

Ervervet stamming

av Jenny Packer og Kirsten Howells

Denne artikkelen har som formål å oppsummere nåværende kunnskap om ervervet stamming, særlig med tanke på utredning, differensialdiagnostisering og behandling.

Innledning

Ervervet stamming kjennetegnes med senere debut av stammelignede talebrudd, typisk i voksen alder, uten eller tilsynelatende ikke tilknyttet utviklingsmessig stamming. Ervervet stamming kan oppstå ved:

- Bivirkning av legemidler
- Nevrogene tilstander, som traumatisk hjerneskade, hjerneslag, hjernesvulst eller Parkinsons sykdom
- Psykogene tilstander
- Simulering (simulering av symptomer for personlig gevinst)

For personer som opplever debut av stamming senere i livet, kan det være en stor utfordring å forstå og håndtere endret kommunikasjonsstil, egen og andres reaksjoner på dette, og mulige innvirkninger det kan ha på utdanning, arbeidsliv, hjemmeforhold og sosial omgang. I møte med logoped kan personen få informasjon, forståelse, oppfølging og støtte. Samtidig er det ikke alltid lett for logopeder å differensiere ulike typer ervervet stamming eller å differensiere ervervet stamming fra andre tilstander som kan føre til talebrudd. Dette er viktig, da det kan påvirke hvilke mål og tilnærmingen en velger i oppfølgingen.

Denne artikkelen har som formål å gi informasjon om og forslag til utredningsprosess, differensialdiagnostisering og behandlingselementer ved ervervet stamming.

Utredning

Grundig kartlegging er nødvendig for å differensiere ervervet stamming fra andre tilstander som kan føre til talebrudd, som for eksempel dyspraksi. Det er også viktig å skille ulike årsaker til ervervet stamming fra hverandre, da det kan virke inn på eventuell oppfølging. Gjennom kartleggingsprosessen samarbeider personen og logopeden for å beskrive og utforske vanskene og mulige årsaker til forandringer i taleflyten. Videre drøftes behov og mål for oppfølging, før aktuelle tilnæringer vurderes.

Basert på klinisk erfaring kan følgende elementer en anamnese bidra til diagnostisering og planlegging av eventuell behandling:

- Ønsker for oppfølgingen.
- Debut av talebrudd og utvikling av forandringer i taleflyt.
Begynte taleflytvansken gradvis eller plutselig? Finnes det andre sammenfallende symptomer? Har det vært tidligere episoder med forandret taleflyt?
- Mønster og variasjon i flyt og ikke-flyt.
- Personens antakelse om årsaken til endringene.
- Medisinsk bakgrunn (diagnoser, planlagte og gjennomførte medisinske undersøkelser og behandlinger, informasjon fra andre involverte fagpersoner).
- Legemidler og rusbruk, inkludert eventuelle forandringer i dosering og nylig innførte eller avsluttede legemidler.
- Sosiale aktiviteter og nettverk.
- Jobb og interesser.

Det er viktig å få innsikt i hvordan forandringene i taleflyten har hatt innvirkning på personens hjemmetilværelse, arbeidsliv og sosiale liv.

Kartlegging bør inkludere vurdering av de fysiske symptomene, som observasjon og beskrivelse av mønstre i flyt og ikke-flyt. I hvilke situasjoner opplever personen mer flyt? Oppstår talebruddene sjelden eller ofte? Oppstår bruddene i begynnelsen eller slutten av ord og setninger? Hvor mye fysisk strev følger med talebruddene? Er de fleste talebruddene stammelignende eller andre typer flytbrudd?

I differensialdiagnostisering er en bredere kartlegging av tale- og språkevner nyttig. Talebrudd kan for eksempel skyldes ordletingsvansker eller andre ekspressive vansker tilknyttet afasi, famlende artikulatoriske bevegelser tilknyttet dyspraksi, eller palilali (flere flytende repetisjoner av samme ord eller frase). Bruddene kan også skyldes vansker med igangsetting av bevegelser tilknyttet parkinsonisme eller andre tilstander (Lundgren, Helm-Estabrooks & Klein, 2010).

Dersom det ikke har blitt gjennomført av andre fagpersoner, er Mini Mental State Examination (MMSE) anbefalt som rutinemessig screeningtest av kognitiv funksjon (De Nil, Jokel & Rochon, 2007). Den norske versjonen, MMSE-NR3 (Strobel & Engedal, 2016), er enkel å bruke og gratis tilgjengelig på nett. Hvis ønskelig kan man drøfte med fastlegen om det er mest hensiktsmessig om logoped eller fastlege gjennomfører MMSE. Som med alle formelle kartleggingsverktøy er det viktig å ta i betraktning hvordan ufrivillige talebrudd kan virke inn på personens evne og vilje til å svare på spørsmål.

Det er viktig å forstå hvordan personen opplever talebruddene og hvilken innvirkning det har på dagliglivet. Vurderingsskalaer, beskrivelser og spørsmålsskjemaer om den subjektive opplevelsen av taleflytvansken er nyttig. Dette kan hjelpe personen til å bli mer bevisst egne erfaringer, tanker og følelser rundt vansken, samt være et referansepunkt for senere sammenligning. Relevante spørsmålsskjemaer kan blant annet være WASSP (Wright & Ayre Stuttering Self-Rating Profile) (Wright & Ayre, 2000) og OASES (Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering) (Yaruss & Quesal, 2006), som begge er tilgjengelige på norsk.

Informasjon og tilbakemeldinger fra nærpåsoner (partner, voksne barn, venner osv.) kan gi kunnskap om hvor mye innsikt personen har i egen taleflytvanske, grad av innvirkning på dagliglivet og alvorlighetsgrad av endringene. Hvis personen oppfatter de synlige, hørbare talebruddene som svært alvorlige, men nærpåsoner oppfatter dem som svært milde, kan en

vurdere desensitiseringsarbeid som et ledd i oppfølgingen. Alternativt kan man vurdere om det er relevant å undersøke kognitiv funksjon dersom personen virker lite bevisst på endringer i taleflyten som andre oppfatter som svært alvorlig. Dette fordi en reduksjon i kognitive ferdigheter kan virke inn på evnen til å håndtere informasjon i oppfølgingen, og kan derfor påvirke valg av tilnærming.

Andre elementer i kartleggingen kan variere avhengig av personlige mål for behandling. Det er derfor viktig at vedkommende får anledning til å sette ord på personlige mål og beskrive håp for samarbeidet med logopeden.

Utvikling av hypoteser tilknyttet ervervet stamming

Basert på kartleggingsfunn kan logopeden og personen samarbeide for å utvikle hypoteser om taleflytvanskens art og årsak, som deretter virker inn på oppfølging og tiltak. Nedenfor beskrives ulike hypoteser tilknyttet talemønstre som regnes som stammelignende. Imidlertid anerkjennes det at litteraturen om ervervet stamming er sparsom. Mange relevante artikler baserer seg kun på kasusstudier, sannsynligvis som følge av at symptomene varierer i stor grad fra person til person. I tidligere litteratur var det hypoteser om at forskjellige typer stamming (f.eks. utviklingsmessig kontra ervervet, eller ervervet nevrogen kontra ervervet psykogen) kunne differensieres basert på ulike talemønstre og reaksjoner under visse kartleggingsoppgaver. Nyere forskning indikerer derimot at disse mønstrene ikke er pålitelige. I stedet virker det som variasjon i symptomer blant personer med samme etiologi er vanlig, mens lignende talemønstre er blitt observert tilknyttet en rekke forskjellige tilstander eller med skader i ulike områder i hjernen (Krishnan & Tiwari, 2013; Chang, Synnestvedt, Ostuni & Ludlow, 2010; Lundgren et al., 2010; De Nil, et al., 2007). En kan dermed konkludere med at ulike typer stamming – utviklingsmessig, ervervet nevrogen og ervervet psykogen – ikke nødvendigvis kan differensieres kun basert på talesymptom. Under følger en oversikt over mulige hypoteser om hva taleflytvanskens art og årsak kan være.

Gjenetablering eller forverring av utviklingsmessig stamming

Gjenetablering av utviklingsmessig stamming som har vært fraværende i flere år, kan gi lignende opplevelse som ved ervervet stamming, fordi det stiller samme krav til å håndtere og tilpasse seg nye emosjoner og reaksjoner i samtaler og sosiale sammenhenger. I tilfeller hvor det foreligger usikkerhet om tidligere episoder med taleflytvansker, kan det være nyttig å vurdere om personen har en konstitusjonell sårbarhet for utvikling av stamming.

Bivirkning av medikamenter

I litteraturen rapporteres det sporadisk om stamming i tilknytning til bruk av forskjellige legemidler (Alpaslan, Coşkun, Kocak & Gorücü, 2015; Grover, Verma & Nebhinani, 2012; Margetić, Aukst-Margetić & Krajinović, 2009; Aukst-Margetić & Margetić, 2008; Lebrun, 1992). Hvis personen nylig har begynt med nye medikamenter eller har justert dosering av eksisterende medikamenter, bør en undersøke om det er registrert mulige koblinger mellom legemiddelet og taleflytvansker. Hvis du mistenker at medikamentet og endret taleflyt er relatert til hverandre, bør dette drøftes med vedkommende og fastlegen. Hvis sammenhengen bekreftes, er det mulig det finnes alternative medikamenter, eller at justert dosering kan føre til lindring av symptomene. Det kan likevel hende at det ikke finnes alternativer, da medisinerings ofte innebærer å finne en balanse mellom primære effekter og bivirkninger. Eventuelle endringer i taleflyt må i slike saker muligens nedprioriteres til fordel for andre helsegevinster.

Ervervet nevrogen stamming

Informasjon fra kartlegging kan gi indikasjoner på at stammingen skyldes nevrogene endringer. Dette inkluderer diagnoser som epilepsi, hjernesvulst, hjerneslag, eller en progredierende tilstand som for eksempel Parkinsons sykdom. Stamming har også blitt registrert i forbindelse med hjernerystelser (Cherry & Gordon, 2017), spesielt i tidlig fase, men det virker mindre sannsynlig at stamming vedvarer i slike tilfeller (Binder, Spector & Youngjohn, 2012). Taleendringer kan av og til være første tegn på nevrogene forandringer eller sykdom. Noen ganger er logoped den første fagpersonen som evaluerer symptomene og lytter til vedkommendes bekymringer. Derfor er det avgjørende å undersøke muligheten for nevrologiske forandringer, med mindre logoped vet at forandringene i taleflyten skyldes en preeksisterende nevrogen tilstand. Hvis ingen slik diagnose eller relevante undersøkelser er rapportert under anamnesen, er det viktig at logoped, i samråd med klienten, informerer fastlegen, som deretter avgjør

behov for nevrologisk evaluering. Informasjon til fastlegen og vurdering av nevrologisk evaluering er spesielt viktig hvis symptomene nylig har kommet til syne, og hvis personen ikke allerede har drøftet dem med fastlegen. Dette bør gjøres på en skånsom måte for å hindre at personen blir bekymret uten grunn. Man kan fortelle om mulige årsaker til endring i taleflyt, og at det er tydelig at noe har forandret seg. Blant annet er det derfor viktig å finne ut om symptomene kan knyttes til eventuelle endringer i hjernefunksjon. Under følger et eksempel på hvordan man kan formulere seg:

«Taleflytvansker oppstår først, generelt sett, i barndommen. For deg har taleflytvansken begynt senere og vi vil finne ut hvilke faktorer som kan spille inn, slik at vi kan identifisere de beste strategiene og tilnærmingene for deg. Når taleflyten forandrer seg for en voksen, er det flere mulige årsaker, og en er at det kan speile fysiske endringer i kroppen. Dette er grunnen til spørsmålene om legemidler og helsediagnoser osv. som jeg stilte tidligere. Et annet område vi bør kontrollere, er om det kan ha skjedd eventuelle endringer i måten hjernen din fungerer på, og som virker inn på talen din. Dette er ikke mitt kompetanseområde, og jeg vil derfor gjerne ta kontakt med fastlegen din og be hen vurdere om det er noe som bør undersøkes videre».

Behandling kan komme i gang samtidig som eventuelle nevrologiske undersøkelser er underveis. Den kan senere justeres ut fra eventuelle funn fra undersøkelsene som virker inn på avgjørelser omkring videre oppfølging. Funnt fra språk- og talekartlegging kan hjelpe legene ved at det kan avdekke eventuelle svake eller endrede ferdigheter.

Ervervet psykogen stamming

Av og til kan ervervet stamming ha en psykogen heller enn en fysisk årsak. Noen ganger er det tydelig at stammingen har blitt utløst av en spesiell hendelse, for eksempel en traumatisk opplevelse. Andre ganger gis diagnosen som følge av en elimineringsprosess etter at andre mulige årsaker er utelukket. Ward (2010) foreslår at faktorer knyttet til debut av psykogen stamming kan være stress, angst, eller begge kombinert. Vedkommendes oppfatning av stress står sentralt, og Baumgartner og Duffy (1997) foreslår at dette bør betraktes som et viktig element i diagnosen. Det er imidlertid viktig å huske at en tilsynelatende psykogen taleflytvanske *kan* være første tegn på nevrologiske endringer. Det er også mulig at psykogen stamming oppstår i tillegg til nevrologiske vansker, som en psykisk respons på fysiske endringer.

Bevismengden er begrenset, men Baumgartner og Duffy (1997, s. 83) hevder at visse trekk oppstår oftere i ervervet psykogen stamming enn i utviklingsmessig eller ervervet nevrogen stamming. Disse trekkene er:

- Atypisk språkbruk, med uvanlige grammatiske formuleringer, som f.eks. «Meg blir syk».
- Atypiske talebrudd, f.eks. usedvanlig høyt antall repetisjoner av hver stavelse.
- Medbevegelser som er atypiske med tanke på enten arten eller sværhetsgrad, f.eks. armrystelser eller ekstreme ansiktsgrimaser.
- Rask forbedring innen 1–2 behandlingstimer.

I kartlegging kan overnevnte trekk bidra til diagnostisering, men det er viktig å vurdere dette med forsiktighet. Selv om noen personer med psykogen stamming kan ha disse trekkene, er det mange som ikke har det. Symptomene ved psykogen stamming er høyst reelle, uavhengig av om de opptrer isolert eller sammen med andre utfordringer. Det vil si at det er behov for oppfølging på lik linje med andre taleflytvansker.

Simulering

Simulering er beskrevet i flere helsemiljøer og med dette menes at personen bevisst simulerer eller overdriver symptomer for personlig gevinst. Mulig gevinst inkluderer blant annet at personen unngår arbeid, kriminell forfølgelse, militærtjeneste, eller oppnår erstatningskrav eller legemidler (Martin & Schroeder, 2015). I litteraturen finnes det sporadiske rapporter om personer som bevisst simulerer eller overdriver stammelignende talebrudd for å oppnå personlig gevinst.

Binder et al. (2012) beskriver tre kasus hvor ervervet stamming, sammen med andre symptomer, muligens var simulert i forbindelse med søksmål om personskade eller erstatningskrav. De beskriver mønstre i symptomene, samt en rekke kartleggingsverktøy som ble brukt i evalueringen. I ett av kasusene beskrives en kvinne som satte i gang rettsak etter en mindre trafikkulykke. Fem dager etter ulykken rapporterte hun om smerter i rygg og nakke, de neste to årene rapporterte hun om stadig nye og mer alvorlige symptomer. Symptomene inkluderte stamming, avvikende gange, unormal ansiktsfølelse (delt på vannrett heller enn loddrett plan, som er atypisk), og atypiske

ekspresive språkvansker. En fant ingen fysiske endringer som kunne forklare symptomene. Det ble tatt i bruk flere nevropsykologiske tester som blant annet målte fingerferdigheter, grepsstyrke, årvåkenhet og korttidsminne. Alle resultatene pekte mot simulering og forfalskning av symptomer. Videre ble det beskrevet funn som ikke hang sammen med hennes evne til å gjennomføre hverdagslige aktiviteter, som for eksempel å åpne dører og å bruke tastatur.

Det er viktig at fagpersoner forsøker å differensiere simulering fra reell psykogen stamming. Differensialdiagnostisering er likevel en kompleks prosess, og simulering kan opptre sammen med ekte symptomer, vansker og bekymringer. Hvis du mistenker simulering er videre henvisning til psykolog passende, spesielt da noen nevropsykologiske undersøkelser kan bidra til differensialdiagnostisering.



Logopedisk oppfølging

Det finnes lite forskning på behandling for ervervet stamming. De Nil et al. (2007) anerkjenner at tilnærminger som tradisjonelt brukes i utviklingsmessig stamming ofte er det første alternativet foretrukket av logopeder i møte med personer med ervervet stamming. Likevel finnes det lite evidens som bekrefter eller avkrefter om dette valget er vellykket eller ikke. Logopeden kan trekke inn alle tilnærminger som brukes ved utviklingsmessig stamming, men bør vurdere hvilke tilnærminger som virker mest passende med tanke på vedkommendes mål og ønsker, årsak og mønster, samt hvilken innvirkning stammingen har på personen. Stammemodifisering, flytskaping, tekniske hjelpemidler slik som DAF (Delayed Auditory Feedback)/FAF (Frequency Altered Feedback), kognitiv atferdsterapi og løsningsfokusert terapi er et utvalg av hva slags muligheter som finnes. For en nærmere beskrivelse av disse, se Hoff, Ingebrigtsen, Olsen og Melle (2019) om taleteknikker; Melle, Howells, Dalby, Heitmann og Sjøstrand (2016), Heitmann et al. (2010) og Lincoln, Packman og Onslow (2006) om DAF/FAF; og Bjørvik og Ingebrigtsen (2019) om psykoterapeutiske tilnærminger.

Valg av tilnærming og tiltak baseres på hypotesen som er utarbeidet i kartleggingsfasen. Under innledende samtale om oppfølging bør logopeden drøfte hypotesen, begrunnelsen og forslag til tilnærming med personen selv, og oppfordre hen til å dele sine tanker. Som De Nil et al. (2007) påpeker har personer med ervervet stamming uavhengig av årsak, på lik linje med personer med utviklingsmessig stamming, rett til de beste og evidensbaserte tilnærmingene.

Innholdet i samtalen vil variere avhengig av hypotese, eventuell underliggende helsetilstand og årsaksfaktorer knyttet til forandringer i taleflyt. Formålet med behandling kan være å hjelpe personen med å venne seg til et liv med stamming hvis opphør av talebrudd ikke er et realistisk mål. Det er en god investering å bruke tid på å bygge opp en god relasjon og bli enig om felles mål, da dette er viktig for fremgang i behandling. Når du mistenker simulering eller når hypotesen gjelder ervervet psykogen taleflytvanske som nylig har oppstått, kan en tilpasse samtalen. Dette fordi økt bevissthet om den ikke-fysiske årsaken til taleflytvansken kan hemme behandlingseffekten for noen personer.

Oppfølgingselementer relatert til spesifikke typer ervervete taleflytvansker er skissert nedenfor. En del litteratur har kun oppmerksomhet rettet mot talesymptomer, men vår mening er at ervervet stamming kan utløse en dramatisk endring i selvbilde og kommunikasjonsstil som virker inn på personen og hans miljø. Av den grunn anbefaler vi en helhetlig tilnærming som inkluderer å gi informasjon, utvikle mestrings- og kompenserende strategier, beslutningspåvirkning og desensitivering for både vedkommende og hans samtalepartnere. Nettverksbygging er også et oppfølgingselement som kan vurderes for personer med ervervet stamming (med unntak av de som simulerer stammingen). Flere studier har vist verdien av samspill og nettverk mellom personer som stammer (Boyle, 2013; Trichon & Tetnowski, 2015). Disse studiene har satt søkelyset på personer med utviklingsmessig stamming, og det er derfor ikke tydelig i hvilken grad funnene gjelder personer med ervervet stamming. Det kan imidlertid være gunstig for personen å oppleve at "jeg er ikke alene". Mulighet for å møte andre bør introduseres forsiktig, når personen er i gang med å bearbeide sin identitet som en person med stamming. Den første kontakten kan være med andre personer med ervervet stamming, og senere med personer med utviklingsmessig stamming.



Oppfølging ved gjenetablering eller forverring av utviklingsmessig stamming

Se andre artikler i denne samlingen som omtaler oppfølging for utviklingsmessig stamming.

Oppfølging ved bivirkning av legemidler

Når stamming eller andre taleflytvansker skyldes bivirkning av legemidler, og medikamenter og dosering ikke kan justeres, kan økt kunnskap og forståelse, desensivering og aksept av forandret taleflyt stå sentralt i den tidlige fasen av oppfølgingen. Hvis personen ønsker det, kan en informere familie, venner og kollegaer slik at de får bedre forståelse for forandringene, og gi dem råd om hvordan de fortsatt kan være gode samtalepartnere.

Oppfølging ved nevrogen taleflytvanske

Når det gjelder nevrogene taleflytvansker blir oppfølging påvirket av underliggende tilstander. Hvis kartleggingen for eksempel har påvist underliggende formulerings- eller ordletingsvansker tilknyttet afasi, eller koordineringsvansker tilknyttet dyspraksi, er det disse områdene som blir fokuset fremfor taleflyten. I situasjoner hvor vansken kan beskrives som stamming, bør man ta sikte på en helhetlig tilnærming som inkluderer personens tanker, holdninger og følelser til egen kommunikasjonsevne, og ikke kun fokuserer på reduksjon av stammingsens fysiske symptomer. Type tilnærming ved nevrogen stamming blir sannsynligvis valgt på bakgrunn av en prøve- og feilsøkningsprosess for å utforske det som har best effekt for den enkelte (De Nil et al., 2007). Den underliggende neurologiske tilstanden må imidlertid tas med i vurderingen når en velger de ulike elementene i oppfølging.

I en undersøkelse av logopeder i Tyskland (König, 2013), rapporterte flertallet at de bruker en helhetlig tilnærming i arbeid med personer med ervervet nevrogen stamming. De inkluderte bevisst elementer som angstreduksjon og rådgivning til slektninger. Når det gjelder direkte arbeid med talebrudd ble flytskapende strategier, som senket talehastighet og rytmisk tale, oftest tatt i bruk, etterfulgt av myk start. Blant faktorer som virket å hemme muligheten for fremgang i både psykososiale opplevelser og talesymptomer, var dårlig helse og lav motivasjon for behandling.

Forfatteren av undersøkelsen konkluderte med at lignende metoder som de som brukes ved utviklingsmessig stamming kan brukes i oppfølging med personer med ervervet nevrogen stamming, og videre at en kombinasjon av ulike tilnærminger og teknikker kan brukes.

Oppfølging ved psykogen stamming

Litteratur relatert til psykogen stamming er begrenset. Hvis anamnesen indikerer en tilsynelatende tydelig forbindelse med en nylig opplevd traumatisk opplevelse eller en langsiktig emosjonell belastning, er det mulig at talevansken vil opphøre hvis og når det underliggende problemet blir mindre belastende. Mahr og Leith (1992) beskriver et tilfelle av ervervet psykogen stamming hvor personen levde i et vanskelig og belastende parforhold. Stammingen opphørte da hen klarte å akseptere at forholdet var slutt og startet skilsmisseprosessen. For personer med ervervet psykogen stamming bør en derfor vurdere videre henvisning til psykolog, muligens sammen med logopedisk oppfølging, blant annet for å desensibilisere personen for stammingen.

Baumgartner og Duffy (1997) hevder at noen personer med psykogen stamming kan oppleve betydelig forbedring av symptomer i løpet av 1–2 behandlingstimer, spesielt hvis behandlingen finner sted i tidlig fase. Når hypotesen er psykogen stamming kan de to første behandlingstimene derfor brukes som et ledd i diagnostiseringsprosessen.

Duffy (1995) foreslår at tiltak for psykogen stamming kan ligne tiltak for psykogene stemmevansker, med oppmerksomhet på å redusere overdreven kroppsspenning. Dette fordi redusert kroppsspenning for noen kan føre til reetablering av vanlig taleflyt (Ward, 2010). Duffy (1995, s.451–453) beskriver relevante tiltak trinn for trinn: (1) identifisere eventuelle overdrevne spenninger i ulike deler av kroppen; (2) fortelle personen at talebruddene delvis speiler kroppsspenningen; (3) jobbe for å være bevisst på og redusere spenningen i én kroppsdel; (4) be personen lage en talelyd (f.eks. en forlenget vokal) uten spenning i den kroppsdel; (5) når en lyd kan lages uten overdreven spenning, fortsetter man med ord, fraser og setninger; (6) hvis nødvendig gjenta prosessen fra 3–5 relatert til spenning i en annen kroppsdel; (7) hvis personens tale er blitt flytende men monoton, jobbe for å leke med stemmen. Se Duffy (1995) (s.451–453) for forslag til hvordan elementene ovenfor kan utvikles og justeres for den enkelte.

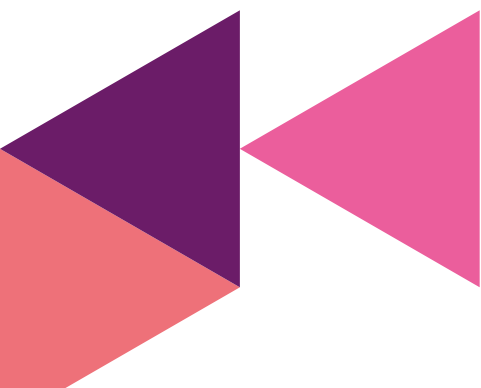
Ward (2012) foreslår tilnærminger som fokuserer på forandring, både fysisk og emosjonelt. En positiv holdning, optimisme og tillit i prosessen, kombinert med intensiv oppfølging, som inkluderer avspenning og regelmessige øvelser, kan være hensiktsmessig.

Logopedens væremåte kan spille en viktig rolle for denne gruppen, blant annet ved å forsikre vedkommende om at symptomene tas på alvor uavhengig av om det foreligger en fysisk årsak til talevansken eller ikke. Det finnes like fullt en risiko for at angst relatert til manglende forklaring for vansken kan bli en opprettholdende faktor for atferden. Da er det fare for at et syklisk mønster som forbinder stress, angst og stamming utvikler seg (Ward, 2010).

Klinisk erfaring tilsier at det er nyttig å etablere en tidsramme for aktiv behandling der målet er opphør eller betydelig forbedring av de fysiske symptomene. Hvis de første målene ikke oppnås, kan justering av oppfølgingsmålet til «å leve godt med stamming» drøftes og passende tilnærminger tas i bruk.

Oppfølging ved sannsynlig simulering

Hvis utredningen indikerer simulering bør man helst unngå å investere for mye tid og ressurser på vedkommende for å unngå å forsterke simuleringen. En mulighet er å vise frem evidensen for personen og forklare at talebruddene ikke ligner et mønster som er typisk for ervervet stamming. Samtidig er det viktig å prøve å forstå hvorfor personen simulerer, helst i samarbeid med psykolog eller andre fagpersoner. Dette for å identifisere eventuelle reelle behov som kan imøtekommes (Martin & Schroeder, 2015). Balfour (referert i McKnight, 2016) foreslår at fagpersonen kan si «Jeg føler ikke at jeg får den hele historien» eller lignende for å trekke ut mer informasjon fra vedkommende. Da kan alternative muligheter for å håndtere utfordringene utforskes (Malone & Lange, 2007).



Oppsummering

Dette kapitlet har fremhevet elementer som kan undersøkes og vurderes når logopeden møter personer med ervervet stamming. Relevante faktorer og tilnærminger er beskrevet. Selv om det ikke er mulig å beskrive en trinn for trinn-veiledning for denne gruppen, håper forfatterne at denne teksten vil hjelpe logopeder med å bygge en positiv terapeutisk relasjon med personer med ervervet stamming.



Litteraturliste

- Alpaslan, A.H., Coşkun, K.S., Kocak, U., & Gorücü, Y. (2015). Stuttering Associated With the Use of Short-Acting Oral Methylphenidate. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 35(6), 739–741.
- Aukst-Margetić, B. & Margetić, B. (2008). Stuttering as a side-effect of divalproex sodium. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(6), 748.
- Baumgartner, J. & Duffy, J.R. (1997). Psychogenic Stuttering in Adults With and Without Neurologic Disease. *Journal of Medical Speech-Language Pathology*, 5(2), 73–95.
- Binder, L.M., Spector, J. & Youngjohn, J.R. (2012). Psychogenic Stuttering and Other Acquired Nonorganic Speech and Language Abnormalities. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 27, 557–568.
- Bjørnvik, A. T. & Ingebrigtsen, A. (2019). Psykoterapeutiske tilnærminger i den logopediske oppfølgingen.
- Boyle, M.P. (2013). Psychological characteristics and perceptions of stuttering of adults with and without support group experience. *Journal of Fluency Disorders*, 38(4), 368–381.
- Chang, S-E., Synnestvedt, A, Ostuni, J. & Ludlow, C.L (2010). Similarities in speech and white matter characteristics in idiopathic developmental stuttering and adult-onset stuttering. *Journal of Neurolinguistics* 23, 455–469.
- Cherry, J.C. & Gordon, K.E. (2017). Stuttering as a symptom of concussion: Confirmation of association using non-traditional information sources. *Pediatric Emergency Care*, 33(11), 137–139.
- De Nil, L.F., Jokel, R. & Rochon, E. (2007). Etiology, symptomatology, and treatment of neurogenic stuttering. I E.G. Conture & R.F. Curlee (Red.), *Stuttering and Related Disorders of Fluency* (s.326–343). New York: Thieme.
- Duffy, J.R. (1995). *Motor Speech Disorders: Substrates, Differential Diagnosis, and Management*. Mayo Foundation.
- Grover, S., Verma, A.K. & Nebhinani, N. (2012). Clozapine-induced stuttering: a case report and analysis of similar case reports in the literature. *General Hospital Psychiatry*, 34, 703.e1-703.e3.
- Heitmann, R. R., Bjørnerud, B., Einarsen, A. C., Narmo, A. N., Kravik, K. G., Ingebrigtsen, A., & Hovd, T. (2010). DAF-og FAF-funksjonene i stammebehandling med utgangspunkt i SmallTalk. *Norsk tidsskrift for logopedi*, 1/2010, 15–19. https://norsklogopedlag.no/Userfiles/Upload/Files/DAF_og_FAF_0110.pdf

- Hoff, K., Ingebrigtsen, A., Olsen, T. & Melle, A. H. (2019). Flytskapende og stamme-modifiserende tilnærminger.
- Krishnan, G. & Tiwari, S. (2013). Differential diagnosis in developmental and acquired neurogenic stuttering: Do fluency-enhancing conditions dissociate the two? *Journal of Neurolinguistics*, 26, 252–257.
- König, K. (2013). Possibilities in Neurogenic Stuttering Treatment. Hentet fra http://www.ecsf.eu/userfiles/files/Koenig_Kathrin_Neurogenic_Stuttering.pdf
- Lebrun, Y. (1992). Stuttering and epilepsy. *Journal of Neuro-linguistics*, 6(4), 433–444.
- Lincoln, M., Packman, A., & Onslow, M. (2006). Altered auditory feedback and the treatment of stuttering: A review. *Journal of Fluency Disorders*, 31(2), 71–89.
- Lundgren, K., Helm-Estabrooks, N., & Klein, R. (2010). Stuttering following acquired brain damage: A review of the literature. *Journal of neurolinguistics*, 23(5), 447–454.
- Mahr, G., & Leith, W. (1992). Psychogenic stuttering of adult onset. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 35(2), 283–286.
- Malone, R. & Lange, C.L. (2007). A Clinical Approach to the Malingering Patient. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 35(1), 13–21.
- Margetić, B., Aukst-Margetić, B. & Krajinović, B. (2009). A Case of Stuttering During Treatment with Levomepromazine. *Psychopharmacology Bulletin*, 42(1), 8–10.
- Martin, P.K. & Schroeder, R.W. (2015, okt. 30). Challenges in Assessing and Managing Malingering, Factitious Disorder, and Related Somatic Disorders. Hentet fra <http://www.psychiatrictimes.com/special-reports/challenges-assessing-and-managing-malingering-factitious-disorder-and-related-somatic-disorders>
- McKnight, W. (2016, okt. 28). Reframing views of patients who malingering advised. Hentet fra <https://www.mdedge.com/psychiatry/article/116674/practice-management/reframing-views-patients-who-malinger-advised>
- Melle, A.H., Howells, K., Dalby, M., Heitmann, R.R. & Sjøstrand, Å. (2016). Hvordan kan logopeder inkludere tekniske hjelpemidler i oppfølgingen av personer med taleflytvansker? *Norsk tidsskrift for logopedi*, 1/2010, 6–9. https://norsklogopedlag.no/Userfiles/Upload/files/Logopeden_1-16_final.pdf

- Strobel, C. & Engedal, K. (2016). Norsk revidert mini mental status evaluering (MMSE-NR). Norsk Helseinformatikk. Hentet fra <https://nhi.no/skjema-og-kalkulatorer/skjema/geriatripleie/mmse-nr2-mms-norsk-revisjon/>
- Trichon, M., & Tetnowski, J. (2015). Self-Help Conferences and Change in the Experience of Stuttering: Preliminary Findings and Implications for Self-Help Activities. I Proceedings of the Tenth World Congress, 6–8 July, 2015, Lisbon, Portugal. The International Fluency Association.
- Ward, D. (2010). Sudden onset stuttering in an adult: Neurogenic and psychogenic perspectives. *Journal of Neurolinguistics*, 23, 511–517.
- Wright, L. & Ayre, A. (2000). *The Wright & Ayre Stuttering Self-rating Profile*. Winslow.
- Yaruss, J.S. & Quesal, R.W. (2006). Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES): documenting multiple outcomes in stuttering treatment. *Journal of Fluency Disorders*, 31(2), 90–115.



