessutom borde det vara en obehaglig arbetsuppgift att utföra. Positivt tänkande och en hjälpsam hand kan med andra ord rentav bespara sjukvården onödiga kostnader.

En ljusning kan skönjas. På senare tid har man inom logopedkåren börjat diskutera etiska och moraliska frågor, vilket följande citat från Svenska Logopedförbundets ordförande visar:

"Vi tillhör ett legitimationsyrke vilket i sig ställer krav på vårt yrkesutövande. Enligt min bedömning betyder det däremot inte att alla skall göra samma saker och på samma sätt. Tvärtom - vi har olika uppgifter och vi utför dem individuellt och dessutom gör vi det inom olika verksamheter. Gemensamt är väl ändå vårt mål att förbättra för patienten. Ibland kan kollegerna ha synpunkter, vilket å ena sidan kan bidra till konstruktiv debatt och positiv utveckling. Å andra sidan finns en risk att det inte alltid sker med respekt för den enskilda kollegan, särskilt inte om metoderna är kontroversiella och alldeles särskilt om verksamheten inte bedrivs inom våra gängse organisationer" Birgitta Rosén - Gustafsson (Logopednytt 7/2000).

Följande uttalande från cheflogopedgruppen stödjer tanken på mångfald, som borde vara vägledande för samtliga logopeder i beslutsfattande ställning:

"Vår gemensamma ståndpunkt är att vi ser mycket positivt på att det finns flera behandlingsalternativ för stammare. Angående privatpraktiserande logopeder framkom det att flera cheflogopeder har ett kontrakterat samarbete med privatpraktiserande logopeder och finner detta vara en utmärkt lösning för vakansproblem. Vi fattar inga

gemensamma beslut om behandlingar. Det är varje cheflogopeders ansvar, att själv besluta om eller förorda en viss behandling." (För cheflogopederna Monica Hassel och Karin Huddénus, 2000-11-28)

Den sistnämnda formuleringen ger den enskilde cheflogopeden utrymme för att själv fatta beslut. Med etiska regler i åtanke, skall detta beslut ske i samråd med patienten och med lyhördhet för dennes enskilda behov av vård.

13. DEKLARATION FÖR STAMMANDE MÄNNISKORS RÄTTIGHETER OCH SKYLDIGHETER

Den internationella organisationen för personer som stammar, International Stuttering Association (ISA), och den internationella organisationen för personer verksamma inom forsknings - och utvecklingsarbete inom stamningsområdet, International Fluency Association (IFA), samarbetar kring utformningen av en deklaration för stammande människors rättigheter och skyldigheter. Deklarationen bygger på FN:s deklaration för de mänskliga rättigheterna. Den syftar till att ge personer som stammar rättighet att bli behandlade med värdighet och respekt, precis som andra och att få tillgång till professionell stamningsbehandling utefter eget önskemål. Den som stammar har även skyldigheter att samarbeta i behandlingen och informera allmänheten om stamning.

Personer som stammar skall ha följande rättigheter:

- 1 Rättighet att få stamma eller vara flytande i den utsträckning man kan eller väljer att vara.
- 2 Rättighet att få kommunicera och att bli hörd oavsett ens grad av stamning.
- 3 Rättighet att bli behandlad med värdighet och respekt av andra individer eller grupper av människor, institutioner och media oavsett ens grad av stamning.
- 4 Rätten att få vara den man är i enhällighet med alla rättigheter som utfästs i lagar och förordningar gällande för alla andra medborgare, detta oavsett ens grad av stamning.
- 5 Rättighet att få upprättelse för olägenheter bevisligen vållade av tillkortakommanden (på grund av stamningen) och att med värdighet och respekt bli likvärdigt behandlad inför lagen.
- 6 Rättighet att bli fullständigt informerad om olika behandlingsprogram och även delges en uppskattning av hur stor sannolikheten är för gott behandlingsresultat och även misslyckat resultat för respektive metod.
- 7 Rätten till att få den behandling som motsvarar ens egna behov, vilja och personlighet av yrkesmänniskor, som är rätt utbildade för att behandla stamningen och dess relaterade problem.
- 8 Rättighet att själva kunna få välja att delta i behandling, eller att få välja att avstå från behandling, eller att få byta behandlingsmetod eller logoped utan att utsättas för fördomar eller bestraffning.

Personer som stammar skall ha följande skyldigheter:

1. Skyldighet att förstå att andra lyssnare eller konversationspartners kan vara oinformerade om stamning och de begränsningar det medför; eller att de kan ha en annan syn på stamning än de flesta som stammar.
2. Skyldighet att kunna skilja på de reaktioner på stamning från andra lyssnare eller konversationspartners som beror på avsaknad av medvetenhet eller bristande kunskap om stamning.(exempelvis uttryckt förvåning och kommentarer i försök att vara hjälpsamma *oavsett om kommentarerna är till hjälp eller inte*) och de reaktioner som beror på avsaknad av respekt och rättvisa (för att exempelvis förlöjliga, mobba, reta eller diskriminera).
3. Skyldighet att informera lyssnare eller konversationspartners om att man behöver extra tid för att kommunicera.
4. Skyldighet att ingå i ett öppet och samarbetsvilligt kompanjonskap med en kvalificerad kliniskt yrkesverksam person med vilken man fritt har gjort ett muntligt eller skriftligt avtal, som medför att man samarbetar under behandlingens gång.
5. Skyldighet att göra allt man kan för att kunna komma över och lösa det handikapp i livet som har uppkommit på grund av stamningen, vilket innefattar att utveckla en realistisk bedömning av ens styrkor och svagheter och att utveckla en hälsosam förmåga till självdistans genom humor; att kunna skoja om sig själv.
6. Skyldighet att vara behjälplig, när det är möjligt, i att informera allmänheten om stamning och de begränsningar stamningen medför.
7. Skyldighet att respektera och behandla andra som har andra olikheter, problem, funktionsnedsättningar eller handikapp med rättvisa enligt lagen; oavsett vilken form av avvikelser det rör sig om och deras tillstånd.

För dig som önskar mer information om International Fluency Association (IFA) och information om International Stuttering Association (ISA) sök upp det via Google (uppdatering 2010).

14. EPILOG

Vägen till att skapa mångfald av olika behandlingar för personer med funktionshindret stamning är ju att logopeder tillåts arbeta på olika sätt, och med generositet och värme arbetar för den enskilde stammandes behov.

Detta projekt utvärderar och beskriver den arbetsmetod jag utefter kunskapstörst och nyfikenhet i många år har letat efter - att arbeta för att ge den som besväras av stamning ett flytande tal och att få förmedla och ta emot kunskap om flytande tal och stamning.

I det här kliniska arbetssättet finner jag glädje, och det kommer troligen att vara den metod jag kommer att vilja arbeta efter så länge den behövs. Vem vet? Om tio år kanske man inom läkarvetenskapen har funnit ett botemedel mot stamning. Ja, då finns det all anledning till att glädjas över att den nya upptäckten tar bort de problem många stammande bär på.

Metoder är alltid metoder, och människor har behov av olika metoder. Det finns många stammande som genom åren också funnit glädje och hjälp av icke-undvikandeterapi och traditionell psykoterapi. Metoder som trots att de inte kunnat visa samma vetenskapliga tyngd hjälper vissa människor till ett drägligare liv. Det viktiga kan många gånger vara den behandlande logopeden som känner sig tillfreds med sitt arbetssätt och är väl förankrad i den. Det ger trygghet. En logoped som är snäll och bryr sig kan många gånger vara den bästa medicinen. Och ibland kan medicinen heta remittering. Det är Skärgårdsdoktors och Dr Finley på skotska landsbygdens devis. Det är också den erfarenhet jag fått under de senaste två åren. De som kommer hit uttrycket lika stor tacksamhet för remitterande läkare och logoped som för mig.

Så fram för mångfalden! Låt tusen blommor blomma!

15. REFERENSER

- Alm, P. (1995) Stamning. *Bokförlaget Natur och kultur, Borås*
- Andrews et al. (1983) Stuttering: A review of research findings and theories circa 1982. *Journal of Speech and Hearing disorders, Vol 48, s 226-246, August 1983*
- Andrews, G & Ericson, R (1974) Stuttering therapy: The relations between changes in symptom level and attitudes. *Journal of Speech and Hearing Disorders 39 s 312-319*
- Antonson, S. (1998) Hörselskadade i högskolestudier - Möjligheter och hinder. *Doktorsavhandling - Linköping Studies in Education and Psychology. Dissertation No.59, Linköping 1998*
- Bjerstedt, Å.(1997) Rapportens yttre dräkt. *Studentlitteratur, Lund.*
- Bloodstein, O. (1981) A handbook on Stuttering (3^e upplagan) *National Easter Seal Society, Chicago.*
- Boberg, E. & Kully, D (1994) Long-term results of an intensive treatment program for adults and adolescents who stutter. *Journal of Speech and Hearing Research, 37, 1050-1059.*
- Craig, A.R et al (1984) A scales to measure locus of control of behaviour. *British Journal of Medical Psychology, 57, 173-180*
- De Nil, L.F et al (2000) Bill of Rights and Responsibilities for people who stutters. *International Stuttering Association (ISA) and International Fluency Association (IFA)*
- De Nil, L. F & Kroll. R.M (1995) The Relationship between Locus of Control and long-term stuttering treatment outcome in adult stutters. *Journal of Fluency Disorders 20 (1995) s 345-364*
- Einhorn, J. (1998) Det är människor det handlar om. *Albert Bonniers Förlag, Falun*
- Enhager, K. (1998) JAG AB - Att växa som människa till vad jag själv vill. Video. *Enhager konsult, Lerum.*
- Expressen, februari 2000: "Jag begär inte att doktorn ska vara Gud, bara lite människa." Intervju med Halvar Björk.
- Fetterman, Eliezer. (1997) The Dr Fluency TM Computerized Stuttering Treatment Program - A brief description and overview of treatment Methodology and its application in the Computer Environment. *Speech Therapy Systems Ltd, Israel.*
- Franken, M-C. (1997) Evaluation of Stuttering Therapy. Development of tools for Measuring Speech Quality. *Doktorsavhandling - Katholieke Universiteit Nijmegen, Holland.*
- FN:s deklaration för de mänskliga rättigheterna (1948)
- Guitar, B (1998) Stuttering: An integrated Approach to its Nature and Treatment. *Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins. 2nd edition.*
- Halldén, S (1980) Nyfikenhetens redskap. *Studentlitteratur, Lund.*

Helltoft-Nilsén, C & Ramberg, C (1998) Evaluation of a Scandinavian intensive program for stuttering in adolescence. *Logopedics, phoniatrics, vocology* Vol. 24:2 1999.

Härefors, M & Fraenkel, B-M (1999): Rapporter om Dr. Fluency - projektet. *PLUS nr 1/99, Logopednytt nr 7/99.*

Ingvar, M (1997) The brain - a self-organizing network. *Abstract till studiedagar i neuropsykologi.*

Kroll, R.M: (1991) Manual of Fluency Maintenance. A guide for ongoing Practice. *Clarke institute of Psychiatry, Toronto Universitet.*

Kroll, R.M & De Nil, L.F (1998) Positron Emission Tomography Studies of Stuttering: Their relationship to our theoretical and Clinical understanding of the disorder. *Revue d'orthophonie et d'audiologie* Vol.22, NO 4 Decembre 1998.

Lagen om offentlig upphandling. LAG 1992:1528 om offentlig upphandling. Ändringar införda till SFS 1998:1432

Förordning om bevis vid offentlig upphandling. Förordning SFS 1998: 1364.

Larsson, L. (1994) Femårsuppföljning av barnstämningsterapi. *Logopednytt nr 2/ 92 och Logopednytt nr 7/ 94.*

Lundberg, A. (1999) Stämning – grundbok för behandlare. *Lianen konsult, Göteborg.*

McAllister, R. (1994) Talkommunikation. *Studentlitteratur, Lund.*

Tidningen Må Bra: juli 2000: En snäll doktor kan ofta vara den bästa medicinen.

Riley, G.D. (1994) Stuttering Severity Instrument for children and adults. Third edition. Examiner's manual and picture plates. *Pro-ed, Austin, Texas.*

Rosén- Gustafsson, B. (2000) Om etik och moral. *Logopednytt nr 7/2000*

Stewart, T & Bray, B. Dr Fluency - An evaluation of a computerized fluency shaping programme. *Speaking out, Summer 1998, England.*

Stromsta, C. (1986) Elements of Stuttering. *Atsmorts Publishing, Oshtemo, USA.*

Svenska logopedförbundets etiska regler, (1999) *Dik-förbundet, Stockholm*

Tonnquist -Uhlén, I. (1996) Topography of auditory evoked cortical potentials in children with Severe Language Impairment. *Doktorsavhandling – Karolinska institutet, Stockholm.*

Van Riper, C. (1973) The treatment of Stuttering. *Prentice-Hall, Inc, New Jersey.*

Webster, R.L & Stoeckel, C. (1987) The Precision Fluency Shaping Program: Speech Reconstruction for Stutterers: Volume 1 & 2 *Communications development corporation LTD, Roanoke, Virginia.*

Wingate, M.E. (1983) Speaking unassisted: Comments on a paper by Andrews et al. *Journal of Speech and Hearing Disorders* 48, s 255-263

Woolf, G. (1967) The assessment of stuttering as struggle, avoidance and expectancy. *British Journal of Disorders of Communication* 1967/v2 s 158-171.

Forne-Wästlund, H (1996) Höra – men inte förstå. Auditiva perceptionsstörningar hos barn. *Audionytt Nr 1-2 1997, Logopednytt Nr 7/96.*

Forne-Wästlund, H (1994) Enbart indirekt stamningsbehandling genom föräldrasamtal kan inte ersätta den direkta diagnostiken och stamningsbehandlingen av barnet. *Logopednytt 7/94, DIK-förbundet, Stockholm.*

Forne-Wästlund, H. (1994) Rapport från IFA – International Fluency Association 1st world Congress on Fluency Disorders. *Logopednytt 2-3/95, DIK-förbundet, Stockholm.*

Forne-Wästlund, H (1997) Dr Fluency - Datorstödd stamningsbehandling, *PLUS 4/97*

Forne-Wästlund, H (2000) A phonetic Schedule for adaptation of PFSP into Scandinavian Languages. *Proceedings from the 3rd world Congress of Fluency Disorders. Nijmegen University Press*

Forne-Wästlund, H (2000) The Swedish Comprehensive Stuttering Treatment Program. *Proceedings from the 3rd world Congress of Fluency Disorders. Nijmegen University Press*

16. BILAGOR (för diagram och tabeller: se separat pdf)

Bilaga 1: Tabell över lyssnarnas skattningar av deltagarnas talflyt med graderingsförklaringar.

Bilaga 2: Projektdeltagarnas individuella bedömning av problemtyngd.

Bilaga 3: Antons resultat och diagram

Bilaga 4: Bertils resultat och diagram

Bilaga 5: Calles resultat och diagram

Bilaga 6: Davids resultat och diagram

Bilaga 7: Eriks resultat och diagram

Bilaga 8: Filippas resultat och diagram

Bilaga 9: Gustavs resultat och diagram

Bilaga 10: Ingridis resultat och diagram

Bilaga 11: Johans resultat och diagram

Bilaga 12: Diagram över resultaten i samband med tvåårsuppföljningen: Projektdeltagarnas individuella skattningar av behandlingsresultatet och förbättrad kommunikation samt frågorna.

Bilaga 13: Diagram över resultaten i samband med tvåårsuppföljningen: Lyssnarbedömarens skattning av projektdeltagarnas talflyt.