

PROFESSIONSHØJSKOLEN UCC

# Evidensbaseret stammebehandling

---

En undersøgelse af  
stammebehandlingsprogrammet Modifying  
Phonation Intervals (MPI)

**Nina Kold Kristensen & Trine Lundgaard**

**22-05-2013**

**Afgangprojekt  
Modulnummer 132665  
Vejleder: Mette Thomsen**

**INDHOLD:**

<b>INDLEDENDE DEL:</b> .....	<b>2</b>
<i>INDLEDNING</i> .....	2
<i>PROBLEMFORMULERING</i> .....	3
<i>METODE</i> .....	3
<i>AFGRÆNSNING</i> .....	4
<i>TERMINOLOGI</i> .....	5
<b>HOVEDDEL:</b> .....	<b>7</b>
1: <i>TEORI</i> .....	7
1.1 Evidens og evidens-baseret praksis (EBP) .....	7
1.2 Evidensbaseret stammebehandling – et historisk perspektiv .....	12
1.3 Stuttering Management .....	13
1.4 Fluency Shaping .....	14
1.5 Fluency Shaping og Stuttering Management i dag .....	16
2: <i>ANALYSE AF MPI</i> .....	18
2.1 Introduktion af MPI .....	18
2.2 Et historisk overblik over udviklingen af MPI: .....	19
2.3 Beskrivelse af MPI programmet .....	20
2.4 Analyse af MPI i forhold Bloodstein & Ratners 12 principper for EBP .....	21
2.5 Delkonklusion .....	26
3: <i>INTERVENTION MED MPI</i> .....	28
3.1 Bunnings interventionscyklus ’Center of influence’ .....	28
3.2 Interview med danske fagpersoner inden for stammeområdet .....	28
3.3 Intervention med MPI i Danmark i relation til Bunnings interventionscyklus .....	29
3.4 Delkonklusion .....	33
<b>AFSLUTTENDE DEL:</b> .....	<b>35</b>
<i>KONKLUSION</i> .....	35
<i>PERSPEKTIVERING</i> .....	36
<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>38</b>
<i>BØGER</i> .....	38
<i>ARTIKLER</i> .....	38
<i>WEB</i> .....	39
<b>BILAG</b> .....	<b>40</b>
<i>BILAG 1 – MPI MANUAL – VEDLAGT PÅ USB STICK</i> .....	40
<i>BILAG 2 – MAILKORRESPONDANCE MED ROGER INGHAM</i> .....	40
<i>BILAG 3 - KVALITATIVT SPØRGESKEMA</i> .....	42
<i>BILAG 4 – SVAR FRA INTERVIEWPERSONER</i> .....	43
<i>BILAG 5 – BESKRIVELSE AF INTERVIEWPERSONER</i> .....	44

## **Indledende del:**

### **Indledning**

I nærværende afgangsprøve ønsker vi at kigge nærmere på stammebehandling i lyset af evidensbaseret forskning og praksis. Inspirationen til projektet er kommet ud fra to betragtninger.

For det første er der i denne tid en stor interesse for evidens, og nogle taler ligefrem om et paradigmeskift. Evidens skal forstås som stræben efter videnskabeligt bevis for effekt. Interessen for videnskabelighed og evidens har længe har været en fundamental del af stammeforskningen og stammebehandlingen i et land som USA, men også her i Danmark begynder vi nu at efterlyse evidens for praksis i logopædisk regi. I artikel i Dansk Audiologopædi fra 2011 skriver den danske læseforsker Carsten Elbro om behovet for evidens. Han påpeger, at behovet for evidens dels udspringer af de aktuelle økonomiske rammer men også ud fra et ønske om at hjælpe klienterne bedst muligt. Endvidere skriver han: ”... *netop indsigt i, hvad der virker, er en afgørende del af audiologopædens faglige indsigt og del af grundlaget for overhovedet at have faglig status.*”<sup>1</sup> Dette har vi under uddannelsen mærket et behov for at undersøge nærmere. Samfundet stiller i højere grad krav til dokumentation og evidens<sup>2</sup>. Vi mener derfor, at det er vigtigt at gøre os tanker om dette, inden vi skal ud og arbejde som logopæder.

For det andet handler meget af den stammebehandling, vi er stødt på i dansk sammenhæng, om at modificere stammen. Vi er imidlertid stødt på et behandlingsprogram, der har til hensigt at eliminere stammen. Ved et foredrag med den amerikanske stammeforsker Roger Ingham i april 2012 på Zahles Seminarium i København blev vi introduceret til det evidensbaserede stammehandlingsprogram *Modifying Phonation Intervals* (MPI).

MPI hævder som før nævnt at fjerne stammen helt og bryder sig af at være evidensbaseret, idet det lægger vægt på objektive kriterier som repeterbarhed, dvs. at programmet skal kunne gennemføres af en hvilken som helst kvalificeret logopæd. Dette gør programmet interessant i vores øjemed.

---

<sup>1</sup> Elbro 2001, s. 4

<sup>2</sup> Mikkelsen 2010, s. 422

Vi er blevet nysgerrige på, om MPI er så god en behandlingsmetode, som det hævdes, og om et sådant program lader sig praktisere i et land som Danmark, som har andre logopædiskfaglige traditioner og andre samfundsøkonomiske rammer.

## Problemformulering

*I hvilken udstrækning er stammebehandlingsprogrammet MPI en valid metode til at forbedre den flydende tale hos unge og voksne personer, der stammer, og hvordan er det muligt at anvende MPI som intervention i dansk stammebehandlingsregi?*

## Metode

For overskuelighedens skyld har vi delt projektets hoveddel i 3 afsnit med overskrifterne Teori, Analyse af MPI og Intervention med MPI.

### 1. Teori

Projektets teoretiske grundlag præsenteres. For at svare på, om MPI er en valid metode, vil vi indlede med at definere evidens, idet vi antager, at en høj grad af evidens fører til en høj grad af validitet. Vi gennemgår ligeledes en model for evidens, som er konstrueret af ”Americas Speech-language and Hearing Association” (ASHA). Bloodstein og Ratner har i deres ”*Handbook on Stuttering, sixth edition*” listet 12 principper for evidens-baseret praksis (EBP), som vi ligeledes vil gennemgå dybdegående. Jo højere grad en metode lever op til disse 12 principper for EBP, desto højere validitet har den. Principperne og ASHAs model danner baggrund for vores analyse af MPI og besvarelse af problemformuleringens første spørgsmål. Vi vil ydermere se nærmere på de to overordnede hovedretninger inden for stammebehandling, henholdsvis Fluency Shaping (FS) og Stuttering Management (SM) i et historisk evidensbaseret perspektiv med udgangspunkt i Prins og Inghams artikel fra 2009 ”*Evidence-Based Treatment and Stuttering – Historical Perspective*”. I gennemgangen vil vi inddrage grundbøgerne Alm (1997) og Lundberg (2001). I forlængelse heraf vil vi præsentere en afgørende metode inden for FS kaldet *Prolonged Speech*, som er forløber for MPI, og som MPI baserer sig på. Denne gennemgang skal bruges som teoretisk afsæt for analysen og diskussion om intervention.

## **2. Analyse af MPI**

Vi vil give en introduktion af behandlingsprogrammet MPI, dvs. en definition af MPI, en baggrundshistorie samt en beskrivelse af programmet og herefter foretage en kritisk analyse af MPI med udgangspunkt i tilgængelig litteratur i form af evalueringer, som vi vil relatere til Bloodstein og Ratners 12 principper, som er præsenteret i projektets teoretiske afsnit. Herefter vil vi diskutere især de langsigtede virkninger af MPI og diskutere disse i relation til opgavens teoretiske grundlag og spørgsmålet om evidens. Vi ønsker med analysen at stille skarpt på fordele og ulemper ved behandlingsprogrammet og svare på problemformuleringens første del.

## **3. Intervention med MPI**

Vi anvender Karens Bunnings interventionscyklus ”Center of Influence” til at se nærmere på intervention med MPI i en dansk stammebehandlingssammenhæng. Vi har valgt denne fremgangsmåde, idet vi mener, at det er vigtigt at se på et specifikt behandlingstilbud indenfor et givent samfunds kulturelle kontekst. Det er muligt, at metoden har gode resultater på Universitetet i Santa Barbara, USA, men hvordan ville behandlingsprogrammet fungere i en dansk kontekst. Bunnings tilgang til intervention er holistisk, hvorfor vi finder hendes interventionscyklus anvendelig til at belyse de forskellige vigtige dimensioner i forhold til spørgsmålet om intervention.

Vi vil med inddragelse af Dansk videnscenter for Stammen (DAVS)s anbefalinger vedr. logopædisk stammebehandling til voksne samt uddrag af skriftlige interviews, foretaget med fagpersoner med specialviden om stammen og diskutere muligheden for intervention med MPI i dansk stammebehandlingsregi. Vi vil i dette afsnit også trække på opgavens teoretiske afsæt. Vi har valgt skriftligt at interviewe vidende fagpersoner, der har kendskab til og/eller erfaring med behandling af unge og voksne, der stammer i Danmark, og som, vi antager, kan pege på nogle problematikker i relation til at intervenere med en metode som MPI.

### **Afgrænsning**

Stammen er et komplekst fænomen og kan derfor anskues fra mange forskellige vinkler, fra årsag og udtryk til behandling. I dette afgangsprøve vil vores fokus være på behandling samt på forskningsmæssige emner, der relaterer sig til spørgsmålet om evidens. Da MPI udelukkende henvender sig til unge og voksne, vil vi i dette projekt kun forholde os til denne behandlingsgruppe.

## Terminologi

I det følgende præsenteres en ordliste med nogle af de termer, vi har valgt at bruge i dette projekt. Vi har valgt at beholde nogle af begreberne på originalsproget (engelsk/amerikansk), da vi har fundet oversættelserne heraf uanvendelige eller upræcise. Afslutningsvis vil vi give en definition på stammen samt korte fakta.

**Fluency Shaping (FS)** = er et begreb, der henviser til den form for stammebehandling, som har flydende tale som mål. På dansk har man oversat termen med ”tale-flydende-behandling” eller ”flydende-tale-behandling”.

**Stuttering Management (SM)** = dækker over den form for stammebehandling, som har fokus på at modificere stammen, på dansk også døbt ”stamme-flydende-behandling”.

**Non-Avoidance Therapy** = ikke-undgåelsesbehandling. I Danmark er denne form for behandling blevet døbt acceptmetoden.

**DAF** = forkortelse for Delayed Auditory Feedback. På dansk: Forsinket auditiv feedback.

**Prolonged Speech** = behandlingsmetode, der går ud på at forlænge lydene, især vokalerne. Den mest anvendte metode inden for Fluency Shaping. På dansk: Forlænget tale.

**MPI** = forkortelse for Modifying Phonation Intervals, på dansk: ”Ændring af fonationsintervaller”.

**Fonationsinterval** = på engelsk: Phonation Interval. Et fonationsinterval er varigheden af en enhed (interval) af stemmelæbernes vibrationer, i praksis også svarende til en stavelse.

**PDS** = forkortelse for person/personen/personer/personerne der stammer.

**Taleanstrengelse** = på engelsk: speech effort. Ordet relaterer sig til den problematik, der er uundgåelig ved al stammebehandling. Hvad nytter det at være stammefri, hvis dét at tale flydende opleves som noget, som kræver overdreven megen opmærksomhed, derfor tilsigtes der en vis grad af automatik i den flydende tale.

**Talenaturlighed** = på engelsk: speech naturalness. En problematik der opstod som følge af behandling med prolonged speech. Ved at forlænge vokallydene kom talen til at lyde unaturlig og monoton. Derfor er talenaturlighed blevet interessant for stammebehandling.

**Selvhåndtering** = på engelsk: Self management. Selvhåndtering handler om, at klienten selv er styrende i stammebehandlingen og tager ansvar for den taleadfærd vedkommende ønsker at ændre på.

**Vedligeholdelse** = på engelsk: Maintenance, begrebet dækker over, om hvorvidt klienten er i stand til at holde fast ved de tillærte metodikker fra behandlingen og dermed vedligeholde den flydende tale.

**Baseline** = indsamlede oplysninger (speech samples) inden behandlingen påbegyndes.

**Multiple baseline design (across subjects)** = videnskabelige design hvor flere testpersoner indgår med hver deres baseline.

**Experimental time-series treatment formats** = forskningsdesign hvor man opererer med forskellige tidsintervaller for behandlingen.

**Single subject experimental designs** = er videnskabelige forsøg med enkelte individer, som skal påvise, om behandlingen virker. Der findes to typer af forsøg: Det ene er A/B/A også kaldet "Withdrawal Design". Det andet B-/B+/B-/B+ kaldes også "Reversal Design".<sup>3</sup>

**Definition på stammen** = ”Stammen indebærer en forstyrrelse i talerytmen, hvor personen præcist ved, hvad han vil sige, men i det givne øjeblik ikke er i stand til at sige det på grund af en ufrivillig gentagende forlængelse eller standsning af en lyd.”<sup>4</sup>

**Fakta om stammen** = I den voksne befolkning anslås det, at 0,7-1 % stammer, heraf flest mænd. Forskning viser, at forholdet er enten 6:1 eller 2:1 afhængig af aldersgruppe.<sup>5</sup>

**(Sekundær) stammeadfærd** = begrebet dækker over den tillærte stammeadfærd, som en person der stammer med tiden har udviklet som en manøvre til at undgå at stamme. Det kan være medbevægelser, tics, (kraftige) blokeringer, forskellige typer af undgåelse i sproget mv.

---

<sup>3</sup> Kazdin 2011

<sup>4</sup> Lundberg 2001, s. 20

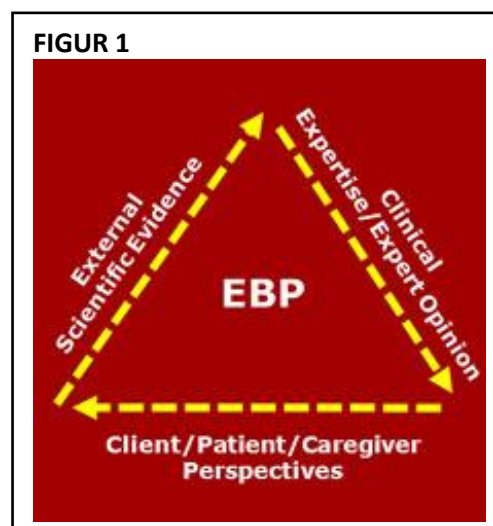
<sup>5</sup> [www.servicestyrelsen.dk/handicap/stammen\\_og\\_lobsk\\_tale/stammen/intro-om-stammen/stammen-i-tal](http://www.servicestyrelsen.dk/handicap/stammen_og_lobsk_tale/stammen/intro-om-stammen/stammen-i-tal) - besøgt d. 21/5 2013

## Hoveddel:

### 1: Teori

#### 1.1 Evidens og evidens-baseret praksis (EBP)

Evidens er lidt af et modeord. Ordet kan oversættes med bevis. Inden for forskellige faglige discipliner udtrykker ordet evidens et behov for og en stræben efter videnskabeligt bevis for effekt. Fokus på evidens stammer oprindeligt fra medicinens verden, hvor David Sacket og kolleger i USA i 1990'erne var bag bevægelsen ”Evidence-Based Practice, Medicine and Treatment”.<sup>6</sup> Sackets definition på EBP lyder: *”Evidence based medicine is the conscientious, judicious and explicit use of current best evidence in making the decisions about individual patients. The practice of evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available evidence from systematic research”*<sup>7</sup>. Siden har EBP bredt sig til andre faglige discipliner såsom logopædifeltet. Behovet for EBP i udlandet var klart. Tredje instanser som fx forsikringsselskaberne lagde pres på logopæderne og forlangte, at deres behandlinger var EB. Professionelle organisationer har derefter taget EBP til sig, såsom foreningen American Speech-language Hearing Association (ASHA). EBP blev en standard i ASHA og blev indlejret i *”...the certificate of Clinical Competence in speech-language pathology (ASHA, 2004)...”*<sup>8</sup>. EBP blev hermed gjort til et kriterium for logopædisk kompetence.



I figur 1 illustreres målet for EBP, som det formuleres på ASHA's hjemmeside.<sup>9</sup> Målet er at integrere ekspertens (logopædens erfaringsmæssige ekspertise) og eksternt videnskabeligt bevis (forskning) samt klientens perspektiver.

Figur 1 tjener til at give en overordnet forståelse af EBP, og vi vil vende tilbage til denne i analyseafsnittet med henblik på at afdække, om MPI lever op til disse mål. Men hvordan kan

<sup>6</sup> Bloodstein & Ratner, 2008, s. 337

<sup>7</sup> Sacket m.fl. (1996) i Roddam & Skeat 2010, s. 10

<sup>8</sup> Bloodstein & Ratner, 2008, s. 338

<sup>9</sup> <http://www.asha.org/members/ebp/> - besøgt d. 9. marts 2013



man konkret bedømme, om en behandlingsmetode lever op til ovenstående formål? Inden for medicinens verden opererer man med *randomized clinical trial* (RCT), som er en måde at foretage videnskabelige forsøg på, der sikrer evidens. RCT er velegnet til forsøg med medicin, hvor man blandt andet tester virkninger af placebo. RCT problematiseres dog af amerikanske stammeforskere, idet det inden for logopædien er vanskeligt at intervenere med placebo samt måle effekten af at intervenere med forskellige behandlinger, da det er umuligt at starte på en frisk hver gang.<sup>10</sup>

Tilgangen til EBP inden for logopædi og stammen bør derfor være en anden. I *Handbook on Stuttering*, sixth edition foreslår Bloodstein og Ratner 12 principper<sup>11</sup> til, hvorledes man kan fastslå, om en bestemt behandling er virkningsfuld. De påpeger, at listen af principper ikke er udtømmende.<sup>12</sup>

1. **Metoden skal være virkningsfuld over for en bred og repræsentativ gruppe af individer, som stammer.** Grunden til dette er ifølge forfatterne, at nok er single-case studier et brugbart og godt metodisk design inden for videnskabelig forskning, men der har været en tendens til, at stammeforskere har misbrugt disse ved f.eks. kun at udvælge de succesfulde single-case studier til deres artikler, hvilket giver et skævt billede og tilmed ikke beviser meget andet end, at al stammebehandling virker for nogle stammere. Det ville i stedet være mere nuanceret at tale om at definere succeskriterierne for effektiv behandling og omvendt se nærmere på behandling, der ikke havde den tilsigtede virkning.<sup>13</sup>
2. **Resultaterne skal påvises ved objektive mål for tale- og ikke-talemæssig adfærd, såsom stammens frekvens eller talehastighed og af bedømmelser af stammens sværhedsgrad.** Det er vigtigt med en objektiv bedømmelse, som ikke er farvet af subjektive forventninger eller andre psykologiske faktorer. For at bedømmelsen forbliver så objektiv som muligt, er det afgørende, at bedømmelserne foretages før, under og efter behandlingen af neutrale observatører. Nuværende målsætninger inden for EBP inkluderer, at der tages højde for klientens egen bedømmelse, når behandlingen evalueres.<sup>14</sup>

---

<sup>10</sup> Bloodstein & Ratner 2008, s. 338

<sup>11</sup> Bloodstein & Ratner 2008, s. 338-343

<sup>12</sup> Bloodstein & Ratner 2008, s. 343

<sup>13</sup> Bloodstein & Ratner 2008, s. 338

<sup>14</sup> Bloodstein & Ratner 2008, s. 339

3. **Dokumentation for logopædisk succes må basere sig på gentagne evalueringer og passende mængde eksempler af taledata (speech samples).** På grund af stammens foranderlighed fra tid til anden og under forskellige omstændigheder, er det nødvendigt at evaluere løbende med gentagne baselinemål for bedømmelsen. Det er ydermere vigtigt at evaluere bredt, fremfor fx kun at kigge på et enkeltstående eksempel. Denne fremgangsmåde skal sikre, at evalueringerne er repræsentative.<sup>15</sup>
4. **Forbedring skal kunne overføres til talesituationer uden for klinikken.** Det er af stor nødvendighed at se på en metodes effektivitet uden for klinikkens rammer, idet talen hos de fleste personer, der stammer, forbedres hurtigt inden for klinikkens specielle rammer, af grunde der ikke har meget at gøre med metodens effektivitet.<sup>16</sup>
5. **Vedvarende resultater skal bevises ved langsigtede opfølgende undersøgelser.** Trods mange effektive stammebehandlingsmetoder er det evigt tilbagevendende problem, hvordan man undgår tilbagefald. Det er et faktum, at meget af det, der læres ved behandlingen, går tabt på den lange bane, hvilket viser sig, når og hvis man laver opfølgende undersøgelser. Et spørgsmål er her, hvor længe der skal gå fra endt behandling til en opfølgende undersøgelse. Svaret på dette spørgsmål vides ikke. Men på baggrund af logopædiske erfaringer anslås det, at der bør gå minimum 18 måneder og op til 2 år, før der foretages en opfølgende undersøgelse. Undersøgelsen bør herudover foretages uden for klinikkens rammer og med klientens forudgående accept heraf, dog skal klienten ikke kende det eksakte tidspunkt for evalueringen. Grunden til denne fremgangsmåde er, at det tyder på, at klienten yder en bedre præstation, når vedkommende ved, at talen bedømmes. I et studie undersøger Ingham (1975) dette ved at evaluere sine klienter med både en skjult og en åben tilgang. Ved den skjulte tilgang besøger en studerende klienterne i deres hjem under dække af at være interesseret i deres svar til en personlighedstest. Den gennemsnitlige procentdel af stavelser, der stammes på, er langt højere end ved den åbne og direkte tilgang til evalueringen. Lignende undersøgelser, som er blevet foretaget af andre efterfølgende, har dog ikke vist de store forskelle mellem skjult eller åben evaluering. Man kan dog ikke se bort fra, at nogle personer er tilbøjelige til at yde en bedre præstation, når talen evalueres åbent.<sup>17</sup>

---

<sup>15</sup> Bloodstein & Ratner 2008, s. 339

<sup>16</sup> Bloodstein & Ratner 2008, s. 339

<sup>17</sup> Bloodstein & Ratner 2008, s. 339-341

6. ***Passende kontrolgrupper eller kontrolforanstaltninger skal bruges til at vise, at stammereduktionen skyldes behandlingen.*** En bias, der bør tages højde for i forbindelse med evalueringer, er spontan ophør af stammen. Dette er dog mest hyppigt ved børn men forekommer også i forskellige grader hos voksne, der stammer. Det påpeges af stammeforskerne Hanna and Owen (1977), at personer, der stammer (eller deres forældre) har en tendens til at søge hjælp, når stammens sværhedsgrad topper. Som følge heraf bliver stammen mindre med tiden blot som følge af effekten ”regression mod gennemsnittet”. Dette er påvist ved studier af personer, der har været på venteliste til stammebehandling. I den tid, de har været på venteliste, er stammens sværhedsgrad aftaget, selvom de ikke har modtaget behandling. Fænomenet ”regression mod gennemsnittet” er dog hyppigst hos førskolebørn. Midlertidig flydende tale som følge af troen på en effektiv behandling, kan være en anden bias. I medicinens verden er placebobehandlinger måden at teste for denne effekt på. Inden for adfærdsterapi er det yderst vanskeligt at teste med placebo, og det er også sjældent at teste to forskellige behandlinger over for hinanden. Det førnævnte ventelistepincip er et alternativ til kontrolgrupper eller modsatrettet behandling. Det bruges som grundlag for sammenligning af personens forandring i talen under behandlingen.<sup>18</sup>
7. ***Personens tale skal lyde naturlig og spontant for tilhørere.*** Dette punkt er fundamentalt i evalueringer. Den flydende tale, som opnås ved mange stammeprogrammer, kan lyde monoton og langsom og derfor meget kunstig for udenforstående tilhørere. Derfor er der hos mange forskere kommet større fokus på at måle og forbedre talens naturlighed efter endt behandling.<sup>19</sup>
8. ***Klienten skal være fri for at føle det nødvendigt at kontrollere sin egen tale.*** Der bør opnås en vis grad af automatik, sådan at det at tale flydende uden stammen ikke opleves som noget, der kræver meget opmærksomhed. Hvis personen, der stammer, skal bruge meget opmærksomhed/anstrengelse på ikke at stamme, kan det næppe kaldes normal flydende tale.<sup>20</sup> Dette punkt omhandler det, vi har valgt på dansk at kalde taleanstrengelse (speech effort).
9. ***Behandlingen skal ikke kun fjerne stammen men også angst og forventning om at stamme samt personens selvbillede som stammer.*** Det er uholdbart kun at bedømme

---

<sup>18</sup> Bloodstein & Ratner 2008, s. 341

<sup>19</sup> Bloodstein & Ratner 2008, s. 341-342

<sup>20</sup> Bloodstein & Ratner 2008, s. 342

resultatet af en behandling blot ud fra en lavere stammefrekvens. Det er også vigtigt at tage højde for klienten egen opfattelse og holdning. Men ingen af delene kan stå alene. I relation til dette udtrykker Sheehan (1984) følgende dilemma: ”A stutters may feel miserable at the strain and vigilance required to keep an artificial pattern going. But the resulting monotone might dramatically lower the frequency count. Conversely, a stutters might relax his suppressive vigilance enough to feel freer and more open, even though the frequency count might be reported as higher by an objective observer. Which one feels better about himself? Who is ahead in a genuine therapeutic sense?”<sup>21</sup> Det er ikke ualmindeligt, at personer, der efter endt stammebehandling, taler flydende, dog stadig tænker på sig selv som stammere.<sup>22</sup>

10. **Et behandlingsprograms succes bør tage højde for dropouts.** Nogle klienter fuldfører ikke behandlingen af forskellige indlysende årsager fx på grund af flytning, private familiære omstændigheder eller fængselsophold. Det kan synes rimeligt at ignorere disse dropouts, når den samlede vurdering af metoden gøres op. Men der findes klienter, som forlader behandlingen, fordi de ikke synes om den måde, der undervises på, eller de føler måske ikke, de får noget ud af behandlingen. Hvis man ignorerer et tilpas stor antal dropouts, vil det give et skævvredet billede af behandlingens effektivitet. Det samme gælder i forhold til opfølgninger. Hvis statistikken opgøres udelukkende på baggrund af de klienter, som takker ja til tilbuddet om en opfølgning, vil der være en alvorlig bias i resultaterne.<sup>23</sup>
11. **Metoden skal beviseligt være virkningsfuld, når den er foretaget af en hvilken som helst kvalificeret logopæd.** Nogle få studier har påvist dette. Et eksempel er et forsøg foretaget af Block m.fl. (2005) omhandlende en behandlingsmetode, som baserer sig på ”prolonged speech”. Her forestod et stort antal studerende stammebehandlingen, og resultaterne var jævnbyrdige og positive for hele gruppen af studerende.<sup>24</sup>
12. **Metoden skal fortsat være virkningsfuld, når den ikke længere er ny, og når den første begejstring har lagt sig.** Noget tyder på, at begejstring over en metode i sig selv er skyld i, at klienten på kort sigt forbedrer sin flydende tale.<sup>25</sup>

---

<sup>21</sup> Bloodstein & Ratner 2008, s. 342

<sup>22</sup> Bloodstein & Ratner 2008, s. 342

<sup>23</sup> Bloodstein & Ratner 2008, s. 342

<sup>24</sup> Bloodstein & Ratner 2008, s. 343

<sup>25</sup> Bloodstein & Ratner 2008, s. 343

De netop præsenterede principper er hermed et udtryk for den diskurs, der præger evidensbaseret stammebehandling og forskning i øjeblikket, men nye elementer og dimensioner dukker op løbende i takt med nye problematikker og forskning. Som nævnt i starten af dette afsnit er evidens lidt af et modeord. Det er imidlertid ikke nyt at forholde sig videnskabeligt til forskning og praksis i forbindelse med stammen. I det følgende afsnit ser vi derfor nærmere på evidensbaseret stammebehandling i et historisk perspektiv.

## 1.2 Evidensbaseret stammebehandling – et historisk perspektiv

I 1925 blev det første akademiske studie i talevanskeligheder oprettet ved Universitetet i Iowa i USA, hvilket blev begyndelsen til den moderne tids stammeforskning og stammebehandling. To overordnede tilgange til stammebehandling af unge og voksne, som stammer, er siden vokset frem. Den ene retning er FS, og den anden er kendt som SM. Begge tilgange har til hensigt at ændre adfærd associeret med fremkomsten af stammen, men på to meget forskellige måder. Hvor FS har som formål at reducere og i bedste fald eliminere forekomsten af stammen, arbejder SM overordnet set med det mål at normalisere reaktionerne på forekomsten af stammen.<sup>26</sup> En mere præcis beskrivelse af de to retningers forskellige mål for behandling findes i følgende citat: ”... *FS teaches the person who stutters to produce fluent speech in a manner that prevents the fluency disruptions that trigger stuttering reactions. Its goal is stutter-free speech. SM, on the other hand, teaches the person who stutters to react to fluency disruptions calmly, without unnecessary tension or struggle. Rather than stutter-free speech, its goal is speech that, although disfluent, is free of unnecessary effort...*”<sup>27</sup> Det er altså to helt forskellige tilgange til stammebehandling. Det vigtige for FS er at blive helt fri for stammen, på den måde bliver PDS automatisk fri af den medfølgende tillærte stammeadfærd som fx medbevægelser eller undgåelse. Omvendt ligger der hos SM en accept af, at man ikke kan komme helt af med stammen. Derfor er det værdifuldt at lære PDS redskaber til at stamme blødere samt blive fri af den voldsomme sekundære stammeadfærd. Af nogle teoretikere er de to retninger blevet skelnet i mellem som henholdsvis evidensbaseret (FS) og påstandsbaseret (SM) ud fra en betragtning om, at FS vægter resultatet højere end teorien, mens SM først og fremmest tager udgangspunkt i teorien. Prins og Ingham (2009) mener dog, at dette er en unuanceret skelnen. De mener, at begge retninger har fundet støtte i forskellige former for evidens på hver deres måde, og at det er nødvendigt med en nuanceret

---

<sup>26</sup> Prins & Ingham 2009, s. 254

<sup>27</sup> Guitar (2006) i Prins & Ingham 2009, s. 254

tilgang til dette, hvis der skal føres en meningsfuld diskussion om de to retninger, især i relation til fremtidig forskning vedrørende evidensbaseret praksis.<sup>28</sup> I det følgende gennemgås de to retninger.

### 1.3 Stuttering Management

I 1930'erne var indlæringsteoriene præget af forskning af Hull og Spence, som konkluderede, at specielt angstreduktion var et værdifuldt redskab i behandlingssammenhæng. De konkluderede, at incitamentet for at ændre en bestemt adfærd var ”tilfredsstillelse”, og at især angstreduktion var en vigtig forstærker i den forbindelse.<sup>29</sup> På den baggrund introducerede Johnsson, som var studerende på Universitetet i Iowa, sine revolutionerende ideer om stammen. I denne sammenhæng skal nævnes hans koncept om ”moments of stuttering”, hvilket i dag refereres til som stammevents. Johnsson troede på, at man ved at kigge nærmere på stammeøjeblikket, disse ”moments of stuttering”, kunne afsløre stammens sande natur og derved finde den mest hensigtsmæssige behandling.<sup>30</sup> I kraft af sin forskning udviklede Johnsson sin *diagnosogene teori*, som går ud på at forklare stammen som noget, der udvikles netop af bekymringen og frygten for at komme til at stamme.<sup>31</sup> Vi har alle ikke-flydende tale i vores sprog, men det er efter Johnssons overbevisning, når vi begynder at bekymre os eller frygte den ikke-flydende tale, at stammen opstår. Det var på denne teoretiske baggrund, at Johnsson i samarbejde med Van Riper udviklede stammebehandlingsmetoden Non-Avoidance-Therapy, som i al sin enkelthed gik ud på at arbejde med at reducere taleproblemerne ved at arbejde med at ændre stammen til mere bløde former og derved formindske taleangsten.<sup>32</sup>

Riper var imidlertid ikke enig med Johnssons diagnosogene teori men mente, at der også var et fysisk element involveret i stammen. Stammen var ikke kun et resultat af frygten for at stamme men samtidigt også et resultat af et sammenbrud i det talemotoriske system. Med hans egne ord ”*a stuttering behavior consist of a word improperly patterned in time and the speaker's reactions thereto*”.<sup>33</sup> Såvel som Johnsson mente Riper, at personens reaktioner overfor sin egen stammen var vigtige. Det var vigtigt for ham at arbejde med at lære voksne, der stammer, at udforske og ændre deres egne uhensigtsmæssige reaktioner på egen stammen.

---

<sup>28</sup> Prins & Ingham 2009, s. 255

<sup>29</sup> Prins & Ingham 2009, s. 255

<sup>30</sup> Prins & Ingham 2009, s. 255

<sup>31</sup> Alm 1997, s. 62

<sup>32</sup> Alm 1997, s. 134

<sup>33</sup> Van Riper (1971) in Prins & Ingham 2009, s. 256

I årevis arbejdede Riper med at udvikle og evaluere og på den måde retfærdige et behandlingsprogram, der kunne dette. Hans behandlingstilgang var præget af en tankegang om, at forandring sker gennem kognitive processer ligesom ved kognitiv adfærdsterapi.<sup>34</sup> Riper og andre repræsentanter for SM havde imidlertid meget lidt fokus på at udvikle eksplicite gentagelige procedurer eller kvantitative målinger af behandlingsresultaterne.<sup>35</sup> Udgangspunktet for SM har således meget vel været evidensbaseret, funderet i ovenfor nævnte indlærings teorier, men det har ikke været en dyrket disciplin inden for SM at gøre behandlingen evidens-baseret.

*Acceptmetoden:* Metoden kom til Danmark i 1950'erne, men slog først rigtig igennem i 1956, hvor den danske talepædagog Viktor Bloch var på besøg i Toronto i Canada og blev inspireret af denne nye arbejdsmåde. Arbejdsmåden tog udgangspunkt i Van Ripers Non-Avoidance Therapy, men er siden blevet tilpasset til danske forhold og i den forbindelse blevet døbt acceptmetoden. Metoden har vundet stærkt fodfæste i Skandinavien og blev da også i 1970-erne og 80'erne totalt dominerende.<sup>36</sup>

#### 1.4 Fluency Shaping

I slutningen af 1950'erne begyndte B.F. Skinners behavioristiske ideer om indlæring at vinde indpas, hans teorier blev begyndelsen til udviklingen af adfærdsmæssige eksperimenter over det næste årti. Især teorien om *operant betingning*, hvilket indebærer, at en bestemt adfærd belønnes ellers straffes, var afgørende.<sup>37</sup>

Det var på baggrund af Skinners teori, at Flanagan, Goldiamond og Azring gennemførte to forsøg (i 1958 og 1959), hvor de konkluderede, at stammelementer som pauser, gentagelser eller andre former for ikke-flydende tale er operante størrelser, som kan manipuleres ved efterfølgende konsekvenser med f.eks. en høj lyd.<sup>38</sup> Det var ikke interessant at undersøge de såkaldte stammevents nærmere, det vigtige var, at forekomsten af dem kunne bringes under stimuliskontrol. Disse begyndende studier blev indirekte fundamentet for FS, som det praktiseres i dag.<sup>39</sup> Efter disse revolutionerende forsøg blev det hurtigt målet for behandlingen, at talen skulle være helt fri for stammen. ”*Outcome evidence, not evidence to*

---

<sup>34</sup> Prins & Ingham 2009, s. 257

<sup>35</sup> Prins & Ingham 2009, s. 257

<sup>36</sup> Alm 1997, s. 140-142

<sup>37</sup> Alm 1997 s. 53

<sup>38</sup> Prins & Ingham 2009, s. 257

<sup>39</sup> Ingham (1984) i Prins & Ingham 2009, s. 257

*support theory, would justify FS treatments*”.<sup>40</sup> Der var, som citatet her viser, fokus på resultatet af behandlingen, ikke på teorien. Hvis der gennem videnskabelige forsøg var bevis for, at bestemte fremgangsmåder på en troværdighed måde kunne mindske eller eliminere stammen, så var fremgangsmåden anvendelig og pålidelig i behandlingssammenhæng. Der kom hermed fokus på at udvikle gentagelige procedurer, sådan at videnskabelige metoder kunne overføres til behandlingssammenhæng. Dette skulle ske gennem anvendelsen af reliable og valide målinger af taleadfærden og ved brugen af forskellige eksperimentelle design.<sup>41</sup> Ud af dette nye paradigmeskift voksede også en øget interesse for udvikling af måling af stammen samt måleprocedurer.<sup>42</sup>

*Goldiamonds forsøg i 1965*: Goldiamond foretog et afgørende eksperiment i 1965, hvor han fandt ud af, at ”prolonged” (på dansk forlænget) stammefri tale var en naturlig følge af brugen af DAF.<sup>43</sup> DAF indebærer en forsinkelse af lyd, således at personens egen stemme afspilles i hovetelefoner med en forsinkelse på 0,05-0,25 sekunder. Ved brugen af DAF i 1950’erne fandt man ud af, at stammen mindskedes eller forsvandt helt, når PDS havde ”støj i hovedet”, hvilket rejste spørgsmålet, om stammen havde at gøre med fejl i hørelsen ved tilbagekobling af lyd.<sup>44</sup> Men Goldiamond fandt via sit eksperiment ud af, at det, der gør talen stammefri, ikke er DAF som sådan, men at DAF medvirker til at nedsænke taletempoet med en forlængelse af vokallydene, som er det, der gør talen fri for stammen. Ydermere opdagede Goldiamond, at denne unaturlige forlængede men stammefri tale efterfølgende kunne blive formet i retning af en mere naturlig klingende flydende tale. Goldiamonds studier var dermed afgørende, idet de gav videnskabeligt bevis for en årgammel FS teknik som DAF. Med brug af DAF eller ej var grundstenen hermed lagt til de vigtigste teknikker inden for FS, som overordnet refereres til som ”*prolonged speech*”. Teknikkerne indebar blandt andet forlængelse af lyd (især vokaler), bløde kontakter (dvs. blød berøring af taleorganerne ved konsonantartikulation, en blødere talestrøm (også kaldet koartikulation) samt bløde artikulatoriske onsets. En anden vigtig dimension i Goldiamonds forsøg var, at han var den første til at introducere selvhåndteringsprocedurer i forbindelse med stammebehandlingen. Dette gik ud på, at personens skulle trænes i selv at identificere adfærd/stammen, som vedkommende ville ændre

---

<sup>40</sup> Prins & Ingham 2009, s. 257

<sup>41</sup> Prins & Ingham 2009, s. 257

<sup>42</sup> Prins & Ingham 2009, s. 258

<sup>43</sup> Prins & Ingham 2009, s. 257

<sup>44</sup> Alm 1997, s. 52



i stedet for at få at vide, hvad der skulle ændres. Selvhåndtering har bragt et nyt aspekt ind i vurderingen af succeskriterier for stammebehandlingen inden for både FS og SM.<sup>45</sup>

Opsummerende har FS altså til mål for stammebehandlingen at opnå stammefri, naturlig klingende tale, via udførlige og gentagelige procedurer og med en betinget fremadskridende behandling samt kvantitative evalueringer af processen og resultatet. Modsat SM er FS interesseret i en tilgang, der består i at overføre eksperimentelle metoder til behandlingssammenhæng.

Denne behavioristiske tilgang til stammebehandling har bragt vigtige elementer med sig ind i diskussionen om evidensbaseret og succesfuld stammebehandling. ”*This important paradigm shift placed new emphasis on the development of measurement and measurement procedures*”.<sup>46</sup> Der er med andre ord kommet interesse for måling af stammen.

### 1.5 Fluency Shaping og Stuttering Management i dag

Som beskrevet ovenfor er begge tilgange vokset frem af behavioristiske ideer og af evidensbaserede forsøg, dog er det nærmest blevet en disciplin inden for FS at stræbe efter reliabilitet og validitet og evidens, hvor SM i højere grad er teoretisk funderet. Modsat SM bugner det i litteraturen af evalueringer af metoder inden for FS, som overordnet set viser, at det er en effektiv måde at behandle på, om end ikke for alle voksne, der stammer. Det tilbagevendende problem består i tilbagefald efter afsluttet behandling og et højt behandlingsfrafald. Omvendt besidder SM ofte ringe dokumentation for dens effektivitet. SM's berettigelse i dag består derfor i den udbredte og alment accepterede tokomponente opfattelse af stammen og ”stammeevents”, hvor det er den sekundære adfærd, de forsvarsmæssige reaktioner overfor at komme til at stamme (fx blokering), der anses for det problematiske og derfor for at være det rette mål for stammebehandlingen.<sup>47</sup>

Ripers ord om forskellen mellem FS og SM lyder således: ”*The goal of therapy for the confirmed stutters should not be a reduction in the number of dysfluencies or zero stuttering. Fluency enhancing procedures can easily result in stutter-free speech temporarily but maintaining it is almost impossible*”.<sup>48</sup> Argumentet for SM er hermed, at nok kan FS skabe stammefri tale for en tid men opretholdelsen af stammefri tale er en umulighed, derfor er det af større værdi for personen, der stammer, at han/hun lærer at arbejde med selve stammen og

---

<sup>45</sup> Prins & Ingham 2009, s. 527

<sup>46</sup> Cordes & Ingham (1994) i Prins & Ingham 2009, s. 258

<sup>47</sup> Prins & Ingham 2009, s. 258

<sup>48</sup> Van Riper (1990) i Prins & Ingham 2009, s. 258

ændre den adfærd, der afstedkommes af frygten for at komme til at stamme. Resultatet afhænger meget af den individuelle logopæd, der forestår behandlingen. Da der ikke er fokus på gentagelige og reproducerbare procedurer inden for SM, er det helt op til den enkelte logopæds erfaringsmæssige ekspertise samt evne til at formidle og evne til at arbejde terapeutisk med de psykologiske og følsomme aspekter ved stammebehandlingen. Således vil resultaterne for de enkelte klienter være forskellige afhængigt af de forskellige behandlere.

## 2: Analyse af MPI

### 2.1 Introduktion af MPI

I det følgende gives en præsentation af behandlingsprogrammet MPI og baggrunden for udviklingen af programmet.

MPI tilbydes på en stammebehandlingsklinik, som er tilknyttet universitet i Santa Barbara (UCSB). På UCSB's hjemmeside defineres MPI således: "...a *phonated interval (PI)* is the elapsed time of a voiced unit of speech. Through extensive research and studies, we have found by manipulating or "modifying" the client's PIs, we can achieve durable and natural-sounding fluent speech in most who meet selection criteria."<sup>49</sup> MPI kan på dansk oversættes med "ændring af fonationsintervaller", et fonationsinterval er den tid, der går fra påbegyndelse af en lyd, til den slutter. Behandlingsprogrammet går ud på, at man kan træne personer, der stammer, til at opnå stammefri og normal klingende tale ved at lære dem at tale med et reduceret antal korte fonationsintervaller.<sup>50</sup> MPI tilhører FS traditionen og er en videreudvikling af Goldiamonds metode prolonged speech. Som beskrevet i det teoretiske afsnit, handler prolonged speech om at forlænge vokallydene. Men det at finde repeterbare procedurer for behandling med prolonged speech var en af vanskelighederne ved denne metode. Det gjorde, at der derfor fandtes mange varianter af metoden. For at kvalificere behandlingen med prolonged speech videreudviklede Ingham og kolleger metoden. Grundstenene til MPI blev lagt på baggrund af to enkeltstående forsøg (single case studier) udført af Ingham og kolleger i 1980'erne. Resultaterne er gengivet i artiklen "*The effect of manipulating phonation duration on stuttering*".<sup>51</sup> (jf. figur 2). Hos to voksne personer ville man se, om det var muligt at formindske stammen ved at ændre fonationsintervallerne. Der viste sig at være en tydelig sammenhæng mellem det at mindske eller øge forsøgspersonernes fonationsintervaller og deres stammefrekvens. Der blev i forbindelse med forsøget lavet en perceptuel analyse, hvor tilhørere kunne konstatere forandringer i talekvaliteten hos forsøgspersonerne, hvoraf den ene dog blev beskrevet som havende unaturlig klingende tale.<sup>52</sup> Yderligere forskning af Ingham og kolleger har vist, at PDS kan lære at styre frekvensen af relativt korte fonationsintervaller under spontane taleøvelser. Undersøgelserne viser ydermere, at når personerne nedbringer forekomsten af fonationsintervallerne med mindst

---

<sup>49</sup> <http://www.speech.ucsb.edu/clinic/stuttering-treatment-program.php> – besøgt den 10. marts 2013

<sup>50</sup> Ingham m.fl. 2012, s. 2

<sup>51</sup> Ingham m.fl. 1983

<sup>52</sup> Ingham m.fl. 1983, s. 579

50 %, vil deres stammen blive reduceret eller elimineret, uden at dette nødvendigvis reducerer talens hastighed eller naturlighed.<sup>53</sup> På den måde blev det muligt at standardisere en behandlingsmetode med prolonged speech. De videnskabelige forsøg og forskningsdesign var med til at sikre behandlingsmetoden høj validitet samt reliabilitet.

Inden programmet beskrives yderligere gives her en historisk oversigt over de elementer og forsøg, der har haft betydning for udviklingen af MPI, som det praktiseres den dag i dag.

## 2.2 Et historisk overblik over udviklingen af MPI:

Behandlingsprogrammet MPI er som før nævnt baseret på mange års forskning foretaget af Ingham og kolleger ved UCSB. I følgende skematiske oversigt (figur 2) gives et overblik over de vigtigste elementer, der har haft betydning for udviklingen af MPI.

**Figur 2**

<b>Elementer med betydning for udviklingen af MPI</b>	
<b>1980</b>	Forsøg med vedligeholdelse. Positive resultater med vedligeholdelse af behandlingsresultater over tid i forbindelse med behandling med prolonged speech. Personernes tale blev vurderet både inden og uden for klinikken og ved skjult og åben evaluering. <sup>54</sup>
<b>1982</b>	Multiple baseline design med 2 voksne PDS. Selvevaluering af vedligeholdelse i forbindelse med behandling med prolonged speech blev testet. Når selvevaluering blev introduceret i vedligeholdelsesprogrammet, blev stammen reduceret og kunne opretholdes i mindst 6 måneder i forskellige talesituationer. <sup>55</sup>
<b>1983</b>	2 single case studier af to voksne PDS, hvor det blev påvist, at der var sammenhæng mellem det at ændre på fonationsintervaller og stammens frekvens. Resultaterne blev påvist gennem to eksperimentelle designs. <sup>56</sup>
<b>1984</b>	Forsøg med henblik på at udvikle og evaluere en skala til bedømmelse af talenaturalighed. Talenaturaligheden blev bedømt af 30 neutrale tilhørere hos to grupper, en bestående af 10 PDS, og en anden gruppe med 10 personer med normalt flydende tale. Hos gruppen med PDS blev talen bedømt uden og med brug af DAF. Uanset brug af DAF var talenaturaligheden dårligere hos gruppen med PDS. På baggrund heraf udvikledes skalaen for talenaturalighed, en skala fra 1-9, hvor 1 er høj talenaturalighed og 9 er lav talenaturalighed. <sup>57</sup>

<sup>53</sup> Ingham 2012, s. 2

<sup>54</sup> Ingham 1980

<sup>55</sup> Ingham 1982

<sup>56</sup> Ingham m.fl. 1983

<sup>57</sup> Martin 1984

- 1985** Gennem forsøg med ”changing criterion design” blev det påvist, at talenaturaligheden kunne manipuleres ved brug af selvvurdering med skalaen for talenaturalighed.<sup>58</sup>
- 1989** Her påvises det, at PDS’s egen bedømmelse af talenaturalighed kan være ret præcis. Det blev starten til at inkorporere selvhåndtering i programmet.<sup>59</sup>
- 1997** Det blev påvist, at det var nødvendigt, at behandler og klienten havde samme dialekt, når de skulle bedømme talenaturaligheden.<sup>60</sup>
- 1997** Manual samt teknisk udstyr til MPI programmet blev udviklet.
- 1999** Stuttering Management System (SMS) blev udviklet, et software program, der kan måle stammen.<sup>61</sup>
- 2001** Evaluering af MPI programmet med udgangspunkt i 5 voksne, mandlige PDS ved brug af multiple baseline design.<sup>62</sup>
- 2006** Første forsøg med taleanstrengelse blev foretaget i forbindelse med chorus reading.<sup>63</sup>
- 2006-2012** Behandling med MPI tilbydes på en klinik på universitetet i Santa Barbara, støttes økonomisk af National Institute of Health (NIH).
- 2011** MPI tilbydes yderligere på en klinik i San Fransisco.<sup>64</sup>
- 2013** Behandling med MPI tilbydes fortsat på klinikken på UCSB, nu uafhængig af økonomisk støtte fra NIH.
- 2013** App til Ipad er under udvikling.

### 2.3 Beskrivelse af MPI programmet

Selve programmet, som der kan læses mere om i manualen (bilag 1) er udviklet til at være et computerstøttet, biofeedback program, der kræver særskilt hardware og software.

Fonationsintervallerne registreres fra overfladen af PDS’s hals via et accelerometer.

Hardwaren, der ledsager MPI softwareprogrammet, er en tilpasset forstærkerenhed og et

<sup>58</sup> Ingham m.fl. 1985

<sup>59</sup> Ingham m.fl. 1989

<sup>60</sup> Mackey m.fl. 1997

<sup>61</sup> Software og tilhørende manual kan rekvireres på <http://speech.ucsb.edu/> - besøgt d. 18/5 2013

<sup>62</sup> Ingham m.fl. 2001

<sup>63</sup> Ingham m.fl. 2006

<sup>64</sup> <http://www.speech.ucsb.edu/clinic/stuttering-treatment-program.php> – besøgt d. 10/3 2013

accelerometer, som er monteret i et hylster og placeret på halsen. Softwaren er udviklet med henblik på at registrere alle fonationsintervaller men også logopædens og PDS's resultatmål af talen (baserate). Desuden er programmet designet til at optage selvvalderet stammen, talenaturalighed og taleanstrengelse. Alle fonationsintervaller, der optages inden for et bestemt millisekund interval, kan gives som feedback i realtid til PDS via et computerdisplay eller lydssignal. Det er denne feedback, som PDS bruger til at lære at reducere hyppigheden af de målrettede fonationsintervaller, og som til gengæld vil ændre vedkommendes stammehyppighed.

Programmet er opdelt i fire faser. Disse faser er: Præetablering, Etablering, Overførsel og Vedligeholdelse. Hver fase er udviklet til at være styret af PDS og logopæden i fællesskab. Første fase styres i høj grad af logopæden, hvor de efterfølgende faser stort set vil være selvstyrede men kræver regelmæssig validering af logopæden, der står for programmet.<sup>65</sup> Yderligere information om MPI findes i manualen (bilag1) samt på UCSB Stuttering Treatment Clinic's hjemmeside.<sup>66</sup>

I det følgende analyserer vi MPI programmet i henhold til Bloodstein og Ratners principper for EBP.

#### 2.4 Analyse af MPI i forhold Bloodstein & Ratners 12 principper for EBP

1. **Metoden skal være virkningsfuld over for en bred og repræsentativ gruppe af individer, som stammer.** Da der endnu ikke foreligger en nyere offentligt tilgængelig evaluering af MPI, har vi derfor korresponderet med Roger Ingham på mail og spurgt til de aktuelle tal anno 2013. I mailen (bilag 2) fremgår det, at i alt 12 personer har været igennem MPI programmet siden 2010, og det er disse 12 personer, der vil danne grundlag for en snarlig evaluering af MPI programmet, som det praktiseres i dag. Ingham påpeger, at ca. 50 personer har været igennem programmet, men at denne gruppe har været ”forskningsobjekter”, og alle fx været PET scannet. De førnævnte 12 personer er regulære klienter, som har stået på venteliste til programmet. Ingham påpeger, at der stor forskel på, om klienten behandles i et forskningsformat eller i praksis. Vi forholder os derfor til gruppen af de 12 individer. Man kan diskutere, hvad en bred og repræsentativ gruppe består af, men Bothe m.fl. peger på i deres undersøgelse af 39 stammebehandlingsforsøg, som er publiceret

---

<sup>65</sup> Ingham 2012, s. 2

<sup>66</sup> www.mpi-stuttering-treatment.com – besøgt den 17. maj 2013

mellem 1970 og 2005, at det gennemsnitlige stammebehandlingsstudie indeholder ca. 12 PDS. Samme undersøgelse peger på en majoritet af mænd (4:1), en aldersfordeling mellem 4 og 70 år samt en vægtning af stammens sværhedsgrad med en fordeling: 40 % mild, 40 % moderat samt 20 % svær stammen for at gruppen af PDS kan siges at være repræsentativ.<sup>67</sup> Kønsfordelingen i MPI undersøgelsen er skæv, idet kun mænd indgår i undersøgelsen. MPI er ikke blevet testet på personer under 18 år, men programmer tilsigter heller ikke denne målgruppe. Mht. sværhedsgrad fordeler gruppen sig med 58 % svær, 17 % moderat samt 25 % mild stammen. Vi vurderer, at det dog må være en fordel med en stor repræsentation af svær stammen. Samlet vurderer vi, at MPI i nogen grad lever op til dette punkt.

2. **Resultaterne skal påvises ved objektive mål for tale- og ikke-talemæssig adfærd, såsom stammens frekvens eller talehastighed og af bedømmelser af stammens sværhedsgrad.** De objektive mål, MPI opererer med, er stammens frekvens målt i procentdel af stavelser, der stammes på (syllables stuttered = SS %), stavelser pr. minut (syllables per minut = SPM) for at måle talehastigheden, talens naturlighed (skala fra 1-9, 1 = høj grad af naturlighed, 9 = lav grad af naturlighed) samt taleanstrengelse (skala fra 1-9, 1 = lav grad af anstrengelse, 9 = høj grad af anstrengelse)<sup>68</sup>. Disse objektive mål optælles via SMS softwareprogrammet, som er en integreret del af MPI. Artiklen af 2001 er et eksempel på, at der er en høj grad af overensstemmelse mellem disse objektive målinger, når målingerne var foretaget uafhængigt af forskellige logopæder. Det, logopæderne havde tilfælles, var, at de alle havde gennemgået SMS programmet, hvilket var deres troværdighed.<sup>69</sup> Vi vurderer, at MPI opfylder dette princip for EBP.
3. **Dokumentation for logopædisk succes må basere sig på gentagne evalueringer og passende mængde af talesamples (speech samples).** MPI opererer som indledningsvist beskrevet med fire faser, hvor forskellige taleøvelser skal bestå én for én, før der rykkes videre til næste fase. I præetableringsfasen benyttes såkaldte trillingsessioner, som består af 3 minutters læsning, 3 minutters monolog og en 3 minutters telefonsamtale. Under disse sessioner bliver klientens taleresultater

---

<sup>67</sup> Bothe m.fl. 2006

<sup>68</sup> Davidow 2012, s. 1

<sup>69</sup> Ingham m.fl. 2001, s. 1232

evalueret.<sup>70</sup> I etableringsfasen arbejdes systematisk med 1-3 minutters øvelser af forskellig art (højlæsning, monolog, samtale og telefon). Øvelserne skal bestå en-for-en for at det er tilladt at rykke videre til næste øvelse og fase.<sup>71</sup> Der evalueres på denne måde løbende. Programmet gør brug af forskellige typer af taleøvelser, også talesamples som klienten selv er med til at vælge. Man kan diskutere, hvad en ”passende mængde af talesamples” er (før-under-efter behandlingen), men MPI indeholder forskellige talesituationer og lægger vægt på, at klienten selv er med til at vælge talesamples og situationer, som personen finder vigtige, og derved er personen med til at tage ansvar for den taleadfærd, vedkommende ønsker at ændre på. Vi vurderer, at MPI opfylder dette punkt i høj grad.

4. ***Forbedring skal kunne overføres til talesituationer uden for klinikken.*** Taleøvelser uden for klinikken er ifølge manualen en integreret del af MPI programmet. Dette gør sig især gældende for overførselsfasen, hvor selve formålet her er at påvise, om de fordele, som behandlingen har givet forsøgspersonen på klinikken, kan overføres til taleforhold uden for klinikken. Dette gøres ifølge manualen via mindst 6 forskellige typer taleøvelser, som klienten selv har ansvar for at udvælge.<sup>72</sup> Vi finder dog kun 3 forskellige typer i manualen: telefonsamtale, samtale og selvvalgt øvelse. Dog gennemføres minimum to forskellige situationer af hver type taleøvelser, hvilket giver i alt 6 øvelser. Der foretages herudover også testevalueringer. Det bemærkes i manualen, at disse testevalueringer som sådan ikke er en del af behandlingen, og de skal derfor heller ikke bestå, sådan som det er fremgangsmåden med de øvrige øvelser på klinikken. Så hvis der stammes under testevalueringerne eller talenaturaligheden i en øvelse scores med  $>3$ , er det ikke det samme som, at personen ikke består. Testevalueringerne er ifølge manualen et udtryk for evaluering af resultaterne, når der ikke præsteres inden for klinikkens rammer. Især disse testevalueringer ser vi som et udtryk for, at MPI lægger vægt på at teste resultatet af programmet fri af betingelserne, der arbejdes under på klinikken.

---

<sup>70</sup> Ingham 2012, s.3

<sup>71</sup> Ingham 2012, s. 6-14

<sup>72</sup> Ingham 2012, s. 14



5. **De langsigtede virkninger af behandling skal følges.**

Ifølge manualen viser foreløbige resultater, at fordelene ved terapi vil forplante sig og kan opretholdes i mindst 12 måneder efter afsluttet behandling. De langsigtede fordele er endnu ikke fastlagt og dokumenteret.<sup>73</sup> I mailkorrespondance (bilag 2) fremgår det, at disse resultater dog er ved at blive opgjort i skrivende stund.

6. **Passende kontrolgrupper eller kontrolforanstaltninger skal bruges til at vise, at stammereduktionen skyldes behandlingen.**

I artiklen “Evaluation of a Stuttering Treatment Based on Reduction of Short Phonation Intervals”<sup>74</sup> gengives et effektivt studie af 5 voksne mandlige PDS, som gennemgik MPI programmet. Studiet blev evalueret med multiple baseline. “Multiple baseline across subjects” bruges til at demonstrere, at behandlingen virker på forskellige individer, og det er en anerkendt kontrolforanstaltning i forbindelse med videnskabelige forsøg. I dette forsøg påvises det, at behandlingen er effektiv i alle fem tilfælde af forsøgspersoner.<sup>75</sup>

7. **Personens tale skal lyde naturlig og spontan for tilhørere.** Som det fremgår af det historiske overblik over udviklingen af behandlingsprogrammet MPI (figur 2), har det været en del af forskningen bag MPI at have fokus på talenaturaligheden, jf. artikel fra 1984. Målet for MPI er da også som beskrevet i begyndelsen af dette afsnit at opnå stammefri og naturligt klingende flydende tale. Talenaturaligheden er en integreret del af programmet og skal løbende bestås, for at klienten kan fortsætte programmet. I præetableringsfasen fremgår det, at talenaturaligheden under øvelserne bliver vurderet på en skala fra 1-9 for hver 30. sekunders periode. I etableringsfasen trænes klienternes selvbedømmelse af talenaturalighed, målet er at opnå stammefri og naturligt klingende tale inden for klinikkens rammer. I overførselsfasen gælder det situationer uden for klinikkens rammer, her skal talenaturaligheden også bedømmes og bestås. MPI lever altså i høj grad op til dette princip for EBP.

8. **Klienten skal være fri for at føle en trang til at kontrollere sin egen tale.** I 2006 blev det første forsøg foretaget med taleanstrengelse i relation til MPI. I forbindelse med højtlesning i kor (chorus reading) testede man i forsøget, den effekt højtlesning i kor havde på taleanstrengelse hos en gruppe af PDS og en kontrolgruppe af personer, hvis tale var normalt flydende. Personerne blev instrueret i selv at bedømme

---

<sup>73</sup> Ingham 2012, s.2

<sup>74</sup> Ingham m.fl. 2001

<sup>75</sup> Ingham m.fl. 2001, s. 1236

taleanstrengelsen på en skala fra 1-9. Resultaterne viste, at taleanstrengelsen blev mindre under højtlesning i kor fremfor ved almindelig højtlesning. Derimod var der ingen ændring i taleanstrengelsen hos kontrolgruppen.<sup>76</sup> I evaluering af MPI fra 2012<sup>77</sup> fremgår det, at selvom taleanstrengelse ikke er et element, der fremgår som mål for MPI i den nuværende manual, så er det dog en del af programmet, som det tilbydes den dag i dag. Taleanstrengelsen skal bedømmes på en skala fra 1-9, hvor 1 = lav grad af anstrengelse og 9 = høj grad af anstrengelse og skal bestås ved hver øvelse i MPI programmet.

9. ***Behandlingen skal ikke kun fjerne stammen men også angst og forventning om at stamme samt personens selvbillede som stammer.*** Der findes ingen undersøgelser eller artikler om MPI, som omhandler dette aspekt ved stammebehandlingen. Dog findes der på UCSBs hjemmeside videooptagelser af klienter, før og efter behandling<sup>78</sup>, hvor de enkelte klienter blandt andet fortæller om de positive forandringer, de har gennemgået personligt ved at have gennemført MPI programmet. Det er altså ikke en del af behandlingsprogrammet at arbejde terapeutisk med angst eller personens selvbillede som stammer, men vi konkluderer, at der i kraft af videooptagelserne i nogen grad er dokumentation for, at behandlingen har en positiv effekt i forhold til at fjerne angst og forventning om at stamme samt ændre ved personens selvbillede som stammer.
10. ***Et behandlingsprogrammes succes bør tage højde for frafald.*** I litteraturen om MPI finder vi ikke noget om frafald, hvorfor vi har taget kontakt til professor R. Ingham og spurgt ham til dette (bilag 2). Svaret lyder, at i alt 12 klienter har været igennem MPI programmet, hvoraf 4 er stoppet med behandlingen i overførelsesfasen. 2 af klienterne frafaldt pga. at de gentagne gange lavede fejl under en øvelse, de andre to stoppede behandlingen af grunde, der ikke havde med behandlingen at gøre, den ene flyttede til en anden stat, og den anden kom i fængsel. I alt er der derfor tale om to reelle frafald. Disse tal skulle gerne fremgå af artikel, som udkommer i løbet af enten maj eller juni. På baggrund af disse oplysninger vurderer, at MPI lever op til kriteriet om frafald.
11. ***Metoden skal beviseligt være virkningsfuld, når den er foretaget af en hvilken som helst kvalificeret logopæd.*** Dette testes i forsøg, som gengives i artiklen fra 2001. Her

---

<sup>76</sup> Ingham m.fl. 2006, s. 660

<sup>77</sup> Davidow 2012, s. 1

<sup>78</sup> <http://www.mpi-stuttering-treatment.com/prepost-videos/> - besøgt den 4. maj 2013

benyttedes flere forskellige forskningsassistenter til at gennemføre de forskellige øvelser og målinger i multiple baseline forsøg med 5 voksne mandlige PDS. Resultatet var positivt. Ligeledes må det bemærkes, at programmet gennemføres såvel i Santa Barbara som i San Fransisco af forskellige logopæder men med lige stor succes. Dette punkt vurderer vi som MPI programmets styrke. Dertil skal det siges, at den tilhørende manual er udførlig og giver logopæden instruktioner skridt for skridt. MPI kræver ikke certifikat, men det er nødvendigt med passende software og hardware, som skal rekvireres lige såvel som manualen.

**12. Metoden skal fortsat være virkningsfuld, når den ikke længere er ny og når den første begejstring over den har lagt sig.** Dette findes der på nuværende tidspunkt ingen dokumentation for. Så det må her konkluderes, at MPI i lav grad lever op til dette punkt.

## 2.5 Delkonklusion

Samlet vurderer vi, at MPI i høj grad lever op til Bloodstein og Ratners principper for EBP, og at det på den måde er et effektivt program til at eliminere stammen. Dog er der visse mangler, fx i relation til punkt 1, 9 og 12. Bredden og repræsentativiteten i gruppen af klienter, der har været igennem MPI, er i nogen grad tvivlsom. MPI tager i selve behandlingen ikke højde for at arbejde med taleangst og personens selvbillede som stammer. MPI har endnu ikke leveret dokumentation for de langsigtede virkninger af behandlingen.

I relation til ASHA's model for EBP (figur 1) vurderer vi, at MPI især lever op til den dimension, der har at gøre med eksternt videnskabeligt bevis (forskning), idet det er en metode, der gennem flere eksperimentelle forsøg, har påvist, at behandlingen er effektiv. Derudover kan man sige, at MPI skal udføres af en kvalificeret logopæd, men logopæden behøver som før nævnt ikke været certificeret i MPI, dvs. man behøver ikke have gennemgået en masse træning. Det er heller ikke afgørende, om logopæden har erfaring med stammebehandling på forhånd. Det er vigtigt med ekspertviden i det omfang, at det er logopæden, der sætter behandlingen i gang ved indsamling af baseline, forestår dele af behandlingen samt evaluerer løbende. Det er også logopæden, der får øje på problematikker ved anvendelse af programmet. Den dimension, som omhandler klientens perspektiv vægtes mindre af MPI programmet. I MPI inddrages klienten i et omfang, der har at gøre med valg af talesamples, som personen finder vigtige. Derudover er der fokus på selvhåndtering og på den måde medansvar. Der vægtes også talesituationer uden for klinikken, som er af betydning for

den enkelte klient. Men klientens perspektiver i relation til angst for at stamme eller personens tidligere erfaringer med stammebehandling prioriteres ikke i MPI programmet. Vi konkluderer, at MPI opfylder dimensionerne for EBP, dog er dimensionerne ikke vægtet lige meget, især den med klientens perspektiv er underprioriteret.

I det følgende afsnit vil vi relatere MPI til en dansk stammebehandlingskontekst og diskutere muligheden for at intervenere med MPI i Danmark.

### 3. Intervention med MPI

#### 3.1 Bunnings interventionscyklus ’Center of influence’

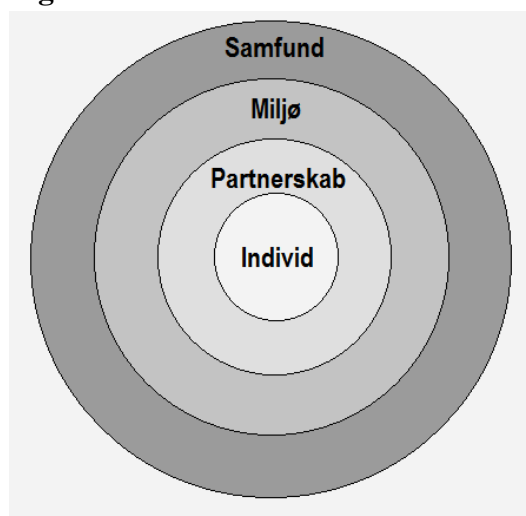
Der findes mange definitioner af ordet intervention. Bunnings lyder: *“Intervention is an overarching term that is taken to mean the cycle of activities carried out by the therapist and client and/or significant others”*.<sup>79</sup> I følge denne definition er en succesfuld intervention

således afhængig af såvel logopæd, klient samt andre betydningsfulde personer eller elementer.

Bunnings interventionscyklus (figur 3) anskuer interventionsprocessen ud fra en holistisk tilgang.

Den er opdelt i områder i forhold til det logopædiske forløb og samarbejdet mellem individ, samarbejdspartnere, omgivelser samt samfundet.<sup>80</sup> Modellen illustrerer, hvordan de forskellige områder er indlejret i hinanden. Det er således svært at beskrive de enkelte områder særskilt. Intervention er ifølge denne opfattelse

**Figur 3**



Kilde: Frit oversat fra Bunning 2004 s. 21

således ikke et lineært forløb fra a-z, men et spørgsmål om, at interventionen griber ind i en persons liv på en række områder. *”Therapy is one aspect of this cycle, assessment another.”*<sup>81</sup>

At intervenere handler ikke kun om behandling, men om at have forståelse for, at en række aspekter har indflydelse på interventionen. Det er disse aspekter, vi i det følgende ønsker at belyse, når vi kigger nærmere på dansk stammebehandling og muligheden for intervention med MPI i Danmark.

#### 3.2 Interview med danske fagpersoner inden for stammeområdet

Vi har i forbindelse med dette afgangsprøje udsendt spørgeskema (bilag 3) til i alt 5 på forhånd udvalgte interviewpersoner. Kriteriet for udvælgelse var først og fremmest, at det var personer med stor viden og/eller ekspertise om stammen og stammebehandling i Danmark. Vi havde i nogen grad taget højde for, at personerne havde forskellig tilgang og synspunkter på

<sup>79</sup> Bunning 2004, s. 5

<sup>80</sup> Bunning 2004, s. 5

<sup>81</sup> Bunning 2004, s. 5

stammebehandling. Vi fik svar (jf. bilag 4) fra i alt to af interviewpersonerne (for grundigere beskrivelse af interviewpersonerne, se bilag 5).

*Jan Tinge:* Uddannet logopæd og stammeterapeut i Holland. Bosat i Danmark siden 1977. Logopædisk konsulent og daglig leder af stemme- og stammeafdelingen på Centeret for Hjælpemidler og Kommunikation i Aabenraa.

*Per Fabæk Knudsen:* Cand. psych. Har været leder af Dansk Videnscenter for Stammen (DAVS) fra 1994 til 2011. Nu ansat i ViHS, Socialstyrelsen som faglig konsulent for stammen og andre tale-sprogvanskeligheder.

Baggrunden for vores interview med erfarne logopædiske fagpersoner er at bruge besvarelsene som springbræt til diskussion og eksemplificering og for at relatere MPI til en dansk kontekst – ved at pege på nogle eventuelle problematikker - men ikke for at udlede noget generelt. Interviewpersonerne er således ikke udvalgt med henblik på statistisk signifikans. Vi har valgt en skriftlig interviewform ud fra en begrundelse om ikke at få farvet svarene for meget samt at give interviewpersonerne tid til refleksion. Vi stillede dem følgende tre spørgsmål:

1. *Hvad er ifølge dig grunden til, at acceptmetoden har stor udbredelse i Danmark?*
2. *Er der efter din mening evidens for acceptmetoden?*
3. *Har Fluency Shaping stammebehandlingsprogrammer en berettigelse/plads i dansk stammebehandlingsregi?*

I det følgende inddrager vi ytringer fra vores interviews i henhold til Bunnings interventionscyklus, når vi kigger nærmere på dansk stammebehandling samt muligheden for intervention med MPI i Danmark.

### **3.3 Intervention med MPI i Danmark i relation til Bunnings interventionscyklus**

*Individ:* I Danmark er acceptmetoden som nævnt i teori afsnittet udbredt i Danmark. Et positivt aspekt ved acceptmetoden i forhold til EBP er, at den især vægter den dimension, der har at gøre med klientens perspektiv. Der arbejdes terapeutisk med taleangst, selvindsigt og accept af egen stammen. DAVS pointerer endvidere, at det er vigtigt at arbejde med emner som reduktion af frygt, refleksion, holdning til egen tale og stammen mv.<sup>82</sup> Disse aspekter er helt fraværende i MPI.

---

<sup>82</sup> Egebjerg 2009, s. 22

DAVS anbefaler vedrørende klientens motivation og indstilling, at PDS skal erkende og vise sin stammen, tager ansvar for egen udvikling, erkender at arbejdet med stammen tager tid, forstår at arbejdet kræver stor egenindsats mv.<sup>83</sup> Sammenholdt med MPI er disse anbefalinger i høj grad i tråd med programmets tilrettelæggelse, med undtagelse af det punkt, der omhandler at erkende og vise sin stammen. Sidstnævnte er der ikke tradition for i Fluency Shaping, her beskæftiger man sig med eliminering af stammen. Uanset metode forudsætter behandling en vis grad af motivation.

Vi tænker, at det medfølgende tekniske udstyr (Ipad, app mv) til MPI vil appellere til mange unge mennesker, måske især mænd, da der kommer fokus på noget teknisk og konkret, og ikke så meget på følelser og det personfokuserede som hos acceptmetoden. Modsat kunne man også forestille sig, at nogle fandt udstyret overvældende og kompliceret at håndtere. En anden faktor på individområdet er, om PDS formår at overføre de lærte teknikker til sin dagligdag. Som Per Fabæck Knudsen pointerer: ”... som sådan er det jo ikke så svært at lære at anvende teknikkerne, problemet er, at anvende teknikker i hverdagssituationer. Det kan være ganske svært”.<sup>84</sup> Per Fabæck Knudsen peger her på problematikken, der omhandler at kunne overføre resultaterne fra behandlingen på klinikken til hverdagen. Jan Tinge har et enslydende argument: ”Det er i forbindelse med stammebehandling ikke et spørgsmål om resultatet af en behandlingsmetode, men om, hvor meget og hvor hurtigt klienten lærer hvad og om han formår at implementere det lærte.”<sup>85</sup> Denne problematik tages der højde for i MPI programmet, idet PDS under behandlingen både skal igennem talesituationer på og uden for klinikken, fx tages der udgangspunkt i selvvalgte taleøvelser som kunne være telefonsamtale, dialog med partneren derhjemme mv.

*Partnerskab:* Dette område i Bunnings interventionscyklus omhandler logopæden og samspillet mellem logopæd og klient samt øvrige betydningsfulde personer. DAVS anbefaler, at logopæden indleder stammebehandlingen med at formidle viden om forskellige stammebehandlingsmetoder og problemløsningsstrategier til PDS, og også at de forskellige teknikker afprøves.<sup>86</sup> Vi mener, at det er en god idé med information om forskellige metoder, men afprøvning af alle præsenterede metoder er en utopi. Som Jan Tinge også påpeger: ”Man

---

<sup>83</sup> Egebjerg 2009, s. 28

<sup>84</sup> Bilag 4

<sup>85</sup> Bilag 4

<sup>86</sup> Egebjerg m.fl. 2009, s. 21

*må holde sig klart for øje om man vil tage udgangspunkt i modifikation af stammesymptomer eller opbygge en flydende tale. Eller – som jeg gør – kombinere begge synspunkter.*<sup>87</sup>

Vi mener ikke, at den enkelte logopæd skal kunne tilbyde mange forskellige behandlingsteknikker. Det vil være svært til fulde at mestre mange metoder, men som logopæd vil man også ofte have nogle metodikker, man foretrækker samt en faglig overbevisning.

MPI er tilgængeligt for og kan udøves af en hvilken som helst kvalificeret logopæd. Det kræver hverken certifikat eller erfaring med stammen på forhånd, hvilket er positivt.

DAVS anbefaler, at PDS's ændrede holdning, nye viden samt adfærd afprøves i strukturerede øvelser i vedkommendes hverdag og herefter analyseres og vurderes af logopæden.

Intervention med MPI er ikke kun et spørgsmål om samarbejde mellem logopæd og PDS, men også at klientens familie og omgangskreds inkluderes i en intervention. MPI har især fokus på dette aspekt i ”overførselsfasen”, hvor talesituationer uden for hjemmet er i fokus.

*Miljø:* Er et lavpraktisk område, der omhandler, hvilke handlemuligheder individet har i form af tilskud mv. Ved intervention med MPI, er PDS nødt til at anskaffe sig hjælpemidler. Et forløb med MPI strækker sig over flere måneder, og klienten bliver gradvist instrueret i selvhåndtering og forestår til sidst selv programmet i en grad, der kræver, at vedkommende skal anskaffe sig udstyret. MPI er ved at blive udviklet på Ipad. Derfor vil det kræve anskaffelse af Ipad, indkøb af app samt tilhørende måleudstyr til programmet i form af accelerometer. App samt accelerometer koster i alt 900\$ svarende til ca. 5000DKK. I henhold til paragraf i serviceloven 112 nr. 979 kunne dette udstyr måske blive godkendt som teknisk hjælpemiddel og dermed blive betalt af kommunen.

Idet MPI er underlagt copyright og brugerbetaling, har vi derfor lavet et groft overslag af omkostningerne ved MPI programmet. Udover anskaffelse af det føromtalt tekniske udstyr kræver universitetet en årlig licens for programmet. Vi har undersøgt dette nærmere og fundet, at den anslåede årlige sum, er ca. 7000\$ svarende til 40.000DKK (bilag 2).

*Samfund:* Dette område i Bunnings interventionscyklus omhandler kultur, normer og værdier i samfundet. Det drejer sig ydermere om, hvordan samfundet er indrettet og om samfundets syn på og opprioritering af stammeområdet. Om hvorledes forskellige emner bliver diskuteret og

---

<sup>87</sup> Bilag 4



sat i værk på samfundsniveau samt den uddannelse logopæderne gennemgår. Vi har et andet syn på samfund og individ i Danmark end i USA. Man kan fx spørge til, hvorfor Non-Avoidance-Therapy har vundet stort indpas i Norden, mens Fluency Shaping teknikker er mere populære i et land som USA. Per Fabæk Knudsen udtaler i interviewet: *"Målet for non-avoidance behandling er derfor ikke stammefri tale, men en mere flydende form for stammen – og først og fremmest: accept af sig selv, som den man er. Jeg tror, at denne form for tankegang passer godt ind i vores nordiske tænkemåde, og at det er derfor non-avoidance har opnået så stor udbredelse i hele Skandinavien."* Men det er naturligvis ikke kun et spørgsmål om samfunds- og menneskesyn, men også et spørgsmål om ressourcer.

I USA er behandlingssystemet opbygget helt anderledes end i Danmark, idet de private forsikringsselskaber betaler for behandlingen. Modsat betales behandlingen i Danmark af det offentlige. Der findes dog privatklinikker og behandlingstilbud, her kan nævnes McGuire programmet, hvor der er egenbetaling.

I Danmark er der i det offentlige en todeling af det logopædiske system, således at børn og unge primært får hjælp i Psykologisk Pædagogisk Rådgivning (PPR) hos logopæder, og unge og voksne henvises til behandlere på landets kommunikationscentre. Derudover kan børn og unge henvises til kommunikationscentrene, såfremt PPR ikke har ressourcer til at løse opgaven. Det er ikke ensartede behandlingstilbud, der tilbydes på de forskellige kommunikationscentre. Som PDS må man, hvis man vil have gratis offentlig hjælp til sin talevanskelighed takke ja til den behandling, der nu en gang tilbydes på det pågældende kommunikationscenter. Som nævnt i indledningen, handler meget af den stammebehandling, der tilbydes i Danmark i det offentlige regi om at modificere stammen. Vi mener, det er problematisk, at en PSD ikke offentligt har mulighed for at vælge mellem forskellige behandlingstilbud. Behandling såvel som al læring handler i høj grad om motivation, og man kunne forestille sig, at det for nogen var en høj motivationsfaktor at blive helt fri af sin stammen. Vedrørende behovet for Fluency Shaping stammebehandling i Danmark siger Per Fabæk Knudsen: *"Jeg tror, at der er være unge/voksne mennesker, der stammer, der kan og vil arbejde med fluency shaping teknikker i Danmark. Man kan bl.a. se på tilslutningen til McGuire-programmet, at interessen for at lære flydende tale-teknikker er til stede."*<sup>88</sup> Det virker dog som om, der er en stigende efterspørgsmål på FS teknikker, dette kan skyldes et paradigmeskift, hvilket Jan Tinge også er inde på. Han siger følgende: *"Der har i mange år*

---

<sup>88</sup> Bilag 4

været nogle "magtfulde" personer, som allerede i 70'erne, da jeg blev del af den danske logopædi, dikterede dansk stammebehandling. Jeg tror jeg var en frontløber i protesten mod denne holdning. Først langsom er der sket et paradigmeskift. Ser man på de seneste metoder nikker man genkendende til de elementer, der indgår deri. Det nye ligger jo ofte den måde de bliver præsenteret på og deres undervisningsstringens. Prolonged speech er jo heller ikke noget nyt – det gør en direkte stammefri."<sup>89</sup>

Udover en stigende interesse for prolonged speech (Fluency Shaping), er der også et øget samfundsmæssig krav om dokumentation og evidens. I et land som USA har behovet for EBP længe været virkelighed, blandt andet som følge af krav fra forsikringsselskaberne om dokumentation for, at behandlingen virker. Herhjemme er der også et stigende krav om dokumentation. Dog er der ikke de samme midler til rådighed i Danmark til forskning og forskningsprojekter som i USA.

Vi tænker, at MPI godt kan, trods traditionen for acceptmetoden, være interessant i dansk stammebehandling, idet noget tyder på, at programmet kan opfylde kravet om EBP, og da FS teknikker igen er kommet i søgelyset. Men ser man på ASHA's model for EBP har acceptmetoden ikke vægtet den dimension, der omhandler videnskabelig viden. Per Fabæk Knudsen: "Jeg kender ikke til nogen randomiserede kontrollerede undersøgelser af effekten af non-avoidance, så hvis I tænker evidens som det højeste trin på evidensstigen, så nej. Men der findes rigtig mange beskrivelser af mennesker, der stammer, der fortæller, hvordan non-avoidance metoden har hjulpet dem. Hvis ikke metoden havde været brugbar og til gavn, havde den ikke overlevet i 50-60 år."<sup>90</sup> Han peger hermed på en vigtig pointe. Bare fordi noget ikke er målt eller vejret, er det ikke ensbetydende med, at det ikke virker.

### 3.4 Delkonklusion

Der er mange gode argumenter i forhold til at intervenere med MPI i Danmark.

Acceptmetoden har længe været i højsædet herhjemme, men det virker som, at der er ved at ske et paradigmeskift, og at Fluency Shaping behandlingsmetoder også efterspørges. Evidens er ligeledes på dagsordenen. Alt i alt virker MPI som et behandlingsprogram, der kunne interveneres med herhjemme i Danmark. I forhold til Bunnings interventionscyklus opfylder MPI mange relevante kriterier for intervention, som er i tråd med noget af det DAVS anbefaler for god stammepraksis. Der, hvor vi ser de store problemer i forhold til at

---

<sup>89</sup> Bilag 4

<sup>90</sup> Bilag 4

intervenere med MPI, er på Bunnings miljøplan, som omhandler de økonomiske aspekter. En anden ting at bemærke er i relation til hele evidensdiskussionen. Man behøver som sagt ikke forkaste noget, fordi det ikke kan måles og vejes. Mange mennesker har opnået større livskvalitet med acceptmetoden, hvilket også understreges af en af vores interviewpersoner. Personer behandlet med acceptmetoden har opnået teknikker og selvaccept, der gavner dem i høj grad.

## **Afsluttende del:**

### **Konklusion**

I vores problemformulering stillede vi spørgsmålet: *I hvilken udstrækning er stammebehandlingsprogrammet MPI en valid metode til at forbedre den flydende tale hos unge og voksne personer, der stammer, og hvordan er det muligt at anvende MPI som intervention i dansk stammebehandlingsregi?* Første del af problemformuleringen undersøgte vi ved at præsentere et teoretisk grundlag for evidensbaseret stammebehandling samt Bloodstein og Ratners principper for EBP, som vi brugte til at analysere MPI programmet med. Konklusionen af analysen blev, at MPI i høj grad er en valid metode til at forbedre talen hos unge og voksne, der stammer. Programmet lever i høj grad op til de fleste af principperne for EBP, dog er der visse relevante kritikpunkter. Vi er kritiske over for spørgsmålet om, hvorvidt MPI i høj grad er testet på en bred og repræsentativ gruppe af individer, der stammer. I forhold til repræsentativitet er det kritisabelt, at kun mænd har gennemført programmet. Derudover er de langsigtede virkninger af MPI endnu ikke testet og opgjort. Dette er et yderst væsentligt punkt, idet det knytter an til den følsomme og tilbagevendende problematik, at al stammebehandling hjælper for en tid, men at den virkelige udfordring er at opretholde resultaterne. Det sidste kritikpunkt omhandler taleangst og selvbillede hos personen, som stammer. Det er elementer, som MPI programmet ikke tager højde for i behandlingen. I forhold til ASHA's model for EBP, vurderer vi, at MPI lever op til alle dimensioner, dog ikke i lige høj grad. Især dimensionen med klientens perspektiv vægtes mindre.

For at svare på hvordan det er muligt at anvende MPI som intervention i Danmark, har vi anvendt Bunnings holistiske model som ramme til at se på de forskellige områder, hvor interventionen griber ind. Vi har brugt DAVS' anbefalinger, uddrag af interviews samt vores teoretiske afsæt til at diskutere, hvilke udfordringer en intervention med MPI indebærer på individ-, partnerskabs-, miljø- og samfundsplan. Konklusionen på denne del af problemformuleringen er, at MPI på mange måder er et anvendeligt behandlingsprogram, som lever op til den aktuelle evidensbølge og paradigmatænkning, der hersker i øjeblikket. Det er også understøttet af moderne teknisk udstyr, som kan appellere til nogle personer. Behovet for Fluency Shaping teknikker synes at være til stede. MPI programmet kræver ikke certifikat, så

principielt er der fri adgang til at praktisere metoden i Danmark. Imidlertid er der nogle store økonomiske udfordringer forbundet med intervention med MPI.

### Perspektivering

I vores undersøgelse af MPI programmet har vi fået øje på forskellen mellem intervention og implementering. Der er nødvendigvis ikke lighedstegn mellem en effektiv intervention og en succesfuld implementering. Jan Tinge peger også på denne problematik i interviewet ”*Ser man på de seneste metoder nikker man genkendende til de elementer, der indgår deri. Det nye ligger jo ofte den måde de bliver præsenteret på og deres undervisningsstringens.*”<sup>91</sup> Som følge af den udvikling, der sker inden for videnskaben, opstår paradigmeskift.<sup>92</sup> Den paradigmatænkning, der præger samfundet i dag, er således med til at sætte dagordenen for den pædagogiske praksis i morgen.

Vi mener, at MPI opfylder både efterspørgslen på evidens men også behovet for Fluency Shaping teknikker. Dog er der visse vanskeligheder i relation til implementering af programmet. Når en metode eller et program skal implementeres i et givent samfund er der mange ting at tage i betragtning. Blandt andet bør der tages højde for konkurrerende metoder eller programmer samt samfundets økonomiske rammer og opbygning for blot at nævne nogle af de mange elementer, der kan have indflydelse. Vi mener ikke, der er noget stort incitament til at tilbyde nye behandlingsformer i Danmark i og med, at det offentlige system står for alt logopædisk bistand på kommunikationscentre og i PPR. Kravet om dokumentation eller evidens er utroligt lille sammenlignet med USA. I USA kræves evidens for behandling for at forsikringsselskaberne kan tilbagebetale logopæderne for behandlingerne, her er incitamentet højt. Hvis man som privatperson skal vælge MPI i Danmark og dermed selv betale det af egen lomme, skal det virkelig være godt, frem for at man vælger den behandling i offentligt regi, som er gratis.

Et andet interessant perspektiv er tilmed den litteratur, som vi orienterer os i som logopæder. Her er Jan Tinges betragtninger interessante. Jan Tinge påpeger: ”*Jeg glemte at nævne at der altid har været en berøringsangst hos danske talepædagoger overfor tysksproget litteratur mm. Og det er netop i det central europæiske område hvor det tekniske arbejde med stammen opstod. Danskerne har altid orienteret sig mod den angelsaksiske litteratur og*

---

<sup>91</sup> Bilag 4

<sup>92</sup> Mikkelsen 2010, s. 426

*dermed primært Van Riper. Jeg fik da også stærk modvind da jeg kom hertil og plæderede for en mere og bedre teknisk tilgang til stammebehandling koblet til adfærdsterapeutiske principper.”<sup>93</sup>*

---

<sup>93</sup> Bilag 4

## Litteraturliste

### Bøger

Alm, P. (1997): *Stammen. Om stammens årsager og behandling*. Gyldendal. København.

Bloodstein O. & Ratner, N.B. (2008): *A Handbook On Stuttering. Sixth Edition*. Delmar, Cengage Learning 2008.

Bunning, K. (2004): *Speech and Language Therapy Intervention*. Frameworks and Processes. London: Whurr Publishers Ltd.

Kazdin, A. E. (2011). *Single-case research designs*. 2. udgave, Oxford, England: Oxford University Press.

Lundberg, A. (2001): *Stammen, en grundbog*. FSD Forlag, Hvidovre 2001.

Mikkelsen, M. (2010): *Videnskabsteori i pædagogisk praksis*. I Månsson H. (red. m.fl.) (2010): "Håndbog for sprogvejledere – teori og praksis". Forfatterne og psykologisk forlag A/S.

Roddam, H. & Skeat, J. (2010): *Embedding Evidence-Based Practice in Speech and Language Therapy: International Examples*. John Wiley and Sons Ltd., 2010.

### Artikler

Bothe, A. K. m.fl. (2006): *Stuttering Treatment Research 1970-2005: I. Systematic Review Incorporating Trial Quality Assessment of Behavioral, Cognitive and Related Approaches*, American Journal of Speech-Language Pathology, November 2006.

Davidow, J. H. (2012): *Modifying Phonation Interval Stuttering Treatment Program*. (In press). I Jaksic S. J. & Onslow M. (red)(2010): "The Science and Practice of Stuttering Treatment: A symposium, First Edition", John Wiley & Sons, Ltd., 2012.

Egebjerg T. & Gram B.(2009): *Logopædisk stammebehandling af unge og voksne-anbefalinger vedrørende god praksis*, DAVS, 2009, 2. udgave

Elbro, C. (2011): *Evidens fra praksis*, Dansk Audiologopædi, 2011.

Ingham, R. J. (1980): *Modification of maintenance and generalization during stuttering treatment*, Journal of Speech and Hearing Research, december 1980.

Ingham, R. J. (1982): *The effects of self evaluation training on maintenance and generalization during stuttering treatment*, Journal of Speech and Hearing Disorders, august 1982.

Ingham, R. J. m.fl. (1983): *The Effect of Manipulating Phonation Duration on Stuttering*, Journal of Speech and Hearing Research, december 1983.

Ingham, R. J. m.fl. (1985): *Measurement and modification of speech naturalness during stuttering therapy*, Journal of Speech and Hearing Disorders, august 1985.

Ingham, R. J. m.fl. (1989): *Stutterers self-ratings of speech naturalness: assessing effects and reliability*, Journal of Speech and Hearing Research, juni 1989.

Ingham, R. J. m.fl. (2001): *Evaluation of a stuttering treatment based on reduction of short phonation intervals*, Journal of Speech and Hearing Research, december 2001.

Ingham, R. J. m.fl. (2006): *Speech Effort Measurement and Stuttering: Investigating the Chorus Reading Effect*, Journal of Speech and Hearing Research, juni 2006.

Ingham, R. J. (2012): *Modifying Phonation Interval (MPI) Stuttering Treatment Program*, Santa Barbara, juli 2012.

Mackey, L. S. m.fl. (1997): *Effect of Speech Dialect on Speech Naturalness Ratings: A Systematic Replication of Martin, Haroldson, and Triden (1984)*, Journal of Speech, Language, and Hearing Research, april 1997.

Martin, R. R. (1984): *Stuttering and Speech Naturalness*, Journal of Speech and Hearing Disorders, februar 1984.

Prins, D. & Ingham, R. (2009): *Evidence-Based Treatment and Stuttering – Historical Perspective*, Journal of Speech, Language, and Hearing Research, februar 2009.

## Web

- UCSB Stuttering Treatment Clinic [www.speech.ucsb.edu/clinic](http://www.speech.ucsb.edu/clinic) eller [www.mpi-stuttering-treatment.com](http://www.mpi-stuttering-treatment.com)
- San Francisco Speech Solutions [www.sfspeechsolutions.com](http://www.sfspeechsolutions.com)
- Dansk Videnscenter for Stammen [www.davs.dk](http://www.davs.dk)
- American Speech-Language-Hearing Association [www.asha.org](http://www.asha.org)
- Servicestyrelsen [www.servicestyrelsen.dk/handicap/stammen\\_og\\_lobsk\\_tale](http://www.servicestyrelsen.dk/handicap/stammen_og_lobsk_tale)



## **Bilag**

### **Bilag 1 – MPI Manual – vedlagt på USB stick**

### **Bilag 2 – Mailkorrespondance med Roger Ingham**

*Uddrag af mail den 7. april 2013 som svar på spørgsmål om dropouts.*

“...In the most carefully monitored part of the grant study that I am writing up at the moment we had 12 adult stutterers in the MPI program. We lost 4 of those stutterers during Transfer. Two were lost because they failed repeatedly on a Transfer Phase task. One other left the program because of domestic abuse (she went to another state) and one went to prison (parole violation). So you have 2 drop outs in the classic sense and 2 who dropped for reasons unrelated to the program.”

*Uddrag af mail den 8. april 2013 som svar på spørgsmål om langsigtede opfølgende undersøgelser.*

“Yes. I'm working on them in preparation for an outcome paper.”

*Uddrag af mail den 8. april 2013 som svar på spørgsmål om, hvornår den første person påbegyndte og sluttede MPI programmet.*

“The very first person to enter the program was subject JT. He began baserate sessions on February 25th, 1999 and ended Maintenance on July 12th, 2000. I periodically have him come talk to my class and he is perfectly fluent. However, he really enjoys having me ask him to do that because he says it reminds him about his speech. He is featured on the video on the MPI website.”

*Uddrag af mail den 9. april 2013 som svar på spørgsmål om, hvor mange klienter der har gennemført behandlingen på klinikken i San Francisco og i det hele taget.*

“At the moment Cari has only completed a 1 year follow-up on 3 of 7 who are still in her program. One of those 7 is a definite failure, but he also had other serious problems (and probably should have been classified as a clutterer). She says she is quite elated about the progress of the other 6 - and so are they.

At UCSB I have only considered those 12 subjects that Irene has managed and followed since 2010. She considers that 4 were drop-outs or non-responders. The 8 who she has followed are all doing well. She reports that 7 of the 8 completed their 12 month follow-up assessment, and the other one is in Maintenance. Of course there were other stutterers treated before the

grant - some were in the 2001 paper. The grant subjects' data are being collated and I will complete the report on them in May or June."

*Uddrag af mail den 5. Maj 2013 som svar på spørgsmål om bredde og repræsentativitet i gruppen af klienter behandlet med MPI.*

"The MPI program has not been evaluated on persons younger than 18 years. It has now been investigated with approximately 50 English-speaking PWSs (36% female)- far more than the typical stuttering treatment study (...). It has been shown to be effective in maintaining at least a 90% reduction in stuttering for 2 years post-maintenance in approximately 40/50 clients."

*Uddrag af mail den 18. Maj 2013 som svar på spørgsmål om kønsfordelingen samt fordelingen af sværhedsgrad hos de 12 forsøgspersoner, der har været igennem MPI siden 2010.*

"All were male (Cari has treated/is treating females), 7 severe, 2 moderate, 3 mild."

*Uddrag af mail den 19. maj som svar på spørgsmål om, hvorfor kun 12 PDS bliver inkluderet i en snarlig evaluering af MPI og ikke de 50 som er nævnt i tidligere mail af 5. maj.*

"This is obviously a bit confusing. Let me try to sort this out. Irene is my full-time clinician who runs the MPI and TOHP in routine clinic conditions. The 12 males she has treated over the past 3 years are all non-research subjects. They are routine clients who have applied for treatment. Similarly, the clients that Cari treats are not research subjects. BUT, we are following Irene's and Cari's clients. The difference is that they have not been regularly PET scanned as have the other research subject."

"This is the group referred to in the 5/5/13 email. They have all been systematically brain scanned with PET - and their treatment is fixed or unchanged for research purposes. The treatment schedule for these clients would not, for instance, permit shifting them to another treatment if they did not respond. There is a big difference between treating clients routinely and treating them in a research format."

*Uddrag af mail den 20. Maj som svar på spørgsmål om udgifter til MPI.*

"Presently it appears that UCSB will charge the company US\$7000.00 a year for the licence rights - the purchasers of the MPI App will pay US\$900.00 per download for the peripheral accelerometer (UCSB will receive 10% of the sale of each download)."

### Bilag 3 - Kvalitativt spørgeskema

Kære,

Vi fremsender hermed et kort kvalitativt spørgeskema med mulighed for subjektiv besvarelse.

Vi er studerende ved UCC og er i øjeblikket ved at færdiggøre vores afgangsprøve i logopædi. Det ville være til stor glæde og nytte, hvis du ville have tid til skriftligt at besvare et par enkelte spørgsmål, som vil blive brugt til diskussion i vores afgangsprøve om stammen.

Vi ved, at vi her i Danmark har en stærk tradition for Non-avoidance-therapy / acceptmetoden, derfor ønsker vi at komme i dialog med erfarne fagpersoner på området her i Danmark ved at stille et par spørgsmål – og diskutere disse svar/pointer i en del af projektet.

1. Hvad er ifølge dig grunden til, at acceptmetoden har stor udbredelse i Danmark?
2. Er der efter din mening evidens for acceptmetoden?
3. Har Fluency Shaping stammebehandlingsprogrammer en berettigelse/plads i dansk stammebehandlingsregi?

Grunden til, at vi stiller disse spørgsmål, er at vi skriver afgangsprøve om et stammebehandlingsprogram fra USA - Modifying Phonation Interval (MPI) – som tilbydes på universitetet i Santa Barbara. Programmet er der blevet testet i henhold til klinisk forskning og kriterier om Evidens-baseret praksis. Programmet placerer sig inden for Fluency Shaping og er videreudviklet på baggrund af prolonged speech. Metoden henvender sig til unge og voksne. Kort fortalt går MPI ud på, at man kan eliminere stammen ved at reducere antallet af korte fonationsintervaller hos en person, der stammer. Der arbejdes systematisk via computer og gennem fire faser, hvor klienten gradvis kommer mere og mere på banen og selv tager kontrol over, hvilken taleadfærd der skal ændres.

Vi har været til foredrag om MPI og er blevet nysgerrige på, om en sådan metode lader sig praktisere i Danmark. I vores projekt arbejder vi med problemformuleringen: *På hvilken måde er det muligt at implementere det evidensbaserede stammebehandlingsprogram Modifying Phonation Intervals (MPI) i dansk stammebehandlingsregi?*

Vi fremsender med glæde, vores afgangsprøve når det er afsluttet, såfremt læsningen af det skulle have interesse. Ligeledes ligger vi inde med flere oplysninger om MPI, såfremt det skulle have interesse.

Vi takker for din deltagelse.

Med venlig hilsen  
Trine Lundgård og Nina Kold Kristensen

## Bilag 4 – svar fra interviewpersoner

*Svar fra Jan Tinge pr. mail den 18. april 2013.*

1. Jeg har uddybet nogle af jeres spørgsmål i en tidligere artikel:

"Talekontrol og/eller stammekontrol – overvejelser og retningslinier"  
Dansk Audiologopædi – maj 2004.

2. Endvidere har jeg påpeget at stammen er en talemotorisk forstyrrelse af hyperkinetisk karakter:

"Talemotoriske hypo- og hyperkinesier – kliniske former, symptomer og paralleller"  
Specialpædagogik, 2, 2011.

3. Min behandlingsform har jeg skitseret i:

"Stammen – en symptomanalyse og behandling"  
Specialpædagogisk Forlag, Herning, 1991

Som I vil opdage er det (og har altid været) min overbevisning at stammen er hovedsageligt en talemotorisk problemstilling ledsaget af andre kognitive og emotionelle symptomer, som hører med til syndromet.

Den rent tekniske side af sagen har man tidligere (og aktuelt) haft store problemer med – dels på grund af uvidenhed, dels af for lidt uddannelse og ikke mindst fordi man har valgt at fokusere på accept og hærkning frem for at undervise i kontrol og ændring af stammesymptomer. Der har i mange år været nogle "magtfulde" personer, som allerede i 70'erne, da jeg blev del af den danske logopædi, dikterede dansk stammebehandling. Jeg tror jeg var en frontløber i protesten mod denne holdning.

Først langsom er der sket et paradigmeskift.

Ser man på de seneste metoder nikker man genkendende til de elementer, der indgår deri. Det nye ligger jo ofte den måde de bliver præsenteret på og deres undervisningsstringens. Prolonged speech er jo heller ikke noget nyt – det gør en direkte stammefri.

Man må holde sig klart for øje om man vil tage udgangspunkt i modifikation af stammesymptomer eller opbygge en flydende tale. Eller – som jeg gør – kombinere begge synspunkter.

Evidensbaseret undervisning går jo primært ud på at påvise hvor meget metoden hjælper, altså hvilke resultater den har.

Det er i forbindelse med stammebehandling ikke et spørgsmål om resultatet af en behandlingsmetode, men om, hvor meget og hvor hurtigt klienten lærer hvad og om han formår at implementere det lærte.

Det er to forskellige ting. En stammer kan jo godt være stammefri i en længere periode – men har han lært noget?? Og omvendt – en stammer kan have lært at talende flydende, men han gør det ikke.

*Supplerende svar fra Jan Tinge den 19. april 2013*

Jeg glemte at nævne at der altid har været en berøringsangst hos danske talepædagoger overfor tysksproget litteratur mm. Og det er netop i det central europæiske område hvor det tekniske arbejde med stammen opstod. Danskerne har altid orienteret sig mod den angelsaksiske litteratur og dermed primært Van Riper. Jeg fik da også stærk modvind da jeg kom hertil og plæderede for en mere og bedre teknisk tilgang til stammebehandling koblet til adfærdsterapeutiske principper.

### *Svar fra Per Fabæk Knudsen pr. mail den 22. april 2013*

Sp. 1) Non-avoidance eller acceptmetoden, som den blev kaldt på dansk, blev jo udviklet og beskrevet som en modvægt mod de klassiske behandlingsmetoder, der havde ’flydende tale’ som mål. Erfaringerne med de klassiske metoder var, at ikke mange kunne praktisere dem tilfredsstillende, selvom man kæmpede for at tilegne sig metoden. Erkendelsen blandt dem, der udviklede non-avoidance metoden var, at man ikke kunne opnå en ’normal flydende tale’ når man stammer, fordi stammen er en funktionsnedsættelse, der ikke kan kureres. Så i stedet for at bruge al sin energi på at forsøge at få en ’normal flydende tale’, så skulle man lade være med at kæmpe imod stammen, og i stedet erkende at man stammer og herudfra arbejde på at få så let en stammen som mulig. Målet for non-avoidance behandling er derfor ikke stammefri tale, men en mere flydende form for stammen – og først og fremmest: accept af sig selv, som den man er. Jeg tror, at denne form for tankegang passer godt ind i vores nordiske tænkemåde, og at det er derfor non-avoidance har opnået så stor udbredelse i hele Skandinavien.

Sp. 2) Jeg kender ikke til nogen randomiserede kontrollerede undersøgelser af effekten af non-avoidance, så hvis I tænker evidens som det højeste trin på evidensstigen, så nej. Men der findes rigtigt mange beskrivelser af mennesker, der stammer, der fortæller, hvordan non-avoidance metoden har hjulpet dem. Hvis ikke metoden havde været brugbar og til gavn, havde den ikke overlevet i 50-60 år.

Sp.3) Jeg tror, at der er være unge/voksne mennesker, der stammer, der kan og vil arbejde med fluency shaping teknikker i Danmark. Man kan bl.a. se på tilslutningen til McGuire-programmet, at interessen for at lære flydende tale-teknikker er til stede. Og som sådan er det jo ikke så svært at lære at anvende teknikkerne, problemet er, at anvende teknikker i hverdagssituationer. Det kan være ganske svært.

## **Bilag 5 – Beskrivelse af interviewpersoner**

### *G.Jan Tinge Ph.d.*

Uddannet logopæd og stammeterapeut i Groningen og Utrecht, Holland. Studier klassisk sang og skandinaviske sprog. Lang række efteruddannelseskurser i ind- og udland. Arbejdet med børn og voksne indenfor den kliniske logopædi.

Har været bosat i Danmark siden 1977. Har specialiseret sig i stemmeundervisning og -behandling. Ph.d.-afhandling vedr. symptomatologi ved organiske og funktionelle stemmelidelser (1995).

Tidligere ekstern lektor i logopædi på Danmarks Lærerhøjskole og Danmarks Pædagogiske Universitet. Logopædisk konsulent og daglig leder af stemme- og stammeafdelingen på Centeret for Hjælpemidler og Kommunikation i Aabenraa. Docent på logopæduddannelser. Workshops, foredrag og kurser in ind- og udland. Gæsteforelæser udenlandske universiteter og klinikker. Forfatter til en række artikler, kompendier og bøger bl.a. vedr. artikulation, stemmevanskeligheder, stemmedannelse, stammen og løbsk tale. Udviklet metoder for stemmegymnastik samt systematisk reduktion af talespændingen hos stammere. Er specielt

interessert i behandling af sangstemmeproblemer, neurologiske tale- og stemmevanskeligheder (dysartrofonier) samt personer med stammen og løbsk tale.

*Per Fabæk Knudsen*

Cand. psych. Har været leder af Dansk Videnscenter for Stammen fra 1994 til centrets sammenlægning med andre videnscentre på handicapområdet i ViHS, Socialstyrelsen i 2011. Er nu ansat i ViHS, Socialstyrelsen som faglig konsulent for stammen og andre tale-sprogvanskeligheder. Har gennem de seneste 25 år arbejdet med forskellige projekter om stammen og har - alene eller sammen med andre - skrevet en række artikler, pjecer og bøger om stammen.