




ANNA GUZY

University of Silesia in Katowice, Faculty of Humanities, Institute of Linguistics

Poland

 <https://orcid.org/0000-0002-6713-7293>

Motivation and motivating in speech therapy: practical implications

ABSTRACT: The article presents a description of selected theories of motivation and theoretical models related to it, as well as psychological and social factors influencing the motivation to act (its initiation and sustainment), with particular emphasis on motivation and factors influencing the effectiveness of speech therapy. External factors (form and type of interventions within the therapy), internal factors (psychological and intellectual resources) and mediating factors (gender, age and place of residence) are described. An analysis of the results of various research in this area has been conducted. Particular attention has been paid to strategies for stimulating intrinsic motivation. The concept of motivational dialogue (MD) is also described, including brief interventions and a MET session protocol that can be used to increase patients' motivation for therapy.

KEYWORDS: motivation, intrinsic motivation, behaviour change, effectiveness, motivational dialogue, speech therapy

Motywacja i motywowanie w terapii logopedycznej. Implikacje praktyczne

STRESZCZENIE: W artykule przedstawiono opis wybranych teorii motywacji oraz modeli teoretycznych z nią związanych, a także czynników psychologicznych i społecznych wpływających na motywację do działania (jego podjęcia i utrzymania), ze szczególnym uwzględnieniem motywacji i czynników mających wpływ na skuteczność terapii logopedycznej. Opisano czynniki zewnętrzne (forma i rodzaj oddziaływań w ramach terapii), wewnętrzne (zasoby psychologiczne i intelektualne) oraz pośredniczące (płeć, wiek i miejsce zamieszkania). Analizie poddano wyniki różnorodnych badań w tym zakresie. Uwagę poświęcono zwłaszcza strategiom rozbudzania motywacji wewnętrznej. Opisana została również koncepcja dialogu motywującego (DM), z uwzględnieniem krótkich interwencji i protokołu sesji w ramach terapii wzmacniającej motywację (MET), który może być stosowany w zwiększaniu wśród pacjentów motywacji do terapii.

SŁOWA KLUCZOWE: motywacja, motywacja wewnętrzna, zmiana zachowań, skuteczność działania, dialog motywujący, terapia logopedyczna

Motivation is a multidimensional, complex phenomenon that does not easily lend itself to examination. A detailed analysis of motivational concepts is beyond the scope of this article, therefore individual motivational approaches and models are presented as background for further analyses. The aim of this article is to

present the role of motivation in speech therapy. I discuss the concept of motivational interviewing as a way of communicating with the client. MI can have a positive influence on the quality of further collaboration. I also present the results of empirical research on the role of motivation in voice therapy.¹ Motivation is very important in the treatment process as it is responsible for engaging, initiating, directing and maintaining physical and mental activities (Geen, 1999; Łukaszewski, 2006, p. 427; Zimbardo et al., 2010, p. 60).

Theoretical approaches to motivation and motivating

A classic approach to the systematisation of motivation is that of Kristen Madsen, who distinguishes several theoretical models of motivation: the homeostatic model (disruption of homeostasis, the body's balance, is the source of motivation to act), the incentive model (a stimulus being the source of behaviour), the cognitive model (the impulse to act being the processing of information), and the humanistic model, in which the source of behaviour is intrinsic (Madsen, 1980). The concept of motivation has been evolving in a dynamic way for many years now (Łukaszewski, 2006, p. 427). According to psychodynamic theories of motivation, libido is considered as a primary drive. Representatives of the cultural current have extended this approach by adding motivational mechanisms, which they identified in the need for security (and the concept of basic anxiety) and the existence of an "ideal Self" (Łukaszewski, 2006, p. 430). Representatives of behaviourist approaches focused more on positive reinforcement (rewards) and negative reinforcement (punishments). They found that the amount of positive reinforcement (reward), as well as the frequency and the regularity of receiving it, influenced the motivation to act. In humanistic-existential psychology, motivation is linked to the need theory. According to Abraham Maslow (1943), two

¹ In the article, I initially approach speech therapy broadly, in line with the assumption that it involves three fixed stages: initial, core, and final, and it involves the correction of a certain problem, e.g. a speech defect. As Anna Walencik-Topiłko points out, further stages can be distinguished in speech defect therapy: the preparatory stage (e.g., exercises improving the performance of articulatory organs, breathing exercises), the stage of speech therapy proper (eliciting the right sound in isolation), the stage of sound consolidation (both in isolation and in other locations), and the stage of sound automation (correct spontaneous pronunciation of the sound) (Walencik-Topiłko, 2005, pp. 303–304). Voice therapy is given a narrower meaning in the article, as it may be limited solely to improving the quality of voice emission or correcting the breathing pattern, or concern only the aspect of vocal hygiene.

types of needs can be distinguished – deficiency needs and growth needs². These behaviours can be explained using Henry A. Murray's model (Murray, 1964).

Closely related to the aspects of motivation is the concept of motive, namely: “becoming aware of the purpose and agenda enabling the individual to undertake a particular activity” (Maruszewski et al., 2011, p. 600).

Analysing the sources of motivation, we can make a distinction between the following: intrinsic motivation (taking action because of the content of the activity itself, regardless of external factors), extrinsic motivation (caused by external factors, e.g. avoiding punishment), and achievement motivation (related to the pursuit of mastery, feeling positive emotions in task situations). In turn, two opposing processes are distinguished in theories of achievement motivation – hope of success and fear of failure (McClelland, 1955)³.

When investigating motivation, including in particular intrinsic motivation, we must not ignore the concepts put forward by Richard Ryan and Edward Deci. In their research, they sought the sources of taking individual initiatives to explore the world and learn. In their self-determination theory (SDT), they defined intrinsic motivation as the “natural propensity for growth, essential for social development” (Ryan & Deci, 2000; cf. Carver & Scheier, 1982). It contains three important components: competence that influences the effects of the actions taken, autonomy understood as acting with a sense of no coercion, and relatedness (the need for contact with other people and for building social bonds). Many studies confirm that strengthening the individual's autonomy results in an increase in their intrinsic motivation (Deci et al., 1999). Małgorzata Chrupała-Pniak and Damian Grabowski (2016, p. 342), citing various studies, emphasise the link between intrinsic motivation and long-term engagement in the task.

Four regulatory styles exist that influence the level of intrinsic motivation: external regulation (activity driven by the desire to obtain a reward or avoid punishment), introjected regulation (activity undertaken because of pressure, but in this case the latter comes from the individual), identified regulation (behaviour is adopted in line with values), and integrated regulation (consistent performance of tasks in congruence with oneself and values) (Deci & Ryan, 1990).

In some situations, it is not possible to elicit intrinsic motivation. External motivation proves to be a better state than no motivation at all. By performing an externally motivated task, we obtain a short-term satisfaction effect (Ryan &

² The theory of the hierarchy of needs (pyramid) used and widespread in the literature, which takes into account lower-order and higher-order needs, from physiological needs, safety and security, belonging, and esteem, to self-actualization and transcendence, was not developed in this form by Maslow (cf. Bridgman et al., 2018).

³ More on achievement motivation as well as on the tools used to measure achievement goals: Wojdyło & Retowski, 2012. A tool has also been developed to measure motivation based on the concept of self-determination (Góźdz, 2015).

Deci, 2000, p. 323). Some types of people, when performing externally motivated tasks, will seek to undertake diverse activities to maintain a state of satisfaction (Skarżyńska, 2004). Ewa Wojtowicz has analysed the results of the research and presented a list of the consequences of pursuing such behaviours, pointing to addiction, engaging in other risky behaviours, higher levels of Machiavellianism of the individual, their lower vitality, poorer health, and finally, overall lower satisfaction with life (Wojtowicz, 2014, p. 29).

Several motivational components are distinguished: “value of the factors assumed, expectations, congruence between the goal and individual capabilities, and emotional arousal” (Łukaszewski, 2006, p. 451). In turn, there are three types of conflict associated with motivation. The first one is the approach – approach conflict (hesitating when choosing between two equally attractive options). The opposite of this is the avoidance – avoidance conflict. In this case, we are faced with a situation of having a choice between options with a similar degree of aversiveness. Finally, there is the approach – avoidance conflict, when making a choice leads to experiencing both positive and negative feelings at the same time.

This theoretical introduction, necessarily brief, makes it possible to see how complex and complicated a construct motivation is, and thus to assume how diverse motivation can be in different individuals; realising this may help them on the way to achieving their goals.

Motivation and its importance in diagnosis and therapy

The aspects of motivation presented in this article should be analysed on at least three levels due to the interactional nature of the individuals involved in the treatment process. Optimally designed speech therapy is, after all, eclectic, and treatment involves numerous specialists: internists, ENT specialists, phoniatrists, gastroenterologists, allergologists, pulmonologists, psychologists, and many others (Stemple & Hapner, 2019) working with the therapy participant and, in the case of an underage individual or a person suffering from multiple dysfunctions, also with their guardians/carers.

A full motivational process should therefore involve each of the parties. In its simplest form, we speak of cooperation between the therapist and the client/patient; in the case of group interventions, we speak of a team of therapists and clients/patients. In the case of multiple diverse persons responsible for the treatment, we speak of the team of specialists and the client/patient (or clients/patients). In addition, in the case of individuals who are underage or suffer from various dysfunctions or difficulties, we also assume the presence of their guardian(s) or carer(s).

The results of various studies clearly indicate that, apart from planning, organising and analysing the strengths and weaknesses of acting, motivating oneself and others constitutes a determinant of success in the work undertaken (Stoner & Wankel, 1996; Szulawski, 2017; Witkowski, 2003). As Barbara Mróz points out, “it is the level of motivation that determines one’s perseverance in the planned performance of actions” (Mróz, 2013, p. 241). This observation makes it possible to recognise the importance of the therapist’s motivation. In this article, however, I will focus on the client/patient, i.e. the individual involved in the intervention, without analysing the motivations of the other parties in the process.

First, let us look at the factors (groups of factors) that may influence the individual’s motivation to undertake/continue voice therapy. Table 1 contains a preliminary breakdown into factors: extrinsic factors, intrinsic factors, as well as mediating variables. This breakdown can be used during case conceptualisation, in particular for intervention planning.

TABLE 1. *Patient motivation factors in speech therapy*

Extrinsic factors	Mediating factors	Intrinsic factors
<p>1. Organisation of the therapeutic process:</p> <ul style="list-style-type: none"> – form of therapy (non-reimbursable, reimbursable, individual, group) – place (hospital, rehabilitation stay facility, clinic, private practice, etc.) – availability of the specific form of treatment related to the course and organisation of therapy – distance of the place residence from the facility, its accessibility – availability of the form of treatment and its popularity <p>2. Persons that can influence the individual’s decision:</p> <ul style="list-style-type: none"> – influence of third parties: medical staff, doctors, specialists – influence of family (regardless of the form of impact, i.e. whether it will give the future therapy participant free choice and autonomy, or whether it will be associated with coercion, imposition of someone else’s will) – influence of friends and acquaintances 	<p>1. Variables-socio-demographic:</p> <ul style="list-style-type: none"> – gender – age – social status – education – employment – civil status – place of residence – financial situation <p>2. Other:</p> <ul style="list-style-type: none"> – third-party opinions about the facility where the treatment is to be provided 	<p>1. Individual beliefs and attitudes:</p> <ul style="list-style-type: none"> – previous experiences related to treatment, contact with staff influencing the treatment, consequent aversion, resistance, lack of belief in success – the patient’s opinions about the facility <p>2. Individual resources:</p> <ul style="list-style-type: none"> – coping in difficult situations – emotional regulation – the individual’s knowledge and skills, including the ability to cooperate, to work in a group (when we suggest group therapy) – ability to elicit motivation (both intrinsic and extrinsic)

<p>3. Intrinsic properties of the treatment process:</p> <ul style="list-style-type: none"> - the therapist (their competence, experience, personality and temperamental traits, the tools and techniques they use), but in particular the therapeutic relationship, the motivation of the treatment provider and their beliefs about the possibility of a satisfactory outcome - a good therapeutic alliance, constituting the basis for enhancing the effectiveness of the treatment <p>4. Other:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nosological diagnosis, degree and form of the disorder 		<p>3. Personality</p> <ul style="list-style-type: none"> - and temperamental traits: - personality type - temperament type
--	--	---

Source: Own compilation.

The factors and the impact they have on one another will differ depending on the stage of the treatment process or the decision to undertake it. As indicated by research results, different processes are responsible for initiating an action and for continuing it (Kadzikowska-Wrzosek, 2011). As Romana Kadzikowska-Wrzosek (2011) points out:

[...] difficulties in starting an action are due to people either being unable to overcome their initial aversion to undertake activity or not seeing favourable circumstances to start pursuing the goal. In turn, a lack of perseverance is generally a consequence of giving up in the face of difficulties, obstacles and sometimes also initial setbacks (p. 161).

Individual factors can have a diverse impact on therapy depending on the stage of the latter. For example, the external factors described, related to the availability of a particular form of intervention, may play a greater role in the decision to undertake therapy, whereas the decision to continue (or discontinue) the activity is related to a number of other factors or their interaction. The individual's decision to continue treatment may be influenced more strongly by the distance from the therapist's office than by a desire to improve the quality of their speech.

After presenting the motives for deciding to undertake speech therapy, let us look at the results of research on those indicators/factors that have an empirically proven positive impact on undertaking and continuing treatment.

Research into the determinants fostering motivation that takes into account voice therapy is not a recent development. The first analyses date back to the 1960s (Ralph, 1960). Based on a review of the literature, a list of factors determining the willingness to undertake or continue speech therapy was compiled for this article. In the treatment of diverse problems and disorders, the individual factors differ to a greater or lesser extent – cf., for example, the factors related to the motivation of alcohol addicts to undertake treatment (Kleczevska-Albińska & Skudlarek, 2020), and sometimes they even exclude one another or cannot be applied to speech therapy due to the latter's specificity. The list presented here constitutes a preliminary analysis of the variables that had an empirically validated influence on increasing motivation in speech therapy⁴. Three types of variables were taken into account: extrinsic factors, related to the technical organisation of the process, its development and conditions; mediating factors, which I understand as socio-demographic variables, i.e. gender, age, and professional status; and finally factors associated with the speech therapy participant, their personality, temperament, and beliefs. The extrinsic and intrinsic factors are listed in Table 2.

TABLE 2. *Motivation factors for speech therapy*

Extrinsic factors	Intrinsic factors
<p>1. Form of therapy: In the case of voice disorders, therapeutic intervention in a group setting often yields better results and lower drop-out rates (Ohlsson et al., 2020)^a. This result was obtained regardless of age, gender, or the specific problem (Simberg et al., 2006). Furthermore, research emphasises the role of what is referred to as the group climate for treatment effectiveness. Importantly, the effects of voice therapy in small therapy groups were maintained over time (Law et al., 2012). However, some researchers did not record significant differences in effectiveness within individual and group therapy^b (Abrahamsson et al., 2018).</p>	<p>1. Psychological resources: These include: perceived self-efficacy (Stemple & Hapner, 2019, p. 17), the ability to elicit positive emotions, as well as to neutralise negative emotions (Koole & Kuhl, 2007), goal orientation (Koole & Kuhl, 2007), the ability to self-reflect and to set goals consistent with needs (Sansone & Harackiewicz, 1996).</p> <p>2. Beliefs and values: Research suggests that not accepting in oneself the presence of the disorder supposed to be treated increases the motivation to participate in therapy (Góral-Pórola & Tarkowski, 2012). Another motivator is the vision of success and the chance of achieving it (Sansone & Harackiewicz, 1996).</p>

⁴ Some of the conclusions presented here are based on the results of studies obtained in the case of interventions in a specific group of patients suffering from specific disorders or undergoing speech therapy in a somewhat narrower scope, limited to the correction of voice disorders rather than speech defects, neurodegenerative dysfunctions, etc. Generalisations of the results of the mostly diverse forms of speech therapy are not justified.

<p>2. Therapeutic tools, aids, programmes etc.: Providing patients with mobile devices to play videos between sessions constituted practical support for patients in therapy (Leer & Connor, 2012). In the case of underage patients (children, adolescents), it has been observed that the use of modern technologies, including computer games, enhanced their motivation for treatment (Duval et al., 2017). Researchers point to the validity of using video coaching in the treatment of certain disorders, such as stammering (Moćko & Węsierska, 2012).</p> <p>3. Influence of family and friends: In the case of stammering therapy, the family, including particularly the mother, was the main motivator for treatment (Chęćek & Bijak, 2015).</p> <p>4. Initial nosological diagnosis: Greater motivation for therapy is recorded in individuals with smaller voice problems and lower VHI test scores at the start of therapy (Smith et al., 2010).</p>	<p>3. Mechanisms of insight and/or observation learning, positive experiences in therapy: Appreciating the therapy participant's ideas and suggestions significantly supports their motivation (Zajac, 2014). Experiencing autonomy during therapy also plays an important role, so do the belief in and hope for an improved quality of life, as well as the possibility of communicating (Chęćek & Bijak, 2015; Hamerlińska, 2018). Another important aspect involves observing people who have improved with therapy (Chęćek & Bijak, 2015; Hamerlińska, 2018).</p> <p>4. Intellectual resources. Possession of specific skills or the possibility of acquiring them: This can include setting specific goals, formulated in such a way as to lead to positive outcomes (Higgins & Spiegel, 2004), or having the ability to set goals as such (Strecher et al., 1995). In addition, it can also include the ability to move from the planning and conceptual stage to action phase and the ability to undertake a corrective operation (Vohs & Schmeichel, 2007, as cited in Kadzikowska-Wrzosek, 2011, p. 150).</p>
---	---

^a It should be remembered that not every type of therapy can take place in the form of a group intervention. In other words, what would be optimal for the motivational process is not always possible or optimal for the process of treating a particular disorder / correcting a speech defect, etc. In some disorders, individual therapy is the only treatment option.

^b This proves the need for further research in this area.

Source: Own compilation based on the publications indicated in the table.

The range of variables mediating in the motivational processes described can include factors such as gender, age, and professional status. Research indicates that women, employed people and younger people stayed longer in speech therapy (Smith et al., 2010).

The list presented here is not a finite set, and it is worth undertaking further research into the motivation for speech therapy, as well as a describing the factors that may contribute to its positive effects. However, it is worth emphasising that fostering autonomy, empowerment, and giving the participant a sense of influence over the process result in an increase in intrinsic motivation mechanisms, definitely intensifying perseverance in action, as mentioned in the first part of the article in the analysis of self-determination theory.

Motivational interviewing (MI)

One practical way of working on motivation involves using motivational interviewing tools. MI is defined as “a collaborative conversation style for strengthening a person’s own motivation and commitment to change” (Miller & Rollnick, 2013, p. 24). Many researchers emphasise that motivational interviewing causes a permanent change of behaviour, and that the therapeutic effects achieved are satisfactory (Miller & Rollnick, 2013, pp. 38–39).

The use of MI and the evaluation of its effectiveness as a separate therapeutic technique in treatment have been described mainly with regard to problems related to addiction (Jaraczewska et al., 2015; Miller, 2015) or anxiety (Westra, 2016). However, the application of MI tools and techniques to the treatment of other psychological problems, affective, emotional, eating, or impulse control disorders has been considered for several years now (Miller & Rollnick, 2013). The creators of MI, William R. Miller and Stephen Rollnick, propose to extend the implementation of their approach by using it as an element supporting motivation in various spheres of life and human activity. MI is currently used not only in psychotherapy, medicine or broad health care, but also in education. Motivational enhancement therapy (MET) was developed on its basis (Miller & Arkowitz, 2015, p. 23).

In clinical practice, using MI can be considered in two cases in particular: the desire to build motivation in people who have an ambivalent attitude towards change, and the desire to reinforce perseverance in patients who have made a commitment to change, in order to consolidate it. Practising MI also changes the clinician and their perception of their role in the therapeutic process. By respecting the client’s choices and autonomy and listening to their arguments against the introduction of a certain intervention, clinicians make them jointly responsible for the success or failure of the treatment model adopted. As noted by Henny A. Westra, a clinician applies MI for instance “to advance planning for and processing change [...] becoming increasingly sensitive to how engaged the client is with the process of treatment, on a moment-to-moment basis, over the entire course of therapy” (Westra, 2012, p. 14).

Based on the results proving the effectiveness of brief MI interventions, elements of the MET session protocol can be considered in therapeutic practice. It should include the following:

1. Engaging. It involves building a therapeutic alliance, a good relationship with the person in the therapy process, and, in the case of underage clients, with their parent(s) or guardian(s).
2. Focusing. At this stage of the interview, the aims of the proposed interventions/exercises are explained, as well as the aims of self-work.

3. Evoking. The interview should be guided in such a way as to elicit feelings and emotions related to the current state and the state once the desired effects of the proposed intervention have been achieved. At this point, we evoke change talk.
4. Creating a plan, objectives and strategies to achieve the desired goal.

Four principles are important in effective motivational interviewing: expressing empathy, developing discrepancies, rolling with resistance, as well as enhancing and supporting client self-efficacy. Since, for known reasons, the speech therapist is not a psychotherapist, they most often have less psychological and pedagogical knowledge, not being professionals in the field of emotional support – I present selected suggestions for short strategies in the spirit of MI that can be used effectively, regardless of the profession exercised. What is important about thinking in the spirit of MI is that making the client an expert in the journey to obtain change leads to this change more effectively. The first principle concerns empathetic listening, characterised by trying to understand the other person's point of view, without criticising or judging. It can be helpful to think that people try their best. Essential for fruitful therapeutic work of supporting motivation is the development of discrepancies between a person's beliefs and values and the current state. As MI practitioners point out, also: “[G]reater awareness of the client's values and goals can be a powerful ally, not only in helping the client to resist the forces of the status quo but also as the client begins experimenting with new ways of being that are more consistent with his or her values” (Westra, 2012, p. 29).

Finally, resistance, understanding the source of failure of the proposed interventions, provides a valuable source of information on how to work more effectively to implement the intervention/change.

In psychotherapy and as generally understood, “resistance” is frequently perceived as something negative, only hindering the achievement of the desired goals. Clinicians still think too often about how to fight against resistance, instead of asking about its purpose/function, in order to understand what actually prevents undertaking work on change or its implementation. The spirit and concept of MI can be useful for people who experience aversion or ambivalence on the part of their clients (patients, charges). Motivational interviewing makes it possible to look at the reasons that prevent one from implementing or undertaking change, thus facilitating the building of a positive relationship in the treatment process and creating a “united front” to achieve the goal. In addition, research related to professional burnout has shown that the belief in the need to “achieve mastery of the profession,” with less room for unsuccessful interventions, understanding of the cause of the lack of change and locating it in factors beyond the clinician's control is also a protective factor against professional burnout (Şek, 2004, p. 160). Numerous studies confirm that it is only possible to change, take an action or make a commitment when we really want it. If the patient, despite

psychoeducation and emphasising the advantages of the treatment, is not ready to undertake it, and unless the lack of treatment threatens their life and health, with respect for the patient's autonomy and guided by their co-responsibility and the determinants of the spirit of MI, we allow the treatment to be discontinued or accept its non-initiation (Stemple & Hapner, 2019, p. 16).

Even if conducted in the best possible way, MI will not be effective unless the interviewee is willing to make a change, is in ambivalence and wants to reflect on it. An ambivalent attitude towards change, in our case understood as taking part in broadly defined speech therapy or consistently implementing what has been agreed on (i.e., doing regular exercises, attending sessions on time, etc.), is common. We often want change and improvement, but at the same time we feel apprehensive, even if we assume that the change can yield positive results (cf. for example Daniecki, 2004, p. 151; Kubacka-Jasiecka, 2002; Wiśniewska-Kin, 2011).

Understanding change is illustrated well in the context presented here by the transtheoretical model of change (TTM) proposed by James Prochaska and Carlo DiClemente (1992). It consists of five stages (or six, cf. Prochaska et al., 1994). Its creators assume a change that takes place in stages and dynamically. The first stage is (1) precontemplation, in which the individual slowly begins to realise that there is a problem, but does not fully recognise that the problem affects them, until they move to (2) contemplation of change, seeing the problem, which is followed by (3) action, i.e. implementing active strategies towards change. The final two phases are (4) maintenance and (5) termination (Prochaska et al., 1994). The TTM model distinguishes nine change processes, divided into experiential ones (e.g., broadening awareness of behaviour, mechanisms, and automatic thoughts) and behavioural ones (e.g., learning new behaviours; cf. DiClemente, 2007).

The TTM model makes it possible to identify the stage of the process our client is in, which can be helpful in the effective planning of treatment interventions. It is worth noting that MI techniques also prove effective with individuals in the pre-contemplation or contemplation stage (Miller & Rollnick, 2002). Identifying the stage our client is currently at (according to the TTM model) will certainly be easier in the case of individual work than in group work, where individual participants may be at different stages of the process (Rowicka, 2015, p. 114). It is worth emphasising that research was conducted using the TTM model in work on change in speech therapy. The findings indicate that the transtheoretical model of change makes it possible to improve the planning of therapy and of its scope, as well as to assess the patient's readiness for voice therapy, behavioural change, or habit change (Leer et al., 2008).

Furthermore, researchers confirm that using MI elements reduces internal resistance to change (Westra, 2016, p. 23). They also highlight the effectiveness of brief interventions in the spirit of MI (Van Voorhees et al., 2009; Simon et al., 2004).

The final element of an intervention in line with the spirit of MI involves reinforcing our client's belief in their capabilities. In the course of the interview, we seek to reinforce the strengths, agency, power and determination to change, as well as the ideas and ways of pursuing the goal coming from our client. Empathic listening, reflections, affirmations, and the use of autonomy-supportive talk are all helpful here (see more Miller & Rollnick, 2013). In my practice, it has happened at least a few times that I did not believe that the solution put forward by my interviewee would succeed. Almost every time, I was wrong and they were right. Currently, regardless of my inner belief, I support the client in pursuing their goals on their terms. Even if they initially improve only slightly, I can reinforce their effectiveness, agency and self-confidence, and if an idea turns out to be ineffective, we look for another solution together. Motivational interviewing follows the Elicit-provide-elicited strategy (Miller & Rollnick, 2013, p. 192). Before providing information ourselves on the possibility of making a change, we seek to get ideas and information from our interviewee, and in the absence of this, with their consent, we provide advice or guidance, and finally we try to enquire further how the client understands our proposals and suggestions.

Summary and conclusions

The use of tools making it possible to increase motivation for therapy at speech therapy offices seems particularly important. Numerous studies prove that nearly 65% of the respondents would drop out of therapy early, and only 47% of those referred would go to therapy at all (Portone et al., 2008). Absence of motivation can be one of the main reasons for therapy failure (Stemple & Hapner, 2019, p. 16).

A serious problem is represented not only by the phenomenon of dropping out of therapy, but also by the lack of motivation for diagnosis. Of all patients with a recommendation of extended diagnosis, 38% fail to visit a specialist (Hapner et al., 2009). The importance of the capability to motivate the patient to undergo treatment is also emphasised (Behrman, 2006).

Even the most precisely and adequately planned therapeutic intervention (preceded by an accurate diagnosis of the problem) may prove ineffective if the participants of the therapeutic process fail to commit to it, do not undertake therapy, engage in it insufficiently, or drop out early. The incorporation of MI elements at the beginning of the therapeutic protocol has been applied, for example, in the case of transdiagnostic treatment of emotional disorders (Boswell, 2017, pp. 55–80) or brief interventions in the spirit of MI, providing participants with motivation for treatment and reducing their dropout rates (Hodgins et al., 2017). The effec-

tiveness of using brief interventions in the spirit of MI to maintain action has been confirmed, translating into an increase in the share of people continuing the treatment. Not only did face-to-face conversations prove effective, but also telephone calls and other forms of support (Hodgins et al., 2004).

Motivational interviewing can be helpful for conversing with the client in the speech therapist's office, so it is worth being familiar with its concept and practising basic skills in line with the spirit of MI. The latter has also been found to constitute an effective tool for behaviour change in speech therapy (Behrman, 2006).

I am convinced that even using only selected strategies to enhance our client's autonomy will increase the chances of success (or make it possible to avoid failure, even if it means the patient does not undertake therapy and withdraws already at the start). The motivation-supporting concept described in this article, necessarily briefly, can be taught and it can be practised using the sources on the subject of MI cited in the references. Most of these publications, in particular *Motivational interviewing: helping people change* (Miller & Rollnick, 2013), have the nature of textbooks with numerous examples of interventions, providing a potential basis for learning, and subsequently practising a motivational interview approach and style.

Concluding the discussion on motivating in speech therapy, it is worth emphasising that this skill is an extremely valuable art, necessary for guiding and supporting patients in therapy. Almost every practitioner in the profession will encounter many patients whose motivation is, at best, extrinsic, and also those who have no motivation at all (although there are also patients who have adequate resources in this aspect). At the start of collaboration, it is worth asking about motivation (if this is possible in the case of the problem or dysfunction reported). Even a brief conversation about the expected outcomes and commitment, a conversation in which we try to add hope and belief in the success of the treatment, will often result in a better collaborative relationship, potentially contributing to therapeutic outcomes. We should seek to give encouragement, provide positive examples of people who have been helped by therapy, and use varied methods and forms of work. We should support emotional resources that help in building motivation: agency, autonomy, and perceived self-efficacy. Let us provide positive feedback and seek to hold the conversation in the spirit of MI.

Motivational skills (for motivating both oneself and others) are worth learning already at university. It could be helpful if the compulsory range of topics discussed during speech therapy students' courses included an extended module dedicated to relationship building, motivational support, motivating, as well as if speech therapy graduates were equipped with tools they can use in their practice. Themes related to motivation are worth expanding and exploring also as part of additional specialist courses, which speech therapy graduates often take.

At the stage of treatment planning, it is also worth considering motivational factors associated with all the participants of the therapeutic process.

References

- Abrahamsson, M., Milgard, M., Havstam, Ch., & Tuomi, L. (2018). Effects of voice therapy: a comparison between individual and group therapy. *Journal of Voice*, 32(4), 437–442. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2017.06.008>
- Behrman, A. (2006). Facilitating behavioral change in voice therapy: the relevance of motivational interviewing. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 15(3), 215–225. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2006\)020](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2006)020)
- Boswell, J. F. (2017). Włączanie elementu zwiększającego motywację do ujednoczonego protokołu transdiagnostycznej terapii zaburzeń emocjonalnych. In: H. Arkowitz, W. R. Miller & S. Rollnick (eds.), *Dialog motywujący w terapii problemów psychologicznych* (pp. 55–80). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Bridgman, T., Cummings, S., & Ballard, J. (2018). Who built Maslow's pyramid? A history of the creation of management studies' most famous symbol and its implications for management education. *Academy of Management Learning & Education*, 18(1), 81–98. <https://doi.org/10.5465/amle.2017.0351>
- Carver, Ch. S., & Scheier, M. F. (1982). Control theory: a useful conceptual framework for personality social, clinical and health psychology. *Psychological Bulletin*, 92, 111–135.
- Chęćek, M., & Bijak, M. (2015) Fragmentaryczne wyniki badań nad motywacją do terapii jąkania uczniów szkoły średniej. *Logopedia Silesiana*, 4, 158–169.
- Chrupała-Pniak, M., & Grabowski D. (2016). Skala motywacji zewnętrznej i wewnętrznej do pracy (WEIMS-PL): Wstępna charakterystyka psychometryczna polskiej wersji kwestionariusza Work Extrinsic and Intrinsic Motivation Scale. *Psychologia Społeczna*, 3, 339–355. <https://doi.org/10.7366/1896180020163808>
- Daniecki, W. (2004). *Strategie zmian. Refleksje nad praktyką*. Academica.
- Deci, E. L., Koestner, R., & Ryan, R. M. (1999). A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychological Bulletin*, 125(6), 627–668. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.6.627>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1990). A motivational approach to self: Integration in personality. *Nebraska Symposium on Motivation*, 38, 237–288.
- DiClemente, C. C. (2007). The transtheoretical model of intentional behavior change. *Drugs and Alcohol Today*, 7(1), 29–33.
- Duval, J., Rubin, Z., Goldman, E., Antrilli, N., Zhang Y., Wang, S.-H., & Kurniawan, S. (2017). Designing towards maximum motivation and engagement in an interactive speech therapy game. In: *Proceedings of the 2017 Conference on Interaction Design and Children* (pp. 589–594). <https://dl.acm.org/doi/pdf/10.1145/3078072.3084329>
- Geen, R. G. (1999). Motywacja społeczna. In: B. Parkinson, & A. M. Colman (eds.), *Emocje i motywacja* (pp. 61–85). Transl. I. Sowa. Zysk i S-ka.
- Góral-Półrola, J., & Tarkowski, Z. (2012). *Skala motywacji do terapii jąkania*. Wydawnictwo Fundacji „Orator”.
- Góźdz, J. (2015). Konstrukcja kwestionariusza motywacji do nauki w oparciu o koncepcję Self-Determination Theory E. Deciego, R. M. Ryana. *Przegląd Psychologiczny*, 1, 263–270.

- Hamerlińska, A. (2018). Udział w terapii logopedycznej przejawem motywacji wobec zmagania z niepełnosprawnością na przykładzie osób po laryngektomii całkowitej. *Niepełnosprawność – Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania*, 3(28), 47–56.
- Hapner, E., Partone-Maira, C., & Johns, M. M. (2009). A study of voice therapy dropout. *Journal of Voice*, 22(3), 337–340. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2007.10.009>
- Higgins, E. T., & Spiegel, S. (2004). Promotion and prevention strategies for self-regulation: a motivated cognition perspective. In: R. F. Baumeister & K. D. Vohs (eds.), *Handbook of self-regulation. Research, theory, and applications* (pp. 171–187). Guilford.
- Hodgins, D. C., Currie, S. R., el-Guebaly, N., & Peden, N. (2004). Brief motivational treatment for problem gambling: a 24-month follow-up. *Psychology of Addictive Behaviours*, 18, 293–296.
- Hodgins, D. C., Swan, J. L., & Diskin, K. M. (2017). Krótkie interwencje motywujące w pracy z osobami z problemami hazardu. In: H. Arkowitz, W. R. Miller & S. Rollnick (eds.), *Dialog motywujący w terapii problemów psychologicznych* (pp. 320–346). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Jaraczewska, J. M., Adamczyk-Zientara, M., & Banaszak, J. (2015). Zastosowanie dialogu motywującego w terapii uzależnień behawioralnych: Badania naukowe i wskazówki praktyczne. In: J. M. Jaraczewska & M. Adamczyk-Zientara (eds.), *Dialog motywujący. Praca z osobami uzależnionymi behawioralnie* (pp. 117–152). Eneteia.
- Kadzikowska-Wrzosek, R. (2011). Wyrwałość i skuteczność działania: wpływ kontekstu sytuacyjnego i siły woli. *Roczniki Psychologiczne* 15(2), 159–187.
- Kleczewska-Albińska, A., & Skudlarek, M. (2020). Motywacja do udziału w terapii i style radzenia sobie ze stresem u kobiet i mężczyzn uzależnionych od alkoholu. *Alcohol Drug Addict*, 33(3), 219–238. <https://doi.org/10.5114/ain.2020.101799>
- Koole, S. L., & Kuhl, J. (2007). Dealing with unwanted feelings: the role of affect regulation in volitional action control. In: J. Shah & W. Gardner (eds.), *Handbook of motivation science* (pp. 295–307). The Guilford Press.
- Kubacka-Jasiecka, D. (2002). Psychologia wobec problematyki zmiany. In: D. Kubacka-Jasiecka (ed.), *Człowiek wobec zmiany. Rozważenia psychologiczne* (pp. 11–21). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Law, T., Lee, K. Y-S., Ho, F. N.-Y., Vlantis, A. C., Hasselt, A. C. van, & Tong, M. C.-F. (2012). The effectiveness of group voice therapy: a group climate perspective. *Journal of Voice*, 26(2), e41–e48. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2010.12.003>
- Leer, E. van, & Connor, N.P (2012). Use of portable digital media player increases patient motivation and practice in voice therapy. *Journal of Voice*, 26(4), 447–453. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2011.05.006>
- Leer, E. van, Hapner, E. R., & Connor N. P. (2008). Transtheoretical model of health behavior change applied to voice therapy. *Journal of Voice*, 22(6), 688–698. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2007.01.011>
- Łukaszewski, W. (2006). Motywacja w najważniejszych systemach teoretycznych. In: J. Strelau (ed.), *Psychologia: Podręcznik akademicki* (vol. 2). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Madsen, K. B. (1980). *Współczesne teorie motywacji: Naukoznawcza analiza porównawcza*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Maruszewski, T., Doliński D., Łukaszewski W., & Marszał-Wiśniewska M. (2011). Emocje i motywacja. In: *Psychologia: Podręcznik akademicki* (vol. 1, pp. 511–650). Gdańskie Wydawnictwo Oświatowe.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396.
- McClelland, D. C. (1955). Measuring motivation in fantasy: the achievement motive. In: D. C. McClelland (ed.), *Studies in motivation* (pp. 401–413). Appleton-Century-Crofts.
- Miller, W. R. (2015). Terapia uzależnień-proces ewolucji i oddawania władzy. In: J. M. Jaraczewska & M. Adamczyk-Zientara (eds.), *Dialog motywujący. Praca z osobami uzależnionymi behawioralnie* (pp. 31–52). Eneteia.

- Miller, W. R., & H. Arkowitz. (2015). *Uczenie się dialogu motywującego, korzystanie z niego i rozszerzanie jego zastosowań*. In: H. Arkowitz, W. R. Miller, & S. Rollnick (eds.), *Motivational interviewing in the treatment of psychology problems*. The Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change*. The Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: helping people change*. Guilford Press.
- Moćko, N., & Węsierska, K. (2012). Wykorzystanie wideocoachingu w pracy nad emisją i ekspresją głosu. *Forum Logopedyczne*, 20, 168–178.
- Mróz, B. (2013). Znaczenie koncepcji potrzeb H. A. Murraya, R. M. Ryana i E. L. Deciego w badaniach obrazu siebie u kierowników wyższego szczebla. *Psychological Journal*, 19(2), 239–250. <https://doi.org/10.14691/CPJP.19.2.239>
- Murray, H. A. (1964). Próba analizy sił kierunkowych osobowości. In: J. Reykowski (ed.), *Problem osobowości i motywacji w psychologii amerykańskiej* (pp. 165–191). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ohlsson, A.-Ch., Dotevall, H., Gustavsson, I., Hofling, K., Wahle, U., & Österlind, C. (2020). Voice therapy outcome – a randomized clinical trial comparing individual voice therapy, therapy in group and controls without therapy. *Journal of Voice*, 34(2), 303e17–303e.26. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2018.08.023>
- Portone, C., Johns, M., & Hapner, E. (2008). A review of patient adherence to the recommendation for voice therapy. *Journal of Voice*, 22(2), 192–196. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.09.009>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in modification of problems behaviors. *Progress in Behavior Modification*, 28, 184–218.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (1994). *Changing for good: a revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward*. Avon Books.
- Ralph, J. B. (1960). Determinants of motivation in speech therapy. *Journal of Speech-Language & Hearing Disorders*, 25(1), 13–17. <https://doi.org/10.1044/jshd.2501.13>
- Rowicka, M. (2015). Uzależnienia behawioralne. In: J. M. Jaraczewska & M. Adamczyk-Zientara (eds.), *Dialog motywujący. Praca z osobami uzależnionymi behawioralnie* (pp. 53–72). Eneteia.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Sansone, C., & Harackiewicz, J. M. (1996). “I don’t feel like it”: the function of interest in self-regulation. In: L. L. Martin & A. Tesser (eds.), *Interactions among goals, affect, and self-regulation* (pp. 175–202). Lawrence Erlbaum.
- Sęk, H. (2004). Wypalenie zawodowe u nauczycieli: Uwarunkowania i możliwości zapobiegania. In: H. Sęk (ed.). *Wypalenie zawodowe* (pp. 149–167). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Simberg, S., Sala, E., Tuomainen, J., Sellman, J., & Rönnekaa, A.-M. (2006). The effectiveness of group therapy for students with mild voice disorders: a controlled clinical trial. *Journal of Voice*, 20(1), 97–109. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2005.01.002>
- Simon, G. E., Ludman, E. J., Tutty, S., Operskalski, B., & Von Korff, M. (2004). Telephone psychotherapy and telephone care management for primary care patients starting antidepressant treatment: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 292, 935–942.
- Skarżyńska, K. (2004). Poszukiwać przyjaciół czy zdobywać majątek? Cele życiowe a zadowolenie z życia. *Roczniki Psychologiczne*, 7, 7–31.
- Smith, B., Kempster, G. B., & Sims, H. S. (2010). Patient factors related to voice therapy attendance and outcomes. *Journal of Voice*, 24(6), 694–701. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2009.03.004>
- Stemple, J. C., & Hapner, E. R. (2019) *Voice therapy: clinical case studies*. Plural Publishing.
- Stoner, J. A. F., & Wankel, C. (1996). *Kierowanie*. Tłum. A. Ehrlich. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.

- Strecher, V. J., Seijts, G. H., Kok, G. J., Latham, G. P., Glasgow, R., DeVellis, B., Meertens, R.M., & Bulger D.W.(1995). Goal setting as a strategy for health behavior change. *Health Education Quarterly*, 22, 190–200. <https://doi.org/10.1177/109019819502200207>
- Szulawski, M. (2017). Pozafinansowe metody motywowania pracowników – ujęcie perspektywy teorii autodeterminacji. *Edukacja Ekonomistów i Menedżerów*, 44(2), 69–82. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0010.5939>
- Walencik-Topiłko, A. (2005). Ćwiczenia wstępne w terapii logopedycznej. In: T. Gałkowski, E. Szelaż & G. Jastrzębowska (eds.), *Podstawy neurologopedii: Podręcznik akademicki* (pp. 303–327). Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Westra, H. A. (2012). *Motivational interviewing in the treatment of anxiety*. Guilford.
- Wiśniewska-Kin, M. (2011). Z obawy przed zmianą: O konstytuowaniu podstawowych pojęć wyznaczających sens życia w podręczniku i myśleniu dzieci. *Studia Pedagogiczne*, 64, 225–236.
- Witkowski, S. A. (2003). Prognozowanie sukcesów zawodowych na podstawie danych biograficznych. In: S. A. Witkowski (ed.), *Psychologiczne wyznaczniki sukcesu w zarządzaniu* (vol. 6, pp. 239–250). Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Wojdyło, K., & Retowski, S. (2012). Kwestionariusz Celów związanych z osiągnięciami (KCO) – konstrukcja i charakterystyka psychometryczna. *Przegląd Psychologiczny*, 55(1), 9–28.
- Wojtowicz, E. (2014). Motywowanie do szczęścia poprzez wspieranie autonomii dziecka – perspektywa teorii autodeterminacji. *Kwartalnik Naukowy*, 3(19). <https://www.stowarzyszeniefidesratio.pl/Presentations0/04Wojtowicz.pdf>
- Van Voorhees, B. W., Fogel J., Pomper, B. E., Marko, M., Reid, N., & Watson, N. (2009). Adolescent dose and ratings of an internet-based depression prevention program: a randomized trial of primary care physician brief advice versus a motivational interview. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 9, 1–19.
- Zajac, S. (2014). Wpływ motywowania pracowników na jakość i efektywność pracy w przedsiębiorstwie. *Prace Naukowo-Dydaktyczne PWSZ im. J. Pigoń w Krośnie*, 67, 185–202.
- Zimbardo, P., Johnson, R. L., & McCann, V. (2010). *Psychologia. Kluczowe koncepcje* (vol. 2). Wydawnictwo Naukowe PWN.



ANNA GUZY

Uniwersytet Śląski w Katowicach, Wydział Humanistyczny, Instytut Językoznawstwa

Polska

<https://orcid.org/0000-0002-6713-7293>

Motywacja i motywowanie w terapii logopedycznej Implikacje praktyczne

Motivation and motivating in speech therapy. Practical implications

ABSTRACT: The article presents a description of selected theories of motivation and theoretical models related to it, as well as psychological and social factors influencing the motivation to act (its initiation and sustainment), with particular emphasis on motivation and factors influencing the effectiveness of speech therapy. External factors (form and type of interventions within the therapy), internal factors (psychological and intellectual resources) and mediating factors (gender, age and place of residence) are described. An analysis of the results of various research in this area has been conducted. Particular attention has been paid to strategies for stimulating intrinsic motivation. The concept of motivational dialogue (MD) is also described, including brief interventions and a MET session protocol that can be used to increase patients' motivation for therapy.

KEYWORDS: motivation, intrinsic motivation, behaviour change, effectiveness, motivational dialogue, speech therapy

STRESZCZENIE: W artykule przedstawiono opis wybranych teorii motywacji oraz modeli teoretycznych z nią związanych, a także czynników psychologicznych i społecznych wpływających na motywację do działania (jego podjęcia i utrzymania), ze szczególnym uwzględnieniem motywacji i czynników mających wpływ na skuteczność terapii logopedycznej. Opisano czynniki zewnętrzne (forma i rodzaj oddziaływań w ramach terapii), wewnętrzne (zasoby psychologiczne i intelektualne) oraz pośredniczące (płeć, wiek i miejsce zamieszkania). Analizie poddano wyniki różnorodnych badań w tym zakresie. Uwagę poświęcono zwłaszcza strategiom rozbudzania motywacji wewnętrznej. Opisana została również koncepcja dialogu motywującego (DM), z uwzględnieniem krótkich interwencji i protokołu sesji w ramach terapii wzmacniającej motywację (MET), który może być stosowany w zwiększaniu wśród pacjentów motywacji do terapii.

SŁOWA KLUCZOWE: motywacja, motywacja wewnętrzna, zmiana zachowań, skuteczność działania, dialog motywujący, terapia logopedyczna

Motywacja stanowi wielowymiarowe, złożone zjawisko, które niełatwo podaje się oglądowi. Szczegółowa analiza koncepcji motywacyjnych nie jest przedmiotem niniejszego artykułu, dlatego poszczególne ujęcia i modele motywacyjne

zostaną zaprezentowane jako tło do późniejszych analiz. Celem opracowania jest przedstawienie zagadnienia motywacji i jej roli w terapii logopedycznej. Zostanie omówiona koncepcja dialogu motywującego jako sposobu komunikacji z klientem. Taki dialog może pozytywnie wpłynąć na jakość dalszej współpracy. Zaprezentowane zostaną także wyniki badań empirycznych nad rolą motywacji w terapii głosowej¹. Motywacja dlatego jest tak istotna w procesie leczenia, że odpowiada za zaangażowanie, inicjowanie, ukierunkowanie i utrzymanie fizycznych i psychicznych aktywności (Geen, 1999; Łukaszewski, 2006, s. 427; Zimbardo i in., 2010, s. 60).

Teoretyczne ujęcia motywacji i motywowania

Klasycznego ujęcia systematyzacji motywacji dokonuje Kristen Madsen, wyróżniając kilka jej modeli teoretycznych: homeostatyczny (zaburzenie homeostazy, równowagi organizmu stanowi impuls do działania), podnietowy (bodziec to źródło zachowania), poznawczy (asumptem do działania jest przetworzenie informacji) oraz model humanistyczny, w którym siła napędowa zachowań leży wewnątrz (Madsen, 1980). Pojęcie motywacji od lat ewoluuje w dynamiczny sposób (Łukaszewski, 2006, s. 427). Zgodnie z teoriami psychodynamicznymi motywacji za podstawowy popęd uznaje się libido. Przedstawiciele nurtu kulturowego poszerzali to spojrzenie o mechanizmy motywacyjne, których upatrywali w potrzebie bezpieczeństwa (i koncepcji lęku podstawowego) oraz istnieniu „Ja idealnego” (Łukaszewski, 2006, s. 430). Orędownicy ujęć behawiorystycznych w większej mierze skupiali się natomiast na wzmocnieniach pozytywnych (nagrodach) i negatywnych (karach). Uznali, że wielkość pozytywnego wzmocnienia (nagrody), częstość jej otrzymywania oraz regularność, z jaką jest uzyskiwana, wpływały na motywację do działania. W psychologii humanistyczno-egzystencjalnej motywację wiąże się z teorią potrzeb. Według Abrahama Masłowa

¹ W artykule roboczo pojęcie terapii logopedycznej traktowane jest szeroko: zgodnie z założeniem, że terapia tego typu obejmuje trzy stałe etapy: wstępny, właściwy i końcowy, wiąże się z korektą jakiegoś problemu, np. korektą wady wymowy. Jak zauważa Anna Walencik-Topiłko, w obszarze terapii wad wymowy można wyszczególnić kolejne etapy: przygotowawczy (m.in. ćwiczenia usprawniające narządy artykulacyjne, ćwiczenia oddechowe), etap właściwej pracy logopedycznej (wywoływanie właściwej głoski w izolacji), etap utrwalenia głoski (zarówno w izolacji, jak i w innych lokalizacjach), etap automatyzacji głoski (prawidłowe wypowiedzanie jej spontanicznie) (Walencik-Topiłko, 2005, s. 303–304). Terapia głosowa rozumiana jest w artykule w sposób węższy, może ona ograniczać się wyłącznie do usprawniania jakości emisji głosu, korekty toru oddechowego czy dotyczyć tylko aspektu higieny głosu.

(Maslow, 1943) możemy wyróżnić dwa ich rodzaje: potrzeby niedoboru i potrzeby wzrostu². Również Henry A. Murray (1964) stworzył model potrzeb (wartości), dzięki któremu można tłumaczyć wiele ludzkich zachowań.

Z problematyką motywacji ściśle związane jest pojęcie motywu, czyli „uświadomienie celu i programu, umożliwiające danej osobie podjęcie określonej czynności” (Maruszewski i in., 2011, s. 600).

Analizując źródła motywacji, można wyróżnić: motywację wewnętrzną (podejmowanie działania ze względu na samą treść danej aktywności, niezależnie od zewnętrznych czynników), motywację zewnętrzną (realizowaną ze względu na zewnętrzne czynniki, np. uniknięcie kary) oraz motywację osiągnięć (związaną z dążeniem do mistrzostwa, odczuwaniem emocji pozytywnych w sytuacjach zadaniowych). W teoriach motywacji osiągnięć wyróżnia się dwa przeciwstawne procesy: dążenie do sukcesu oraz lęk przed porażką (McClelland, 1955)³.

Poddając oglądowi zagadnienie motywacji, w szczególności tej wewnętrznej, nie można pominąć koncepcji Richarda Ryana i Edwarda Deciego. W swoich badaniach poszukiwali oni źródeł podejmowania własnych inicjatyw w celu poznawania świata i uczenia się. W stworzonej przez siebie teorii autodeterminacji zdefiniowali motywację wewnętrzną (Self-determination theory – SDT) jako „naturalną zdolność doskonalenia się, niezbędną do społecznego rozwoju” (Ryan i Deci, 2000, por. Carver i Scheier, 1982). Zawiera ona trzy ważne komponenty: kompetencje, które wpływają na efekty podejmowanych działań, autonomię rozumianą jako działanie w poczuciu braku przymusu oraz aspekt relacyjny (potrzeba kontaktu z innymi ludźmi oraz budowanie więzi społecznych). Wiele badań potwierdza, że wzmocnienie autonomii jednostki skutkuje wzrostem jej motywacji wewnętrznej (Deci i in., 1999). Małgorzata Chrupała-Pniak oraz Damian Grabowski, powołując się na różnorodne badania, podkreślają związek między motywacją wewnętrzną a długotrwałym zaangażowaniem się w zadanie (Chrupała-Pniak i Grabowski, 2016, s. 342).

Istnieją cztery style regulacyjne mające wpływ na poziom wewnętrznej motywacji: zewnętrzna regulacja (aktywność wynika z chęci uzyskania nagrody lub uniknięcia kary), introjekcja (aktywność jest podejmowana ze względu na presję, jednak w tym wypadku pochodzi ona od jednostki), identyfikacja (przyswajanie zachowania w zgodzie z wartościami), integracja (spójność w zakresie realizowania zadań w zgodzie z sobą i wartościami) (Deci i Ryan, 1990).

² Stosowana i rozpowszechniona w literaturze teoria hierarchii potrzeb (piramida), w której uwzględniono potrzeby niższego i wyższego rzędu, od potrzeb: fizjologicznych, bezpieczeństwa, przynależności, uznania, po samorealizację i transcendencję, nie została stworzona w tym kształcie przez Masłowa (por. Bridgman i in., 2018).

³ Więcej na temat motywacji osiągnięć, a także narzędzi do pomiaru celów związanych z osiągnięciami: Wojdyło i Retowski, 2012. Stworzono również narzędzie do pomiaru motywacji na podstawie koncepcji autodeterminacji (Gózdź, 2015).

W niektórych sytuacjach wzbudzenie motywacji wewnętrznej nie jest możliwe. Zewnętrzna motywacja okazuje się lepszym stanem niż brak motywacji. Dzięki realizowaniu zadania motywowanego zewnętrznie uzyskujemy efekt krótkotrwałego zadowolenia (Ryan i Deci, 2000, s. 323). Niektóre typy osób, realizując zadania motywowane zewnętrznie, będą dążyły do podejmowania różnorodnych działań, aby utrzymać stan satysfakcji (Skarżyńska, 2004). Ewa Wojtowicz dokonuje analizy wyników badań i prezentuje listę skutków realizowania zachowań tego typu, zwracając uwagę na uzależnienia, podejmowanie innych zachowań ryzykownych, wyższy poziom makiawelizmu jednostki, niższą jej witalność, słabsze zdrowie, aż wreszcie na ogólną mniejszą satysfakcję z życia (Wojtowicz, 2014, s. 29).

Wyróżnia się kilka komponentów motywacyjnych: „wartość zakładanych czynników, oczekiwania, odpowiedniość między celem a możliwościami jednostki oraz pobudzenie emocjonalne” (Łukaszewski, 2006, s. 451). Z samą zaś motywacją związane są trzy rodzaje konfliktów. Pierwszym jest konflikt: dążenie – dążenie (wahanie dotyczy wyboru jednej z dwóch równie atrakcyjnych opcji). Konflikt: unikanie – unikanie stanowi jego odwrotność. Tutaj mamy do czynienia z sytuacją, w której mierzymy się z wyborem jednej z opcji o zbliżonym stopniu awersyjności. Ostatnia możliwość to konflikt: dążenie – unikanie, w którym dokonanie wyboru wywołuje doświadczenia zarówno pozytywnych, jak i negatywnych uczuć jednocześnie.

To wprowadzenie teoretyczne, z konieczności skrótowe, pozwala zauważyć, jak złożonym i skomplikowanym konstruktem jest motywacja, tym samym zakładać, jak różnorodne może być motywowanie w przypadku poszczególnych osób, aby pomóc im na drodze do osiągnięcia celu.

Motywacja i jej znaczenie w diagnozie i terapii

Prezentowaną w artykule problematykę motywacji należy analizować na przynajmniej trzech płaszczyznach ze względu na interakcyjny charakter uczestników zaangażowanych w sam proces leczenia. Optymalnie projektowana terapia logopedyczna jest przecież eklektyczna, a leczenie obejmuje współpracę wielu specjalistów: internisty, laryngologa, foniatry, gastroenterologa, alergologa, pulmonologa, psychologa i wielu innych (Stemple i Hapner, 2019), z uczestnikiem terapii, a w przypadku osoby małoletniej lub cierpiącej na różnorodne dysfunkcje, także z jej opiekunami.

Pełny proces motywacyjny powinien zatem obejmować każdą ze stron. W najprostszej formie mówimy o współpracy terapeuty oraz klienta/pacjenta, w przypadku oddziaływań grupowych – o współpracy terapeuty i/lub terapeutów oraz

klientów/pacjentów. W przypadku wielu osób odpowiedzialnych za leczenie mówimy o zespole specjalistów i kliencie/pacjencie (lub klientach/pacjentach). Ponadto w przypadku osób małoletnich lub cierpiących na różnorodne dysfunkcje czy trudności zakładamy obecność także ich opiekunów lub opiekuna.

Wyniki różnorodnych badań wskazują jednoznacznie na to, że oprócz planowania, organizowania i analizy mocnych i słabych stron działania, to motywowanie siebie i innych stanowi determinant sukcesu w podejmowanej pracy (Stoner i Wankel, 1996; Szulawski, 2017; Witkowski, 2003). Jak zauważa Barbara Mróz (2013), „to od poziomu motywacji zależy wytrwałość w planowanym realizowaniu czynności” (s. 241). Obserwacja ta pozwala docenić, jak ważna jest motywacja terapeuty. W niniejszym opracowaniu uwaga zostanie skupiona jednak na kliencie/pacjencie, a zatem jednostce, która bierze udział w oddziaływaniu, z pominięciem analizy motywacji pozostałych stron tego procesu.

Na początku przyjrzymy się czynnikom (grupom czynników), które mogą mieć wpływ na motywację jednostki do podjęcia/kontynuowania terapii głosowej. W tabeli 1 został zaprezentowany roboczy podział na czynniki: zewnętrzne, wewnętrzne, jak również czynniki pośredniczące. Można go wykorzystać w trakcie konceptualizacji przypadku, w szczególności podczas planowania oddziaływań.

TABELA 1
Czynniki motywacji pacjenta do terapii logopedycznej

Czynniki zewnętrzne	Czynniki pośredniczące	Czynniki wewnętrzne
Organizacja procesu leczenia: – forma prowadzenia terapii (pełnopłatna, refundowana, indywidualna, grupowa), – miejsce, w którym się ona odbywa (szpital, turnus rehabilitacyjny, poradnia, prywatny gabinet itp.), – dostępność danej formy leczenia związana z przebiegiem i organizacją leczenia, – odległość miejsca zamieszkania od placówki, jej dostępność, – dostępność formy leczenia i jej popularność.	Zmienne społeczno-demograficzne: – płeć, – wiek, – status społeczny, – wykształcenie, – zatrudnienie, – stan cywilny, – miejsce zamieszkania, – sytuacja finansowa.	Przekonania i postawy jednostki: – wcześniejsze doświadczenia w zakresie leczenia, kontaktu z personelem mającym wpływ na leczenie, wynikająca z nich niechęć, opór, brak wiary w powodzenia, – opinia pacjenta o placówce.

<p>Osoby, które mogą mieć wpływ na decyzję jednostki:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wpływ osób trzecich: personelu medycznego, lekarzy, specjalistów, - wpływ rodziny (niezależnie od formy, w jakiej ten wpływ jest realizowany, tzn. czy będzie dawał przyszłemu uczestnikowi terapii wolny wybór i autonomię, czy związany będzie z przymusem, narzuceniem woli), - wpływ znajomych, przyjaciół. 		<p>Zasoby jednostki:</p> <ul style="list-style-type: none"> - radzenie sobie w sytuacji trudnej, - regulacja emocji, - wiedza i umiejętności jednostki, w tym także umiejętność współpracy, pracy w grupie (gdy proponujemy formę terapii grupowej), - umiejętność wzbudzania motywacji (w tym zarówno wewnętrznej, jak i zewnętrznej).
<p>Wewnętrzne właściwości procesu leczenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - osoba terapeuty (jej kompetencje, doświadczenie, cechy osobowościowe i temperamentalne, stosowane przez nią narzędzia i techniki), ale w szczególności relacja terapeutyczna, motywacja osoby udzielającej świadczenia i jej przekonania dotyczących możliwości uzyskania satysfakcjonującego wyniku, - dobry sojusz terapeutyczny, który stanowi podstawę do zwiększenia efektywności leczenia. 		<p>Cechy osobowościowe i temperamentalne:</p> <ul style="list-style-type: none"> - typ osobowości, - typ temperamentu.
<p>Pozostałe czynniki zewnętrzne:</p> <ul style="list-style-type: none"> - diagnoza nozologiczna, stopień i forma zaburzenia. 	<p>Pozostałe czynniki pośredniczące:</p> <ul style="list-style-type: none"> - opinie osób trzecich na temat placówki, w której ma odbywać się leczenie. 	

Źródło: Opracowanie własne.

Czynniki i ich wzajemny wpływ będą odmienne w zależności od etapu procesu leczenia lub decyzji o jego podjęciu. Jak wskazują wyniki badań, inne procesy są odpowiedzialne za zainicjowanie działania, a inne za jego kontynuowanie (Kadzikowska-Wrzosek, 2011). Jak zauważa Romana Kadzikowska-Wrzosek (2011):

najczęściej trudności z rozpoczęciem działania wynikają stąd, że ludzie albo nie potrafią przezwyciężyć początkowej niechęci do działania, albo też nie dostrzegają sprzyjających rozpoczęciu realizacji celu okoliczności. Z kolei brak wytrwałości na ogół jest konsekwencją rezygnacji z działania w obliczu trudności, przeszkód, a niekiedy początkowych niepowodzeń (s. 161).

W poszczególnych etapach poszczególne czynniki mogą mieć różnorodny wpływ na terapię. Przykładowo, w decyzji o podjęciu terapii większą rolę mogą odgrywać opisane czynniki zewnętrzne, związane z dostępnością danej formy oddziaływania, natomiast kontynuowanie (lub zaniechanie) działania jest związane z licznymi innymi czynnikami lub ich interakcją. Na decyzję jednostki o kontynuowaniu leczenia silniejsze oddziaływanie może mieć odległość od gabinetu terapeuty niż chęć poprawy jakości swojej mowy.

Po zaprezentowaniu pobudek decydujących o podjęciu terapii logopedycznej przyjrzymy się wynikom badań nad tymi wskaźnikami/czynnikami, które mają empirycznie potwierdzony pozytywny wpływ na jej podejmowanie oraz kontynuowanie.

Badania determinantów sprzyjających motywacji z uwzględnieniem terapii głosu nie są kwestią nową. Pierwsze analizy powstały już w latach 60. XX w. (Ralph, 1960). Na podstawie oglądu literatury przedmiotu sporządzono na potrzeby artykułu zestawienie czynników determinujących chęć wzięcia udziału w terapii logopedycznej/głosowej lub jej kontynuowanie. W leczeniu zróżnicowanych problemów i zaburzeń poszczególne czynniki w mniejszym lub większym stopniu różnią się od siebie (por. przykładowo zestawienie czynników związanych z motywacją osób uzależnionych od alkoholu do podjęcia leczenia (Kleczewska-Albińska i Skudlarek, 2020)), a czasami nawet się wykluczają lub nie dają się odnieść do terapii logopedycznej ze względu na jej specyfikę. Prezentowane zestawienie ma charakter wstępnej analizy tych zmiennych, które miały potwierdzony empirycznie wpływ na wzrost motywacji w terapii logopedycznej⁴. Uwzględniono trzy rodzaje zmiennych: czynniki zewnętrzne, związane z techniczną organizacją procesu, jego przebiegiem, warunkami, czynniki pośredniczące, które rozumiem jako zmienne społeczno-demograficzne, tj. płeć, wiek czy status zawodowy, oraz czynniki wewnętrzne związane z osobą uczestnika terapii logopedycznej, jego osobowością, temperamentem i przekonaniem. Czynniki zewnętrzne i wewnętrzne zostały zebrane w tabeli 2.

⁴ Niektóre z przedstawionych wniosków formułowano na podstawie wyników badań uzyskanych w przypadku interwencji względem określonej grupy pacjentów cierpiących na konkretne zaburzenia lub objętych terapią logopedyczną w nieco węższym zakresie, ograniczającym się do korekty zaburzeń głosu, a nie wad wymowy, dysfunkcji o charakterze neurodegeneracyjnym itp. Uogólnienia wyników przeważnie różnorodnych form terapii logopedycznej nie mają uzasadnienia.

TABELA 2

Czynniki mające wpływ na motywację do terapii logopedycznej

Czynniki zewnętrzne	Czynniki wewnętrzne
<p>1. Forma terapii W przypadku zaburzeń głosu oddziaływanie terapeutyczne w ramach grupy daje często lepsze efekty oraz mniejszy odsetek rezygnacji z terapii (Ohlsson i in., 2020)^a. Wynik taki uzyskano niezależnie od wieku, płci czy występującego problemu (Simberg i in., 2006). Ponadto w badaniach podkreśla się rolę tzw. klimatu grupowego dla efektywności leczenia. Co ważne, efekty terapii głosowej w ramach małych grup terapeutycznych utrzymywały się w czasie (Law i in., 2012). Niektórzy badacze nie notowali jednak znaczących różnic w zakresie skuteczności w ramach terapii indywidualnej i grupowej (Abrahamsson i in., 2018)^b.</p>	<p>1. Zasoby psychologiczne Należy tu zaliczyć: poczucie własnej skuteczności (Stemple i Hapner, 2019, s. 17), umiejętność wzbudzania emocji pozytywnych, a także neutralizowanie emocji negatywnych (Koole i Kuhl, 2007), zorientowanie na cel (Koole i Kuhl, 2007), umiejętność autorefleksji i ustalania celów spójnych z potrzebami (Sansone i Harackiewicz, 1996).</p>
<p>2. Stosowane narzędzia terapeutyczne, pomoce, programy itp. Zapewnienie pacjentom urządzeń przenośnych do odtwarzania filmów między sesjami stanowiło dla nich wsparcie praktyczne w terapii (Leer i Connor, 2012). W przypadku małych dzieci (młodzieży) zaobserwowano, że stosowanie nowoczesnych technologii, w tym gier komputerowych, wzmacnia ich motywację do leczenia (Duval i in., 2017). Badacze zwracają uwagę na zasadność stosowania wideocoachingu w terapii niektórych zaburzeń, np. jąkania się (Moćko i Węsierska, 2012).</p>	<p>2. Przekonania i wartości Badania wskazują na to, że nieakceptowanie u siebie występowania zaburzenia, które miałyby być przedmiotem terapii, zwiększa motywację do udziału w niej (Góral-Półroła i Tarkowski, 2012). Kolejnym motywatorem jest wizja sukcesu i szansa na jego osiągnięcie (Sansone i Harackiewicz, 1996).</p>
<p>3. Wpływ rodziny, przyjaciół W przypadku terapii jąkania się rodzina, w szczególności matka, stanowiła główny motywator do leczenia (Chęć i Bijak, 2015).</p>	<p>3. Mechanizmy uczenia się przez wgląd i/lub obserwację, pozytywne doświadczenia w trakcie terapii Docenianie pomysłów i sugestii uczestnika terapii znacząco wspomaga jego motywację (Zajac, 2014). Istotną rolę odgrywa również doświadczanie autonomii w czasie terapii, a także nadzieja na poprawę jakości życia, możliwość komunikowania się (Chęć i Bijak, 2015; Hamerlińska, 2018). Kolejną istotną kwestią jest obserwowanie osób, którym terapia przyniosła poprawę (Chęć i Bijak, 2015; Hamerlińska, 2018).</p>

<p>4. Wyjściowa diagnoza nozologiczna Większą motywację do terapii notuje się u osób mających mniejsze problemy głosowe, a także niższy wynik testu VHI na początku terapii (Smith i in., 2010).</p>	<p>4. Zasoby intelektualne. Posiadanie konkretnych umiejętności lub możliwość ich zdobycia Można tu zaliczyć ustalenie konkretnych, celów sformułowanych w taki sposób, aby prowadziły do osiągnięcia pozytywnych rezultatów (Higgins i Spiegel, 2004) czy posiadanie umiejętności wyznaczania celów jako takich (Strecher i in., 1995). Ponadto umiejętność przejścia od planu koncepcji do fazy działania oraz zdolność podjęcia operacji korygującej (Vohs i Schmeichel, 2007, za: Kadzikowska-Wrzosek, 2011, s. 150).</p>
---	--

^a Należy pamiętać, że nie każdy rodzaj terapii może przebiegać w formie interwencji grupowej. Innymi słowy, nie zawsze to, co byłoby optymalne dla procesu motywacyjnego, jest możliwe czy optymalne dla procesu leczenia danego zaburzenia/korekty wady wymowy itp. W niektórych zaburzeniach jedyną możliwością leczenia jest terapia prowadzona w formie indywidualnej.

^b Przekonuje to o konieczności prowadzenia dalszych badań w tym zakresie.

Źródło: Opracowanie własne.

W zakres zmiennych pośredniczących w opisywanych procesach motywacyjnych zalicza się czynniki takie, jak: płeć, wiek, status zawodowy. Badania wskazują, że dłużej w terapii logopedycznej utrzymywały się kobiety, osoby zatrudnione, osoby młodsze (Smith i in., 2010).

Zaprezentowane zestawienie nie jest zbiorem skończonym, warto podejmować dalsze badania w zakresie motywacji do terapii logopedycznej, a także opisu czynników, które mogą mieć wpływ na jej pozytywne efekty. Trzeba jednak podkreślić, że wspieranie autonomii, oddawanie sprawczości i dawanie poczucia wpływu na proces skutkuje poprawą działania mechanizmów motywacji wewnętrznej, zdecydowanie intensyfikującej trwanie w działaniu, o czym była mowa w pierwszej części artykułu podczas analizy teorii autodeterminacji.

Dialog motywujący (DM)

Jednym z praktycznych sposobów pracy nad motywacją jest stosowanie narzędzi dialogu motywującego. DM definiowany jest jako „oparty na współpracy styl rozmowy, służący umocnieniu u osoby jej własnej motywacji i zobowiązania do zmiany” (Miller i Rollnick, 2014, s. 32). Wielu badaczy podkreśla, że DM powo-

duże trwałą zmianę zachowania, a uzyskane efekty terapeutyczne są zadowalające (Miller i Rollnick, 2014, s. 38–39).

Stosowanie DM i ocena jego skuteczności jako odrębnej techniki terapeutycznej w leczeniu zostały opisane głównie w odniesieniu do problemów związanych z uzależnieniem (Jaraczewska i in., 2015; Miller, 2015) czy lękiem (Westra, 2016). Od kilku lat rozpatruje się jednak stosowanie narzędzi i technik DM do terapii innych problemów psychologicznych, zaburzeń afektywnych, emocjonalnych, zaburzeń odżywiania czy kontroli impulsów (Miller i Rollnick, 2014). Twórcy DM: William R. Miller oraz Stephen Rollnick proponują rozszerzenie implementacji stworzonego podejścia o stosowanie go jako elementu wspierającego motywację w różnorodnych sferach życia i ludzkiej aktywności. DM stosuje się obecnie nie tylko w psychoterapii, medycynie czy szeroko rozumianej ochronie zdrowia, lecz także w edukacji. Na jego podstawie powstała terapia wzmacniająca motywację – MET (Miller i Arkowitz, 2017, s. 23).

W praktyce klinicznej można rozważyć stosowanie DM w szczególności w dwóch przypadkach: chęci zbudowania motywacji u osób ambiwalentnych wobec zmiany oraz wzmocnienia wytrwałości u pacjentów, którzy podjęli zobowiązanie wobec zmiany, aby ją utrwalić. Praktykowanie DM zmienia też samego klinicystę i postrzeganie przez niego jego roli w procesie terapii. Szacunek wobec wyborów i autonomii klienta oraz słuchanie jego argumentów przeciwko wprowadzeniu jakiegось oddziaływania czynią go współodpowiedzialnym za powodzenie, a także niepowodzenie przyjętego modelu leczenia. Jak zauważa Henny A. Westra (2016), stosujący DM klinicysta, m.in. „przyspiesza proces planowania i wprowadzania zmiany [...], a także rozwija w sobie wrażliwość na stopień zaangażowania klienta w proces terapii na każdym etapie” (s. 28).

Opierając się na wynikach badań o potwierdzonej skuteczności krótkich interwencji DM, można w praktyce terapeutycznej, rozważyć zastosowanie elementów protokołu sesji MET. Powinna ona obejmować:

1. Angażowanie. Polega na zbudowaniu przymierza terapeutycznego, dobrej relacji z osobą będącą w procesie terapii, a także – w przypadku osoby małoletniej – z jego rodzicem/rodzicami lub opiekunem/opiekunami.
2. Ukierunkowanie. Na tym etapie rozmowy wyjaśniane są cele proponowanych oddziaływań/ćwiczeń, a także cele pracy własnej.
3. Wywoływanie. Rozmowa powinna być kierowana w taki sposób, aby wydobyć odczucia i emocje związane ze stanem obecnym oraz po osiągnięciu pożądanych efektów proponowanego oddziaływania. W tym miejscu wywołujemy język zmian.
4. Perspektywa. Tworzenie planu, celów i strategii do osiągnięcia zakładanego celu.

W skutecznym dialogu motywującym istotne są cztery zasady: (I) wyrażanie empatii, (II) rozwijanie rozbieżności, (III) podążanie za oporem, jak również (IV) wspieranie wiary klienta we własne możliwości. Z uwagi na fakt, że z wiadomych powodów terapeuta/logopeda nie jest psychoterapeutą, najczęściej dysponuje mniejszą wiedzą psychologiczno-pedagogiczną, nie jest profesjonalistą w zakresie wsparcia emocjonalnego, zaprezentuję wybrane propozycje krótkich strategii w duchu DM, które można skutecznie stosować, niezależnie od profesji. Co ważne w myśleniu w duchu DM, to uczynienie klienta ekspertem w drodze do uzyskiwania zmiany, myślenie w duchu DM bowiem do tej zmiany skuteczniej prowadzi.

Pierwsza z zasad dotyczy (I) empatycznego słuchania, które cechuje próba zrozumienia punktu widzenia drugiej osoby, bez krytyki czy oceniania. Pomocna może być myśl, że ludzie starają się najlepiej, jak potrafią. Istotne dla owocnej pracy terapeutycznej wspierania motywacji jest (II) rozwijanie rozbieżności pomiędzy przekonaniami i wartościami osoby a stanem obecnym. Jak podkreślają praktycy DM, także „zwiększona świadomość wartości wyznawanych przez klienta i jego celów może być potężnym sojusznikiem, pomagającym klientowi zarówno w opieraniu się siłom utrzymującym status quo, jak i w podejmowaniu eksperymentów z nowymi sposobami bycia, bardziej spójnymi z jego systemem wartości” (Westra, 2016, s. 46). Wreszcie (III) opór, zrozumienie źródła niepowodzenia proponowanych oddziaływań, stanowi cenne źródło informacji o tym, w jaki sposób efektywniej pracować nad wprowadzeniem oddziaływania/zmiany. W psychoterapii i powszechnym rozumieniu „opór” często postrzegany jest jako coś negatywnego, wyłącznie utrudniającego osiągnięcie zamierzonych celów. Klinicyści nadal zbyt często zastanawiają się, w jaki sposób prowadzić walkę z oporem, zamiast pytać o jego cel/funkcję, aby zrozumieć, co tak naprawdę uniemożliwia podjęcie pracy nad zmianą lub wprowadzenie jej w życie.

Duch i koncepcja DM mogą być przydatne osobom, które doświadczają niechęci czy ambiwalencji po stronie swoich klientów (pacjentów, podopiecznych). DM pozwala przyjrzeć się powodom, które uniemożliwiają zmianę lub jej podjęcie, dzięki czemu ułatwia budowanie pozytywnej relacji w procesie leczenia, tworzenie „wspólnego frontu” do osiągnięcia celu. Ponadto, jak wykazały badania związane z wypaleniem zawodowym, przekonanie o konieczności „osiągnięcia mistrzostwa w zawodzie”, w którym mniej miejsca jest na nieudane interwencje, zrozumienie przyczyny braku zmiany i lokowanie jej w czynnikach niezależnych od klinicysty stanowi też czynnik ochronny przed wypaleniem zawodowym (Sęk, 2004, s. 160). Liczne badania potwierdzają, że zmiana, podjęcie działania czy zobowiązania są możliwe tylko wtedy, kiedy rzeczywiście tego chcemy. W przypadku, gdy pacjent, pomimo psychoedukacji i podkreślenia zalet leczenia, nie jest gotowy go podjąć, a brak leczenia nie zagraża jego życiu i zdrowiu, szanując autonomię pacjenta, a także kierując się jego współodpowiedzialnością i wyznacznikami ducha DM,

umożliwiamy przerwanie leczenia lub akceptujemy brak jego rozpoczęcia (Stempler i Hapner, 2019, s. 16).

Nawet najlepiej powadzony DM nie będzie skuteczny, jeśli nasz rozmówca nie będzie chciał wprowadzić zmiany, nie będzie w ambiwalencji i nie będzie miał potrzeby zastanawiać się nad nią. Ambiwalentny stosunek do zmiany, w naszym przypadku rozumiany jako podjęcie udziału w szeroko rozumianej terapii logopedycznej lub konsekwentne realizowanie ustaleń (tj. wykonywanie regularnych ćwiczeń, terminowy udział w sesjach itp.), jest czymś powszechnym. Często pragniemy zmiany, poprawy, ale jednocześnie czujemy obawy, nawet jeśli zakładamy, że zmiana może przynieść pozytywne rezultaty (por. przykładowo Daniecki, 2004, s. 151; Kubacka-Jasiecka, 2002; Wiśniewska-Kin, 2011).

Rozumienie zmiany dobrze przedstawia w prezentowanym kontekście transteoretyczny model zmiany (ang. Transtheoretical Model – TTM) zaproponowany przez Jamesa Prochaskę i Carla DiClemente (1992). Składa się on z pięciu (lub sześciu, por. Prochaska i in., 1994) etapów. Jego twórcy zakładają zmianę, która przebiega fazowo i dynamicznie. Pierwszą fazą jest (1) prekontemplacja, w której osoba zaczyna powoli zdawać sobie sprawę z występowania problemu, jednak nie do końca uznaje, że problem jej dotyczy, aż przechodzi do (2) kontemplacji, czyli rozważania zmiany, dostrzega problem, przystępuje zatem do (3) działania, czyli wprowadzenia aktywnych strategii w kierunku zmiany. Ostatnie dwie fazy to: (4) podtrzymanie i (5) utrwalenie (Prochaska i in., 1994).

W modelu TTM wyróżnia się dziewięć procesów zmiany, które dzieli się na doświadczeniowe (np. poszerzenie świadomości na temat zachowania, mechanizmów, myśli automatycznych) oraz behawioralne (np. nauka nowych zachowań, por. DiClemente, 2007)

Model TTM pozwala określić, w której fazie procesu znajduje się nasz klient, co może być pomocne w efektywnym planowaniu oddziaływań leczniczych. Warto podkreślić, że techniki DM okazują się skuteczne także w odniesieniu do osób będących w fazie prekontemplacji czy kontemplacji (Miller i Rollnick, 2002). Określenie fazy, w której znajduje się aktualnie nasz klient (zgodnie z modelem TTM), będzie na pewno łatwiejsze w przypadku pracy indywidualnej niż grupowej, w której poszczególni uczestnicy mogą pozostawać na różnych etapach procesu (Rowicka, 2015, s. 114). Warto podkreślić, że badania prowadzono z zastosowaniem modelu TTM w pracy nad zmianą w terapii logopedycznej. Wnioski wskazują na to, że TTM pozwala lepiej zaplanować terapię, jej zakres, a także ocenić gotowość pacjenta do terapii głosowej, zmiany zachowania czy nawyków (Leer i in., 2008). Ponadto, badacze potwierdzają, że stosowanie elementów DM zmniejsza wewnętrzny opór wobec zmiany (Westra, 2016, s. 23). Podkreślają także skuteczność krótkich interwencji w duchu DM (Simon i in., 2004; Van Voorhees i in., 2009).

Ostatnim elementem interwencji zgodnej z duchem DM jest (IV) wzmacnianie naszego klienta w przekonaniach dotyczących wiary w jego możliwości. W toku prowadzonej rozmowy staramy się wesprzeć mocne strony, sprawczość, siłę i determinację do zmiany, pomysły i sposoby zmierzające do realizacji celu, które pochodzą od naszego klienta. Pomocne w tym są: empatyczne słuchanie, odzwierciedlenia, dowartościowanie, stosowanie języka wspierającego autonomię⁵. W swojej praktyce przynajmniej kilkakrotnie zdarzyło mi się nie wierzyć w to, że rozwiązanie, które podaje mój rozmówca, powiedzie się. Niemalże za każdym razem to ja nie miałam racji. Obecnie, niezależnie od mojego wewnętrznego przekonania, wspieram klienta w dążeniu do realizowania jego celów na jego warunkach. Nawet, jeśli początkowo uzyskuje tylko nieznaczną poprawę, mogę wzmacniać jego skuteczność, sprawczość i wiarę we własne możliwości, a jeśli zdarza się, że pomysł okazuje się nieskuteczny, wspólnie poszukujemy kolejnego rozwiązania. DM odbywa się zgodnie ze strategią: wydobądź, dostarcz, wydobądź (Miller i Rollnick, 2014, s. 192). Zanim sami udzielimy informacji na temat możliwości wprowadzenia zmiany, staramy się uzyskać pomysły i informacje od naszego rozmówcy. W przypadku ich braku, za zgodą, udzielamy rad czy wskazówek, a na końcu staramy się dopytać o to, w jaki sposób nasze propozycje i sugestie rozumie klient.

Podsumowanie i wnioski

Zastosowanie w gabinetach logopedycznych narzędzi, które pozwolą zwiększyć motywację do terapii, wydaje się szczególnie istotne. Liczne badania dowodzą, że blisko 65% badanych porzuca przedwcześnie terapię, a tylko 47% spośród skierowanych w ogóle się na nią udaje (Portone i in., 2009). Brak motywacji może stanowić jedną z głównych przyczyn niepowodzenia terapii (Stemple i Hapner, 2019, s. 16).

Nie tylko samo zjawisko porzucania terapii, ale także brak motywacji do diagnozy stanowi poważny problem. Aż 38% pacjentów, którym zalecana jest poszerzona diagnostyka, nie pojawia się u specjalisty (Hapner i in., 2009). Podkreśla się również istotność umiejętności motywowania pacjenta do leczenia (Behrman, 2006).

Nawet najbardziej precyzyjnie i adekwatnie zaplanowane oddziaływanie terapeutyczne (poprzedzone trafną diagnozą problemu) może okazać się nieskuteczne, jeżeli uczestnicy procesu terapii nie zaangażują się w jego realizację, nie podej-

⁵ Więcej na ten temat: Miller i Rollnick, 2014.

mą terapii, będą się w nią angażować w niewystarczający sposób lub zaniechają przedwcześnie działań. Włączenie elementów DM na początku protokołu terapeutycznego zastosowano przykładowo w przypadku transdiagnostycznej terapii zaburzeń emocjonalnych (Boswell i in., 2017, s. 55–80) czy krótkich interwencji w duchu DM, co stanowiło dla uczestników motywację do leczenia i obniżyło poziom ich rezygnacji z niego (Hodgins i in., 2017, s. 320–343). Potwierdzono skuteczność stosowania krótkich interwencji w duchu DM w celu utrzymania działania, co przekładało się na zwiększenie odsetka osób dalej korzystających z terapii. Skuteczne okazywały się nie tylko rozmowy bezpośrednie, ale także telefoniczne oraz inne formy wsparcia (Hodgins i in., 2004).

DM może być pomocny w prowadzeniu rozmowy z klientem w gabinecie logopedycznym, warto zatem znać koncepcję klienta i praktykować podstawowe umiejętności zgodne z duchem DM. Zauważono, że DM może być również skutecznym narzędziem w zmianie zachowań w terapii logopedycznej (Behrman, 2006).

Jestem przekonana, że zastosowanie nawet wybranych strategii, dzięki którym wzmocnimy autonomię naszego klienta, zwiększy szansę na sukces (lub pozwoli uniknąć porażki, nawet jeśli oznacza to niepodjęcie przez pacjenta udziału w terapii i wycofanie się już na starcie). Opisaną w niniejszym artykule, z konieczności skrótowo, koncepcji wspierającej motywację można uczyć i można ją praktykować z wykorzystaniem przytoczonych w cytowanej literaturze pozycji na temat DM. Większość z nich, w szczególności publikacja *Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie*, ma charakter podręcznika z licznymi przykładami interwencji, który może stanowić bazę do uczenia się, a później praktykowania podejścia i stylu rozmowy motywującej.

Podsumowując rozważania na temat motywowania w terapii logopedycznej, warto podkreślić, że umiejętność ta jest sztuką niezwykle cenną i potrzebną do prowadzenia i wspierania pacjentów w terapii. Niemalże każdy z praktykujących w zawodzie spotka wielu pacjentów, których motywacja jest w najlepszym wypadku zewnętrzna, a także takich, którzy w ogóle jej nie mają⁶. Warto na początku współpracy dopytać o motywację (jeśli to możliwe z uwagi na zgłaszany problem czy dysfunkcję). Nawet krótka rozmowa o spodziewanych efektach, zaangażowaniu, rozmowa, w której postaramy się dodawać nadziei i wiary w sukces leczenia, często zaowocuje nawiązaniem lepszej relacji opartej na współpracy, która może przyczynić się do efektów w leczeniu. Próbowmy zatem dodawać otuchy, wskazywać na pozytywne przykłady osób, którym terapia pomogła, stosujemy zróżnicowane metody i formy pracy. Wspierajmy pomocne w budowaniu motywacji zasoby emocjonalne: sprawczość, autonomię, poczucie własnej skuteczności. Dostarczajmy pozytywnej informacji zwrotnej, chcemy prowadzić rozmowę w duchu DM.

⁶ Oprócz klientów zmotywanych do terapii.

Umiejętności motywowania (zarówno siebie, jak i innych) warto uczyć się już na studiach. Pomocnym mogłoby być uwzględnienie w obowiązkowym zakresie tematów omawianych w ramach zajęć studentów kierunków logopedycznych rozbudowanego modułu poświęconego budowaniu relacji, wspieraniu motywacji, motywowaniu, a także wyposażenie absolwenta logopedy w narzędzia, które będzie mógł wykorzystywać w swojej praktyce. Tematykę motywacji warto poszerzać i eksplorować także w ramach dodatkowych kierunków specjalistycznych, które często podejmowane są przez absolwentów logopedii. Warto też w etapie planowania leczenia uwzględniać czynniki motywacyjne związane z wszystkimi uczestnikami procesu terapeutycznego.

Bibliografia

- Abrahamsson, M., Milgard, M., Havstam, Ch., Tuomi, L. (2018). Effects of voice therapy: A comparison between individual and group therapy. *Journal of Voice*, 32(4), 437–442. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2017.06.008>
- Behrman, A. (2006). Facilitating behavioral change in voice therapy: The relevance of motivational interviewing. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 15(3), 215–225. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2006/020\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2006/020))
- Boswell, J. F. (2017). Włączanie elementu zwiększającego motywację do ujednoliconego protokołu transdiagnostycznej terapii zaburzeń emocjonalnych. W: H. Arkowitz, W. R. Miller, S. Rollnick (red.), *Dialog motywujący w terapii problemów psychologicznych* (M. Kapera, tłum.; s. 55–80). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Bridgman, T., Cummings, S., Ballard, J. (2018). Who built Maslow's pyramid? A history of the creation of management studies' most famous symbol and its implications for management education. *Academy of Management Learning & Education*, 18(1), 81–98. <https://doi.org/10.5465/amle.2017.0351>
- Carver, Ch. S., Scheier, M. F. (1982). Control theory: A useful conceptual framework for personality social, clinical and health psychology. *Psychological Bulletin*, 92, 111–135.
- Chęć, M., Bijak, M. (2015). Fragmentaryczne wyniki badań nad motywacją do terapii jąkania uczniów szkoły średniej. *Logopedia Silesiana*, 4, 158–169.
- Chrupała-Pniak, M., Grabowski, D. (2016). Skala motywacji zewnętrznej i wewnętrznej do pracy (WEIMS-PL): Wstępna charakterystyka psychometryczna polskiej wersji kwestionariusza Work Extrinsic and Intrinsic Motivation Scale. *Psychologia Społeczna*, 3, 339–355. <https://doi.org/10.7366/1896180020163808>
- Daniecki, W. (2004). *Strategie zmian. Refleksje nad praktyką*. Wydawnictwo Academica.
- Deci, E. L., Koestner, R., Ryan, R. M. (1999). A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychological Bulletin*, 125(6), 627–668. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.6.627>
- Deci, E. L., Ryan, R. M. (1990). A motivational approach to self: Integration in personality. *Nebraska Symposium on Motivation*, 38, 237–288.
- DiClemente, C. C. (2007). The transtheoretical model of intentional behavior change. *Drugs and Alcohol Today*, 7(1), 29–33.

- Duval, J., Rubin, Z., Goldman, E., Antrilli, N., Zhang Y., Wang, S.-H., Kurniawan, S. (2017). Designing towards maximum motivation and engagement in an interactive speech therapy game. W: *Proceedings of the 2017 Conference on Interaction Design and Children* (s. 589–594). <https://dl.acm.org/doi/pdf/10.1145/3078072.3084329>.
- Geen, R. G. (1999). Motywacja społeczna. W: B. Parkinson, A. M. Colman (red.), *Emocje i motywacja* (s. 61–85). Wydawnictwo Zysk i S-ka cop.
- Góral-Półrola, J., Tarkowski, Z. (2012). *Skala motywacji do terapii jękania*. Wydawnictwo Fundacji „Orator”.
- Gózdź, J. (2015). Konstrukcja kwestionariusza motywacji do nauki w oparciu o koncepcję Self-Determination Theory E. Deciego, R. M. Ryana. *Przegląd Psychologiczny*, 1, 263–270.
- Hamerlińska, A. (2018). Udział w terapii logopedycznej przejawem motywacji wobec zmagania z niepełnosprawnością na przykładzie osób po laryngektomii całkowitej. *Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania*, 3(28), 47–56.
- Hapner, E., Partone-Maira, C., Johns, M. M. (2009). A study of voice therapy dropout. *Journal of Voice*, 22 (3), 337–340. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2007.10.009>.
- Higgins, E. T., Spiegel, S. (2004). Promotion and prevention strategies for self-regulation: A motivated cognition perspective. W: R. F. Baumeister, K. D. Vohs (eds.), *Handbook of self-regulation. Research, theory, and applications* (s. 171–187). Guilford.
- Hodgins, D. C., Currie, S. R., el-Guebaly, N., Peden, N. (2004). Brief motivational treatment for problem gambling. A 24-month follow-up. *Psychology of Addictive Behaviours*, 18, 293–296.
- Hodgins, D. C., Swan, J. L., Diskin, K. M. (2017). Krótkie interwencje motywujące w pracy z osobami z problemami hazardu. W: H. Arkowitz, W. R. Miller, S. Rollnick (red.), *Dialog motywujący w terapii problemów psychologicznych* (M. Kapera, tłum.; s. 320–346). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Jaraczewska, J. M., Adamczyk-Zientara, M., Banaszak, J. (2015). Zastosowanie dialogu motywującego w terapii uzależnień behawioralnych. Badania naukowe i wskazówki praktyczne. W: J. M. Jaraczewska, M. Adamczyk-Zientara (red.), *Dialog motywujący. Praca z osobami uzależnionymi behawioralnie* (s. 117–152). Wydawnictwo Eneteia.
- Kadzikowska-Wrzošek, R. (2011). Wytrwałość i skuteczność działania: wpływ kontekstu sytuacyjnego i siły woli. *Roczniki Psychologiczne* 15(2), 159–187.
- Kleczevska-Albińska, A., Skudlarek, M. (2020). Motywacja do udziału w terapii i style radzenia sobie ze stresem u kobiet i mężczyzn uzależnionych od alkoholu. *Alcohol Drug Addict*, 33(3), 219–238. <https://doi.org/10.5114/ain.2020.101799>
- Koole, S. L., Kuhl, J. (2007). Dealing with unwanted feelings: The role of affect regulation in volitional action control. W: J. Shah, W. Gardner (red.), *Handbook of motivation science* (s. 295–307). The Guilford Press.
- Kubacka-Jasiecka, D. (2002). Psychologia wobec problematyki zmiany. W: D. Kubacka-Jasiecka (red.), *Człowiek wobec zmiany. Rozważenia psychologiczne*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Law, T., Lee, K. Y.-S., Ho, F. N.-Y., Vlantis, A. C., Hasselt, A. C. van, Tong, M. C.-F. (2012). The effectiveness of group voice therapy. A group climate perspective. *Journal of Voice*, 26(2), e41–e48. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2010.12.003>
- Leer, E. van, Connor, N. P. (2012). Use of portable Digital media player increases patient motivation and practise in voice therapy. *Journal of Voice*, 26(4), 447–453. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2011.05.006>
- Leer, E. van, Hapner, E. R., Connor, N. P. (2008). Transtheoretical model of health behavior change applied to voice therapy. *Journal of Voice*, 22(6), 688–698. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2007.01.011>
- Łukaszewski, W. (2006). Motywacja w najważniejszych systemach teoretycznych. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 2). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

- Łukaszewski, W., Doliński, D. (2006). Mechanizmy leżące u podstaw motywacji. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 2). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Madsen, K. B. (1980). *Współczesne teorie motywacji. Naukoznawcza analiza porównawcza*. [Tłum. A. Jakubczyk, M. Łapiński, T. Szustrowa]. Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Maruszewski, T., Doliński, D., Łukaszewski, W., Marszał-Wiśniewska, M. (2011). Emocje i motywacja. W: *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 1). Gdańskie Wydawnictwo Oświatowe.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–96.
- McClelland, D. C. (1955). Measuring motivation in fantasy: The achievement motive. W: D. C. McClelland (ed.), *Studies in motivation* (s. 401–413). Appleton-Century-Crofts, Inc.
- Miller, W. R. (2015). Terapia uzależnień-proces ewolucji i oddawania władzy. W: J. M. Jaraczewska, M. Adamczyk-Zientara (red.), *Dialog motywujący. Praca z osobami uzależnionymi behawioralnie* (s. 31–52). Wydawnictwo Eneteia.
- Miller, W. R., Arkowitz, H. (2017). *Uczenie się dialogu motywującego, korzystanie z niego i rozszerzanie jego zastosowań*. W: H. Arkowitz, W. R. Miller, S. Rollnick (red.), *Dialog motywujący w terapii problemów psychologicznych*. Tłum. M. Kapera. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Miller, W. R., Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (wyd. 2.). The Guilford Press.
- Miller, W. R., Rollnick, S. (2014). *Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie*. Tłum. R. Andruszko. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Moćko, N., Węsierska, K. (2012). Wykorzystanie wideocoachingu w pracy nad emisją i ekspresją głosu. *Forum Logopedyczne*, 20, 168–178.
- Mróz, B. (2013) Znaczenie koncepcji potrzeb H. A. Murraya, R. M. Ryana i E. L. Deciego w badaniach obrazu siebie u kierowników wyższego szczebla. *Psychological Journal*, 19(2), 239–250. <https://doi.org/10.14691/CPJ.19.2.239>
- Murray, H. A. (1964). Próba analizy sił kierunkowych osobowości. W: J. Reykowski (red.), *Problem osobowości i motywacji w psychologii amerykańskiej* (s. 165–191). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ohlsson, A.-Ch., Dotevall, H., Gustavsson, I., Hofling, K., Wahle, U., Österlind, C. (2020). Voice therapy outcome. A randomized clinical trial comparing individual voice therapy, therapy in group and controls without therapy. *Journal of Voice*, 34(2), 303e17–303e.26. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2018.08.023>
- Portone, C., Johns, M., Hapner, E. (2008). A review of patient adherence to the recommendation for voice therapy, *Journal of Voice*, 22(2), 192–196. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2006.09.009>.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in modification of problems behaviors. *Progress in Behavior Modification*, 28, 184–218.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., DiClemente, C. C. (1994). *Changing for good: A revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward*. Avon Books.
- Ralph, J. B. (1960). Determinants of motivation in speech therapy. *Journal of Speech-Language & Hearing Disorders*, 25(1), 13–17. <https://doi.org/10.1044/jshd.2501.13>
- Rowicka, M. (2015). Uzależnienia behawioralne. W: J. M. Jaraczewska, M. Adamczyk-Zientara (red.), *Dialog motywujący. Praca z osobami uzależnionymi behawioralnie* (s. 53–72). Wydawnictwo Eneteia.
- Ryan, R. M., Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78.
- Sansone, C., Harackiewicz, J. M. (1996). “I don’t feel like it”. The function of interest in self-regulation. W: L. L. Martin, A. Tesser (red.), *Interactions among goals, affect, and self-regulation* (s. 175–202). Lawrence Erlbaum.
- Sęk, H. (2004). Wypalenie zawodowe u nauczycieli. Uwarunkowania i możliwości zapobiegania. W: H. Sęk (red.). *Wypalenie zawodowe* (s. 149–167). Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Simberg, S., Sala, E., Tuomainen, J., Sellman, J., Rönnekaa, A.-M. (2006). The effectiveness of group therapy for students with mild voice disorders. A controlled clinical trial. *Journal of Voice*, 20(1), 97–109. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2005.01.002>
- Simon, G. E., Ludman, E. J., Tutty, S., Operskalski, B., Von Korff, M. (2004). Telephone psychotherapy and telephone care management for primary care patients starting antidepressant treatment: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 292, 935–942.
- Skarżyńska, K. (2004). Poszukiwać przyjaciół czy zdobywać majątek? Cele życiowe a zadowolenie z życia. *Roczniki Psychologiczne*, 7, 7–31.
- Smith, B., Kempster, G. B., Sims, H. S. (2010). Patient factors related to voice therapy attendance and outcomes. *Journal of Voice*, 24(6), 694–701. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2009.03.004>
- Stemple, J. C., Hapner E. R. (2019). *Voice therapy: Clinical case Studies*. Plural Publishing.
- Stoner, J. A. F., Wankel, C. (1996). *Kierowanie*. Tłum. A. Ehrlich. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Strecher, V. J., Seijts, G. H., Kok, G. J., Latham, G. P., Glasgow, R., DeVellis, B., Meertens, R. M., Bulger D. W. (1995). Goal setting as a strategy for health behavior change. *Health Education Quarterly*, 22, 190–200. <https://doi.org/10.1177/109019819502200207>
- Szulawski, M. (2017). Pozafinansowe metody motywowania pracowników – ujęcie perspektywy teorii autodeterminacji. *Edukacja Ekonomistów i Menedżerów*, 44(2), 69–82. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0010.5939>
- Walencik-Topiłko, A. (2005). Ćwiczenia wstępne w terapii logopedycznej. W: T. Gałkowski, E. Szełąg, G. Jastrzębowska (red.), *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki* (s. 303–327). Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego.
- Westra, H. A. (2016). *Dialog motywujący w terapii zaburzeń lękowych*. Tłum. A. Nowak. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Wiśniewska-Kin, M. (2011). Z obawy przed zmianą. O konstytuowaniu podstawowych pojęć wyznaczających sens życia w podręczniku i myśleniu dzieci. *Studia Pedagogiczne*, 64, 225–236.
- Witkowski, S. A. (2003). Prognozowanie sukcesów zawodowych na podstawie danych biograficznych. W: S. A. Witkowski (red.), *Psychologiczne wyznaczniki sukcesu w zarządzaniu* (t. 6, s. 239–250). Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Wojdyło, K., Retowski, S. (2012). Kwestionariusz Celów związanych z Osiągnięciami (KCO) – konstrukcja i charakterystyka psychometryczna. *Przegląd Psychologiczny*, 55(1), 9–28.
- Wojtowicz, E. (2014). Motywowanie do szczęścia poprzez wspieranie autonomii dziecka – perspektywa teorii autodeterminacji. *Kwartalnik Naukowy*, 3(19). <https://www.stowarzyszeniefidesratio.pl/Presentations0/04Wojtowicz.pdf>
- Van Voorhees, B. W., Fogel J., Pomper, B. E., Marko, M., Reid, N., Watson, N. (2009). Adolescent dose and ratings of an internet-based depression prevention program. A randomized trial of primary care physician brief advice versus a motivational interview. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 9, 1–19.
- Zajac, S. (2014). Wpływ motywowania pracowników na jakość i efektywność pracy w przedsiębiorstwie. *Prace Naukowo-Dydaktyczne PWSZ im. J. Pigoń w Krośnie*, 67, 185–202.
- Zimbardo, P., Johnson, R. L. McCann, V. (2010). *Psychologia. Kluczowe koncepcje* (t. 2). Tłum. M. Guzowska-Dąbrowska, J. Radzicki, E. Czerniawska. Wydawnictwo Naukowe PWN.