

Rozdział 18

Kirsten Howells, Jenny Packer

Jąkanie nabyte: diagnostyka różnicowa, zagadnienia terapeutyczne i możliwości wsparcia

Wstęp

Charakterystyczną cechą jąkania nabytego jest późniejsze wystąpienie niepełności podobnych do jąkania, które najprawdopodobniej nie są powiązane z jąkaniem rozwojowym i mogą ujawnić się nawet wtedy, gdy dana osoba wcześniej go nie doświadczyła. Bywa to warunkowane:

- skutkami ubocznymi leków;
- czynnikami neurogennymi, takimi jak uraz głowy, udar mózgu, guz lub choroba Parkinsona;
- czynnikami psychogennymi, w tym zespołem stresu pourazowego;
- symulowaniem objawów jąkania dla osobistego zysku.

Celem niniejszego rozdziału jest podsumowanie aktualnej wiedzy i obserwacji z zakresu diagnostyki jąkania nabytego, jak również rozważenie możliwości terapeutycznych w tym polu się mieszczących. Kluczowe terminy, definicje, listę pytań sprawdzających i lektur zalecanych jako uzupełnienie podejmowanej problematyki zestawiono na końcu opracowania.

Czynniki, które należy rozważyć podczas diagnozy różnicowej

Istnieje wiele przyczyn jąkania nabytego. Z tego właśnie powodu warto zachować szczególną uważność, ponieważ wszelkie z góry przyjęte założenia mogą mieć wpływ na dalsze postępowanie terapeutyczne i na nasze decyzje. Jąkanie nabyte bywa zagadką, która może wymagać niemal detektywistycznej pracy – zarówno ze strony logopedy, jak i klienta; praca ta ma na celu postawienie diagnozy różnicowej.



Jak dotąd przeprowadzono niewiele badań na temat jąkania nabytego (Cruz i in., 2018). Wiele istotnych publikacji opisuje tylko studia przypadków. Do niedawna w literaturze przedmiotu zwracano uwagę, że różne typy jąkania (np. rozwojowe lub nabyte, nabyte neurogenne lub nabyte psychogenne) mogą być rozpoznawane w efekcie różnicowania wzorców objawów jąkania; o właściwej kwalifikacji określonego zaburzenia płynności mowy ma decydować również wywiad z jąkającym się. Niektórzy autorzy przedstawiają tabele bądź listy, które wskazują, jakie zachowania związane z jąkaniem są charakterystyczne dla jąkania nabytego, a jakie dla rozwojowego. Najnowsze badania dowodzą jednak, że schematy podawane we wcześniejszych publikacjach nie są wiarygodne. Podczas gdy heterogeniczność objawów występujących u osób o tej samej etiologii jąkania wydaje się częsta, podobne schematy jąkania mogą współwystępować z szeregiem nabytych schorzeń albo mogą być wywoływane przez zmiany neurologiczne (Chang i in., 2010; De Nil i in., 2007; Krishnan, Tiwari, 2013; Lundgren i in., 2010).

Podsumowując, jąkanie rozwojowe oraz różne rodzaje jąkania nabytego niekoniecznie da się różnicować wyłącznie na podstawie objawów utrwalonych w mowie. Niemniej jednak ocena objawów jest niezbędna do postawienia hipotezy dotyczącej przyczyn/y jąkania, przekłada się ponadto na dobór strategii wsparcia osoby z niepłynnością i/lub odpowiedniej terapii jąkania.

Ewaluacja/ocena jąkania nabytego

Dokonując oceny jąkania, klient i terapeuta współpracują ze sobą. Badają charakter i przyczyny zmian w płynności (diagnoza różnicowa), decydują też, czy terapia jest uzasadniona, uzgadniają jej cele oraz omawiają metody.

Wywiad

Zróznicowany charakter jąkania nabytego sprawia, że zebranie rzetelnych informacji jest podstawą pracy logopedycznej. Informacje te będą mieć prawdopodobnie znaczący wpływ na hipotezę, co mogło spowodować jąkanie oraz jaka terapia, jakie metody wsparcia będą w rozważanym przypadku odpowiednie. Jest to fundament, na którym terapeuta i jego klient zaczynają budowę planu zarządzania jąkaniem, a także samej terapii. Aby ułatwić diagnozę czy projektowanie dalszych kroków w odpowiedniej interwencji w jąkaniu (lub po prostu wsparcia), wywiad powinien zawierać następujące elementy:

- ustalenia co do oczekiwań danej osoby wobec logopedy;
-

- informacje o początku i rozwoju zmian w płynności mówienia (np. stopniowy lub nagły początek; objawy, które pojawiły się w tym czasie; historia jąkania rozwojowego; wcześniejsze epizody związane z niepłynnością mowy);
- konkluzje na temat wzorców i różnic w płynności i niepłynności;
- przekonania klienta na temat powodów zmian w płynności;
- historię przebytych przez klienta chorób, w tym diagnozy, planowane albo zakończone badania diagnostyczne oraz informacje o kontakcie z określonymi specjalistami/terapeutami;
- informacje o stosowanych lekach, o wszelkich zmianach w ich dawkowaniu, lekach nowo wprowadzonych u osoby jąkającej się lub wycofanych;
- dane dotyczące funkcjonowania jednostki w społeczeństwie, życia osobistego i zawodowego: zaangażowania w związki i zobowiązań rodzinnych, pracy, hobby, zainteresowań itd.

Gromadząc fakty związane z wyżej wymienionymi wątkami, terapeuta powinien być otwarty i bacznie wsłuchiwać się w to, co dana osoba mówi o tych aspektach życia. Chodzi o dostrzeżenie reakcji emocjonalnych, a także czynników, które być może przyczyniają się do zaistnienia jąkania.

Ocena

Ocena powinna zawierać ewaluację jąkania, w tym obserwację oraz opis typu płynności i niepłynności, a także podporządkowanych im wzorów. Odpowiedzieć powinniśmy np. na takie pytania, jak: czy jąkanie występuje rzadko, czy często; czy jest słyszalne na początku, w środku, czy na końcu wypowiedzianych słów i zdań; kiedy płynne mówienie jest łatwiejsze, a kiedy trudniejsze i jak wiele wysiłku fizycznego wiąże się z momentami niepłynności; czy niepłynności w dużym stopniu przypominają jąkanie; czy występują trudności w wydobywaniu słów, zaburzenia kinestezji artykulacyjnej lub trudności w tworzeniu wypowiedzi. Należy uwzględnić szeroko pojęte właściwości mowy/umiejętności językowe w celu zidentyfikowania wszelkich trudności bądź czynników, które mogą wpływać na stopień płynności. Niepłynności mogą być jednak związane z wydobywaniem lub produkcją słów w afazji, z zaburzeniami kinestezji artykulacyjnej w apraksji, z palilalią czy czuciem mowy w chorobie Parkinsona i innych schorzeniach pozapiramidowych (Lundgren i in., 2010).

Przydatne może być na tym etapie narzędzie przesiewowe do oceny otępień, potocznie zwane „mini-mental” (ang. *Mini Mental State Examination, MMSE*). Dostępna jest również jego polska wersja. Jeżeli wcześniej nie zostało ono wykorzystane przez innego specjalistę, należy go użyć; pozwoli to zbadać funkcje poznawcze jąkającego się (De Nil i in., 2007). Podobnie jak w przypadku wielu sformalizowanych narzędzi



ważne jest, aby sięgając po „mini-mental”, wziąć pod uwagę, jak mimowolne niepełności wpływają na umiejętność udzielania odpowiedzi na pytania.

Inne elementy oceny mogą się różnić w zależności od celów terapii, które ustalił klient. Cele i oczekiwania co do współpracy z terapeutą warto zatem doprecyzować. Logopeda powinien zadać poza tym klientowi zindywidualizowane pytania zmierzające do ustalenia, które aspekty jego życia zostały najbardziej dotknięte przez niepełność. Można zapytać np. o to, jak dana osoba wyobraża sobie swoją wymarzoną przyszłość; czy chciałaby pracować z publicznością, choć w tej chwili nie czuje się do tego zdolna; czy obecnie nakłania swojego partnera do zamawiania posiłków w restauracjach, ale w przyszłości chciałaby robić to sama. Rozmowa o tym, jak zmieniło się czyjeś życie od pojawienia się w nim jąkania, może pomóc terapeutcie lepiej zrozumieć potrzeby i życzenia danej osoby, z kolei doświadczającemu jąkania pomaga dookreślić swe osobiste zamierzenia.

W zrozumieniu okoliczności czy zachowań towarzyszących jąkaniu, jak również wpływu jąkania na codzienne życie pomagają wizualne skale analogowe, opisy i kwestionariusze dotyczące subiektywnych doświadczeń związanych z jąkaniem. Dzięki ich zastosowaniu klient zdaje relację ze swoich doznań, udziela wyjaśnień, to zaś stanowi istotny punkt odniesienia późniejszych porównań. Przykłady kwestionariuszy, które mamy na myśli, to WASSP (*Wright & Ayre Stuttering Self-Rating Profile*) (Wright, Ayre, 2000) oraz OASES (*Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering*¹) (Yaruss, Quesal, 2006). Kwestionariusz OASES jest dostępny w języku polskim; sądzimy natomiast, że pytania zaczerpnięte z WASSP także mogą zostać przetłumaczone i wykorzystane jako narzędzia badania nieformalnego. W toku porównań z wszelkimi danymi normatywnymi uzyskanymi z pomocą tych lub innych narzędzi należy jednak zachować ostrożność/rozważę, ponieważ zazwyczaj opracowane są one dla jąkania rozwojowego i nie można ich stosować w taki sam sposób w odniesieniu do jąkania nabytego.

Oprócz wyżej wymienionych metod można również użyć arkuszy ocen przygotowanych przez osoby bliskie klientowi, co pozwala zobaczyć, jakimi spostrzeżeniami dotyczącymi niepełności i jej wpływu na osobę, którą badamy, mogą się oni podzielić. Także i te informacje mogą posłużyć do ustalenia przyczyny jąkania nabytego, a następnie do opracowania propozycji interwencji lub badań kontrolnych. Weźmy pod uwagę następujące przykłady: jeżeli dana osoba postrzega stopień swojego jąkania jako bardzo wysoki, a jej bliscy postrzegają jąkanie jako łagodne, może to sugerować, że pomocna będzie desensytyzacja (odczulenie) jąkania. Jeśli jednak jąkający się odznacza się niskim poziomem świadomości na temat zachowań towarzyszących jąkaniu, natomiast osoby z jego otoczenia uważają jąkanie za nasilone,

¹ Polska nazwa kwestionariusza to *Całościowa ocena doświadczania jąkania przez mówiącego*.

wówczas rzutuje to na ocenę poziomu funkcjonowania poznawczego klienta i potencjalnie wpływa na jego zdolność do przetwarzania i przechowywania informacji podczas ewentualnego procesu terapeutycznego.

Formułowanie hipotez

Jak już wcześniej stwierdzono, jąkanie nabyte bywa powiązane z różnorodnymi przyczynami, a niejednokrotnie – z więcej niż jedną przyczyną. Właściwe ich rozeznanie pozwala na sformułowanie najlepszej hipotezy co do charakteru jąkania nabytego u danej osoby. W ten sposób można dokonać wyboru metod terapeutycznych, te zaś mogą być mniej lub bardziej odpowiednie w zależności od rodzaju nabytego jąkania oraz jego indywidualnych uwarunkowań. Zaznaczymy, że postawiona przez logopedę hipoteza może ulec weryfikacji, ponieważ wraz z upływem czasu poszerza on swoją wiedzę o jąkaniu klienta (wiedzę tę pogłębia zresztą także klient). Potencjalne hipotezy możliwe do rozważenia przez logopedę przedstawiono poniżej.

Nawrót lub nasilenie się jąkania rozwojowego?

Do doświadczenia osoby z jąkaniem nabytym może być podobny nawrót jąkania rozwojowego, które nie objawiało się przez wiele lat. Osoba, u której zachodzi taki proces, dostosowuje się w ramach komunikowania do nowych wrażeń, emocji i reakcji. Nawet gdy wstępny rekonesans nie potwierdza wcześniejszego pojawienia się jąkania rozwojowego lub wskazuje na brak pewności w tej kwestii, pomocne może być poproszenie klienta o to, by sprawdził, czy nie jąkał się jako dziecko.

Skutki uboczne leków

Sporadycznie pojawiają się artykuły naukowe wiążące występowanie jąkania z różnymi substancjami farmaceutycznymi (Aukst-Margetić, Margetić, 2008; Grover i in., 2012; Alpaslan i in., 2015; Lebrun, 1992; Margetić i in., 2009; Norman i in., 2018). Są to np. niektóre leki przeciwdepresyjne, przeciwpadaczkowe i neuroleptyczne. W świetle tych ustaleń należałoby poważnie rozważyć możliwość wystąpienia zaburzeń spowodowanych przyjmowaniem któregoś z tych specyfików. Jeżeli dana osoba zaczęła dopiero zażywać nowe leki lub zmieniła dawkę, należy natomiast sprawdzić literaturę pod kątem wszelkich odniesień łączyjących konkretny zaaplikowany farmaceutyk z nie płynnością mowy. Jeżeli czas, w którym nastąpiła jakakolwiek zmiana w dawkowaniu leków, zbiegł się ze zmianą płynności mówienia, należy skonsultować to z klientem i jego lekarzem. W przypadku potwierdzenia tej kore-



lacji do zredukowania jąkania przyczynić się może albo korekta dawki leków, albo wprowadzenie możliwych środków alternatywnych.

W osiągnięciu zakładanych przez farmakoterapię efektów docelowych wpisane jest ryzyko występowania skutków ubocznych/niepożądanych. W niektórych przypadkach może się nawet okazać, że środki alternatywne nie wchodzi w grę, a zmiany płynności trzeba postrzegać jako wtórne w stosunku do korzyści zdrowotnych wynikających z zaaplikowanego lekarstwa.

Jąkanie neurogenne

Informacje zebrane podczas wstępnej oceny jąkania mogą wskazywać wreszcie na jego przyczyny neurologiczne, do których należałoby zaliczyć zdiagnozowaną padaczkę, guza mózgu, niedawny udar mózgu lub postępującą chorobę Parkinsona. Jąkanie może być również konsekwencją wstrząśnienia mózgu, szczególnie w jego wczesnych stadiach (Cherry, Gordon, 2017), chociaż to, by w tym przypadku utrzymywało się dłużej, wydaje się mniej prawdopodobne (Binder i in., 2012). Innymi słowy: zmiany w mowie mogą być niekiedy jedną z pierwszych oznak zmiany neurologicznej lub choroby. Być może logopeda będzie pierwszym specjalistą, który dostrzeże objawy i wysłucha obaw danej osoby. O ile klient nie zgłasza się już z określoną diagnozą, ważne jest, by rozważyć możliwość występowania u niego tego rodzaju schorzenia/urazu, dopiero domagającego się konsultacji. Jeżeli więc w trakcie wywiadu osoba z jąkanem zasygnalizuje brak diagnostyki w tym kierunku, logopeda ma obowiązek zwrócić na ten fakt uwagę lekarza, który zadecyduje, czy badania neurologiczne są konieczne. Jest to szczególnie istotne, gdy symptomy pojawiły się niedawno i/lub osoba je zgłaszająca nie omówiła ich jeszcze z lekarzem. O swoich podejrzeniach logopeda powinien powiadomić klienta w sposób delikatny – tak, by zminimalizować niepotrzebny niepokój z powodu poważnych problemów zdrowotnych, które mogą okazać jedynie hipotetyczne. Należy jednocześnie wyjaśnić zakres przyczyn determinujących zmiany w płynności mowy u osób dorosłych, zaznaczając, że zebrane informacje uzasadniają konieczność sprawdzenia, czy objawy są związane ze zdrowiem. Pomocna może być np. taka wypowiedź:

Jąkanie ma zazwyczaj początek w dzieciństwie. W Pana/Pani przypadku zaczęło się później i aby móc wybrać możliwe najlepsze dla Pana/Pani rozwiązania, musimy ustalić, jakie czynniki na to wpłynęły. Jest wiele powodów, dla których mowa może ulec zmianie w wieku dorosłym, czasem może to być związane ze stanem zdrowia lub przyjmowanymi lekami (właśnie dlatego zadałem/zadałam te wszystkie pytania dotyczące stosowania środków farmakologicznych). Musimy się upewnić, że nie ma żadnych zmian w funkcjonowaniu Pana/Pani mózgu

albo w pracy mięśni, które mogłyby mieć wpływ na mowę. Oczywiście, nie jestem w stanie ustalić tego tutaj, dlatego skontaktuję się z Pana/Pani lekarzem i poproszę, aby sprawdził, czy nic złego się nie dzieje.

Pracę terapeutyczną można rozpocząć w tym samym czasie, w którym prowadzone są badania neurologiczne. Badania te nie muszą zatem opóźnić początku terapii, ich wyniki mogą natomiast wpłynąć na dobór metod proponowanych przez terapeutę. Wnioski z szerszego oglądu mowy i języka zebrane podczas fazy oceny mogą być z kolei pomocne dla zespołu medycznego i wskazywać na prymarnie nierozpatrywane przez ów zespół obszary zmian, które odnotowano u pacjenta/klienta.

Jąkanie psychogenne

Zmiany płynności mowy czasami zdają się mieć podłoże psychologiczne, a nie fizyczne. W niektórych przypadkach przyczynę jest łatwiej ustalić (por. np. traumatyczne zdarzenie), podczas gdy w innych trudniej – wówczas diagnoza może być rezultatem drobiazgowych poszukiwań oraz eliminacji kolejnych czynników. Terminy sprzężone z interesującymi nas tu objawami to *zaburzenie psychogenne*, *zaburzenie czynnościowe*, *zaburzenie dysocjacyjne* lub *objawy niewyjaśnione medycznie*. Ponieważ różnorodność terminologii przyczynia się niejednokrotnie do zamętu utrudniającego ujmowanie istoty takich zaburzeń (Barnett, O’Kane, 2020), w tym rozdziale konsekwentnie używać będziemy sformułowania *jąkanie psychogenne*.

Jak sugeruje Ward (2010), stałym czynnikiem związanym z początkiem jąkania psychogennego może być wysoki poziom stresu, lęku bądź oba te czynniki. Istotny jest też sposób postrzegania stresu przez jednostkę. O tym, że element ten należy uznać za ważną przesłankę diagnostyczną, wspominają również Baumgartner i Duffy (1997). Należy jednak pamiętać, że zmiany w płynności, które wydają się psychogenne, mogą być pierwszymi objawami zmian neurologicznych lub mogą z nimi współistnieć jako (prawdopodobnie) psychogenna odpowiedź na dysfunkcje fizyczne.

Chociaż liczba dowodów, które można tu przywołać, jest ograniczona, skłonne jesteśmy wyróżnić podzbiór cech częściej manifestujących się w jąkaniiu nabytym psychogennym (niż w jąkaniiu rozwojowym i innych formach jąkania nabytego). Cechy te, opisane przez Baumgartnera i Duffy’ego (1997), obejmują:

- zawity język, z zaobserwowanymi nietypowymi strukturami gramatycznymi, np. *ja być chory*;
- nietypowy schemat niepłynności, np. bardzo duża liczba powtórzeń każdej sylaby;
- występowanie lub nasilenie nienaturalnych zachowań towarzyszących, np. drżenie ramion albo bardzo wyraźne grymasy;
- szybka, pozytywna reakcja po jednej lub dwóch sesjach terapeutycznych.



Świadomość występowania wymienionych objawów może decydować o trafności diagnozy, ale należy zdawać sobie również sprawę z tego, że choć wiele osób z jękaniem psychogennym może je zdradzać, wiele innych nie musi.

Interwencja skoncentrowana na jękaniu psychogenym jest równie ważna jak działania podejmowane w związku z jękaniem spowodowanym innymi przyczynami – i to niezależnie od tego, czy jękaniu towarzyszą inne trudności, czy nie. Skutki niepełności mogą być w tym przypadku takie same lub nawet bardziej znaczące niż te, których doświadczają klienci z wyraźną fizyczną przyczyną jękania. Dla osoby z jękaniem psychogenym dodatkowym wyzwaniem może być chociażby konieczność zaakceptowania faktu, że jej mowa się nieoczekiwanie zmieniła, co niejednokrotnie trudno wyjaśnić.

Symulowanie

W literaturze przedmiotu odnajdziemy pojedyncze doniesienia o osobach udających czy wyolbrzymiających objawy jękania dla osobistego zysku (finansowego lub psychospołecznego) albo w celu zmniejszenia negatywnych konsekwencji swojego zachowania (Binder i in., 2012). Kluczowa jest tutaj próba odróżnienia symulacji od zachowań psychogennych, ponieważ symulacje to zachowania fałszywe, niepotrzebnie angażujące zasoby terapeutyczne i zajmujące czyjś czas, podczas gdy zaburzenia psychogenne są prawdziwe i mają dla jednostki rzeczywiste konsekwencje. W tym miejscu warto podkreślić także i to, że diagnostyka różnicowa to proces złożony, bo symulacja może występować równolegle z rzeczywistymi objawami i obawami.

Binder, Spector i Youngjohn (2012) opisują trzy przypadki, w których istniały uzasadnione podejrzenia, że jękanie wraz z innymi objawami jest symulowane. Był to sposób na uzyskanie odszkodowania za rzekome uszkodzenie ciała/mienia, co próbowano udowodnić podczas procesów sądowych. Autorzy podają wzory i objawy niepełności oraz protokoły badań zastosowane na etapie oceny. W przypadku podejrzenia symulacji dobrym rozwiązaniem może być ponadto skierowanie klienta do psychologa, niektóre testy neuropsychologiczne pomagają bowiem w diagnozie różnicowej.

Zarządzanie jękaniem nabytym

Wybór techniki zarządzania jękaniem nabytym jest bezpośrednio związany z hipotezą stworzoną podczas procesu diagnozy. Logopeda powinien przedyskutować swoją hipotezę, jej uzasadnienie oraz możliwe sposoby zarządzania jękaniem, pytając klienta o jego spostrzeżenia i opinie. Niezależnie od przyczyn pojawienia się

niepłynności osoby z jąkaniami nabytymi (podobnie jak te z jąkaniami rozwojowymi) zasługują na terapię opartą na dowodach (De Nil i in., 2007).

Szczegóły rozmowy, o której wspomniano wyżej, będą różne w zależności od przyjętej hipotezy, uwarunkowań medycznych i przyczyn leżących u podstaw zmian w płynności. Celem interwencji logopedycznych może być nie tyle całkowite wyeliminowanie jąkania, ile pomoc klientowi w przystosowaniu się do życia z jąkaniami. Cel ten trzeba sprecyzować tak, by dana osoba nie miała nierealistycznych oczekiwań wobec terapii. Tego rodzaju uzgodnienia w połączeniu z budowaniem silnej więzi terapeutycznej są dobrą inwestycją i kluczem do udanej interwencji. Dodać należy, że wymieniane między terapeutą a klientem informacje mogą być modyfikowane; wymiana ta wymagać będzie modyfikacji również wtedy, gdy podejrzewane jest symulowanie jąkania psychogenne.

Niektóre prace opisujące leczenie jąkania nabytego koncentrują się wyłącznie na zachowaniach językowych. Uważamy jednak, że wystąpienie tego zaburzenia może wywołać gwałtowną zmianę w postrzeganiu siebie oraz stylu komunikacji, co wpływa na interakcje danej osoby z przyjaciółmi, rodziną, pracodawcą i współpracownikami. Z tego powodu zalecamy holistyczne podejście do zarządzania jąkaniami, w tym do informowania, przedstawiania metod radzenia sobie z niepłynnością, technik kompensacyjnych, odczulania jąkającego się i jego partnerów komunikacyjnych. Sposoby postępowania w zależności od odmiany jąkania nabytego przedstawiono poniżej.

Nawrót jąkania rozwojowego lub jego nasilenie

Jeżeli z wywiadu wynika, że osoba poszukująca wsparcia doświadczyła jąkania rozwojowego, odpowiednie będą metody postępowania właściwe terapii jąkania rozwojowego dla osób dorosłych. Cel każdej terapii będzie oczywiście określany na podstawie osobistych celów osoby jąkającej się. Pod uwagę można wziąć także metody terapeutyczne opisywane w innych rozdziałach tej książki. Jeżeli klient przez wiele lat uważał się za osobę, która konsekwentnie mówiła płynnie, może również skorzystać z pomocy w kreowaniu własnego wizerunku jako osoby jąkającej się. Podejście terapeuty będzie wtedy wymagać dodatkowego skupienia się na tym obszarze.

Skutki uboczne leków

Jak już stwierdzono wcześniej, jąkanie bywa efektem ubocznym farmakoterapii, a zmiana na tym polu (np. zmiana rodzaju lub dawki leku) nie zawsze jest możliwa. Zdarza się, że korzyści wynikające z zażywania leku są istotniejsze niż skutki ubocz-



ne. W takiej sytuacji praca nad zrozumieniem i akceptacją zmian w mowie, a także odczuleniem na nie będzie stanowić centralny punkt wczesnego postępowania logopedycznego. Dodatkowe korzyści może odnieść osoba, której udziałem są opisywane trudności, dzięki pomocy w dostosowaniu swojego wizerunku do obrazu siebie jako osoby jękającej się.

Korzystne może być również zbadanie szerszego kontekstu aktu mowy oraz uświadomienie faktu, że można być kompetentnym mówcą niezależnie od poziomu płynności. Jeżeli zaistnieje taka potrzeba, klient może skorzystać ze wsparcia, pomagając przyjacielom, rodzinie i współpracownikom w zrozumieniu zmian w zakresie płynności mowy oraz sposobów na stawanie się dobrym partnerem komunikacji.

Opis przypadku

10-letnia Janine została skierowana na terapię logopedyczną, ponieważ rodzice i nauczyciel zauważyli jękanie negatywnie odbijające się na jej pewności siebie podczas wystąpień w szkole. Zebrane w toku wstępnej oceny zaburzenia informacje ujawniły, że chociaż Janine od 6. roku życia miała okresy bardzo łagodnego jękania, nie wpływało to na jej codzienną komunikację. W ciągu ostatnich 5 miesięcy częstość i nasilenie jękania zwiększyły się, pojawiła się też duża ilość bloków. Ponieważ 6 miesięcy temu u dziewczynki zdiagnozowano ADHD, przepisano jej lek stymulujący. Terapeuta sprawdził możliwe skutki uboczne związane z tym środkiem oraz odnalazł w publikacjach wzmianki na temat kilku przypadków, w których stosowanie leków stymulujących doprowadziło do pogłębienia jękania. Z powodu rozpoznanego ADHD Janine miała znaczne trudności z utrzymaniem uwagi i skupienia w szkole, leki zaś okazały się pomocne na wiele sposobów. Po konsultacji z Janine, jej rodzicami i pediatrą leki zostały zmienione na niestymulujące – tego rodzaju zamiana okazała się skuteczna w kilku innych podobnych sytuacjach. Dziewczynka i jej rodzice zostali zapewnieni, że istnieje powód nasilenia się jękania, a sam fakt, że można to wytłumaczyć, pomógł Janine poczuć się pewniej, gdy zabierała głos w szkole. Zaaranżowano również kilka sesji terapeutycznych podporządkowanych temu, by rozpoznać mocne strony Janine jako mówcy, pomóc jej zrozumieć, czym jest jękanie, i odbudować poczucie własnej wartości.

Jękanie neurogenne

Na ostateczny kształt terapii w przypadku jękania neurogennego wpływa niewątpliwie zaburzenie podstawowe. Jeżeli np. wywiad logopedyczny ujawni zasadnicze trudności językowe, problemy ze znalezieniem słów, co jest związane z objawami

afazji, lub upośledzenie koordynacji ruchowej wynikające z dyspraksji, to wszystkie te obszary będą celem interwencji – nie zaś samo jąkanie.

W sytuacji, w której zaburzenia komunikacyjne można określić jako jąkanie, interwencja powinna być zakrojona możliwie szeroko i obejmować utratę płynności mowy, jej konsekwencje, dobrostan emocjonalny i pewność siebie osoby poddawanej oddziaływaniom logopedycznym, a nie tylko zmierzać do ograniczenia jawnych przejawów jąkania. Wybór metody terapii w jąkaniu neurogennym stanowi prawdopodobnie wypadkową prób i błędów pozwalających ustalić, co jest dla danego klienta najlepsze (De Nil i in., 2007) oraz co będzie skutkowało w przypadku konkretnego zaburzenia. I tak osoba z nie płynnościami podobnymi do jąkania ujawniającymi się w chorobie Parkinsona może uznać technikę inicjowania dźwięku mowy za mniej pomocną ze względu na nieodłączne trudności wynikające z takiej, a nie innej diagnozy medycznej. Należy ponadto zauważyć, że odnotowano dość dużą różnorodność reakcji na terapię jąkania neurogennego. Ten rodzaj jąkania bywa zresztą traktowany jako bardziej oporny na zmiany i wolniej poddający się oddziaływaniom (Cruz i in., 2018).

Z ankiety przeprowadzonej wśród logopedów niemieckich (Koenig, 2009) wynika, że zdecydowana większość pytanych opowiedziała się za przyjęciem holistycznego podejścia w pracy z osobami z nabytym jąkaniem neurogennym, świadomie włączając do swojej praktyki zawodowej takie elementy, jak redukcja lęku i poradnictwo dla krewnych. Respondenci zapytani o terapię łagodzącą objawy jąkania najczęściej przyznawali się do stosowania techniki zwolnienia tempa mowy i rytmicznej mowy oraz techniki modyfikacji mowy, tzw. delikatnego startu. Do czynników uznanych za potencjalnie ograniczające możliwość pozytywnej zmiany mowy lub reakcji psychospołecznych zaliczono słaby stan zdrowia klienta i niski poziom motywacji do terapii. W konkluzji autor badania uznał, że w terapii osób z nabytym jąkaniem neurogennym można wykorzystywać metody podobne do tych, które są stosowane w odniesieniu do jąkania rozwojowego, albo kombinację różnych metod i technik.

Opis przypadku

72-letnia Dorothy została przyjęta do szpitala po ostrym początku prawobocznego osłabienia i trudności z mówieniem. Badania lekarskie wykazały zawał lewoboczny, który był leczony trombolizą. W kolejnych dniach prawoboczne osłabienie stopniowo ustępowało, a trudności z mówieniem nabierały cech jąkania i łagodnych trudności z odnalezieniem słowa. Dorothy była trzykrotnie badana przez zespół logopedów w celu monitorowania i omawiania zmian w jej mowie. Wydawała się relatywnie nieporuszona, uważając „potknięcia i utratę słów” tylko za skutek



małej frustracji. Kolejna konsultacja logopedyczna odbyła się już w domu Dorothy, po wypisaniu ze szpitala. Wraz z mężem zgłaszali drobne wahania mowy, ale nie odczuwali potrzeby szczególnego wsparcia logopedycznego. Trzy miesiące później przedstawiciel zespołu ds. badań kontrolnych zadzwonił do Dorothy, aby omówić jej sytuację. Kobieta sama odebrała telefon i rozmawiała swobodnie, argumentując, że wszystkie trudności udało się przezwyciężyć.

Jąkanie psychogenne

Dostępna literatura na temat pracy z osobami, u których występuje jąkanie psychogenne, nie jest szczególnie bogata. Jeżeli historia/analiza przypadku sugeruje wyraźny związek między niedawnym stresującym zdarzeniem a początkiem jąkania, to być może jąkanie ustąpi, gdy problem warunkujący jego pojawienie stanie się mniej stresujący. Mahr i Leith (1992) opisują np. sytuację, w której jąkanie nabyte okazało się związane z fizycznie i emocjonalnie krzywdzącym jednostkę małżeństwem, a ustąpiło, gdy osoba jąkająca się zakończyła ów związek i zaplanowała postępowanie rozwodowe. Ward (2010) zwraca uwagę na cykliczne wzorce łączące stres, niepokój i jąkanie. W stosownych przypadkach warto rozważyć skierowanie klienta do psychologa lub doradcy w celu zapewnienia mu wsparcia; równocześnie można zainicjować terapię logopedyczną, by odczulić go na doświadczenie jąkania.

Warto pamiętać również o tym, jak ważna jest relacja terapeuty z tą grupą klientów. Zarówno Ward (2010), jak i Duffy (1995) podkreślają, że zachowania i sposób bycia terapeuty mogą wpływać na wyniki terapii. Zdaniem Duffy'ego (1995) istotne jest zapewnienie jąkającej się osoby, że jej trudności w komunikowaniu się są uzasadnione, nawet jeśli nie ma możliwości do zidentyfikowania organicznej przyczyny jąkania. Pracując nad akceptacją owej niedookreśloności przyczyn jąkania lub też wspólnie badając ewentualne psychologiczne czynniki je wyzwalające, można wpłynąć na motywację klienta do udziału terapii. Uczucie lęku (neutralizowane dzięki tego rodzaju rozwiązaniom) może bowiem ograniczyć zdolność do rzeczywistego zaangażowania się w proces terapeutyczny.

Niektóre osoby z jąkaniem psychogennym wykazują wyraźne zmniejszenie objawów po dwóch sesjach terapeutycznych, szczególnie jeżeli interwencja rozpoczyna się we wczesnym okresie po wystąpieniu objawów (Baumgartner, Duffy 1997). Pierwsze dwa spotkania mogą być zatem wykorzystane w celach diagnostycznych i prognostycznych (por. prognozy dotyczące powodzenia terapii). Jeśli jąkanie wystąpiło niedawno, pomocne może być podjęcie działań, które koncentrują się na ułatwianiu zmian, zarówno fizycznych, jak i emocjonalnych (Ward, 2010). Duffy (1995) rekomenduje podejście typu „dam radę” (ang. *can-do attitude*), zakładające przekonanie, że wszystko można/wszystko się uda, wystarczy, że optymizm i pew-

ność siebie połączymy z intensywną terapią obejmującą techniki fizycznej relaksacji i regularną praktykę. Potwierdzają to inni autorzy, np. Ward (2010). W niektórych przypadkach zmniejszenie napięcia mięśniowo-szkieletowego może przywrócić płynność mowy (Ward, 2010)².

Doświadczenie sugeruje, że mądrym posunięciem jest ustalenie ram czasowych dla aktywności terapeutycznej mającej za zadanie rozwiązanie problemu lub znaczne zmniejszenie fizycznych objawów jąkania, a w razie konieczności przeprofilowanie celu terapii (np. nauczenie się dobrego życia z jąkaniem).

Opis przypadku

52-letni Mark po nagłej utracie przytomności został przewieziony do szpitala przez pogotowie ratunkowe. Po odzyskaniu przytomności wystąpiła u niego nagła utrata płynności mówienia charakteryzująca się długotrwałymi blokami związanymi z pełnymi napięciami ruchami rąk, szyi i twarzy. Wstępne badania lekarskie nie wykazały żadnej przyczyny neurologicznej. Trzy miesiące po tym epizodzie Mark został skierowany na terapię logopedyczną. W poradni zaobserwowano, że jest sfrustrowany zarówno z powodu zmian w swojej mowie, jak i tego, co postrzegał jako brak zrozumienia lub zainteresowania ze strony lekarzy. W trakcie badania wykryto:

- znaczne pogłębienie jąkania i napięć towarzyszących ruchom rąk, szyi i twarzy podczas każdego ustrukturyzowanego zadania polegającego na wypowiedzaniu się (a nie tylko podczas zadań, które zazwyczaj mogą zwiększać jąkanie);
- nietypowe ruchy ciała obejmujące znaczny grymas twarzy i silne ruchy skrętne szyi i nadgarstków, które czasami towarzyszyły również zadaniom niezwiązanym z mówieniem.

Analiza przypadku ujawniła, że w okresie poprzedzającym kryzysowe zdarzenie na Marka oddziaływało wiele stresujących czynników (utrata pracy w charakterze doradcy finansowego, przeprowadzka i rozpad małżeństwa). Późniejsze badania lekarskie dały sprzeczne wyniki; jedno z badań przewodnictwa nerwowego sugerowało możliwość wystąpienia choroby neuronu ruchowego (ang. Motor Neurone Disease), a drugie nie wykazało żadnych nieprawidłowości. Nie zebrano zatem niezbitych dowodów na neurologiczne przyczyny jąkania, nie planowano także dalszych badań. Terapeuta postawił hipotezę, że najbardziej prawdopodobną diagnozą jest w tym kontekście jąkanie psychogenne. Hipoteza ta opierała się na następujących faktach:

² Aby uzyskać wskazówki dotyczące działań w terapii diagnostycznej, zob. listę proponowanych lektur zamieszczoną na końcu rozdziału.



- wyeliminowanie przez zespół medyczny schorzenia neurologicznego;
- oddziaływanie licznych stresorów tuż przed wystąpieniem objawów;
- niecodzienny charakter zachowań towarzyszących jękananiu i ich nasilenie.

Informacje na ten temat zostały przekazane Markowi z zapewnieniem, że zmiany w zakresie komunikacji są traktowane poważnie (co szczególnie istotne, ponieważ Mark dał wyraz frustracji z powodu wcześniejszego zlekceważenia go przez pracowników medycznych). Dodatkowo wskazano czynniki, które mogą się przyczynić do charakteru jękania. Mark i jego terapeuta przed uzgodnieniem planu terapii omówili różne opcje. Mężczyzna został skierowany też do poradni psychologicznej, by zbadać poziom stresu, jakiego doświadczał w związku z ostatnimi wydarzeniami życiowymi, i zastosować odpowiednie środki zaradcze. Również diagnostyczne sesje logopedyczne koncentrowały się początkowo na redukcji napięcia i relaksacji, co miało pomóc w przetestowaniu, czy obniżenie stresu może przyczynić się do przywrócenia płynności mowy.

Symulowanie

Jeśli wyniki oceny logopedycznej sugerują udawanie objawów, należy dokładnie rozważyć, ile czasu i środków terapeutycznych można poświęcić praktykującej to osobie. Jedną z opcji jest spokojne zwrócenie uwagi na dowody i wyjaśnienie, że to, co obserwujemy, pasuje bardziej do schematu typowego dla objawów symulowanych, a nie zaburzeń organicznych. W razie potrzeby warto rozważyć zaproponowanie 1–2 sesji terapeutycznych z intensywnym samodzielnym treningiem pomiędzy nimi, gdyż daje to klientowi szansę na ustąpienie objawów bez ryzyka utraty twarzy. Logopeda może zastanowić się wreszcie nad skierowaniem klienta do odpowiednich placówek doradczych w celu zbadania przyczyn, które leżą u podstaw jego zachowań.

Możliwości interwencji w przypadku jękania nabytego

Wyniki badań na temat podejść terapeutycznych stosowanych u osób z jękananiem nabytym są ograniczone. De Nil i in. (2007) przyznają, że techniki tradycyjnie stosowane w jękananiu rozwojowym są często pierwszą opcją preferowaną przez terapeutów także w jękananiu nabytym. Badacze podkreślają jednak, że nie ma zgody co do najskuteczniejszego podejścia (Cruz i in., 2018). Należy zwrócić uwagę na to, by uwzględniając przyczynę (lub przyczyny), wzorzec i skutki jękania, cele i życzenia danej osoby, dobrać najodpowiedniejszą ścieżkę postępowania terapeutycznego. Modyfikacja jękania, kształtowanie płynności, metoda wykorzystująca wspomaganie aparaturowe oparte na efekcie opóźnionego sprzężenia zwrotnego (AAF), terapia poznawczo-behawioralna (CBT) i krótkoterminowa terapia ukierunkowana na

rozwiązanie (SFBT) – to tylko kilka z dostępnych opcji. Można również rozważyć rolę wzajemnego wsparcia.

Istnieją badania wskazujące na wartość interakcji i współpracy z innymi ludźmi, którzy się jękają (Boyle, 2013; Trichon, Tetnowski, 2016). Ponieważ jednak wzmiankowane badania koncentrowały się na osobach z jękaniem rozwojowym, nie jest jasne, w jakim stopniu te same wzorce odnieść można do jednostek z jękaniem nabytym. Niemniej jednak uświadomienie sobie przez jękającego się, że nie jest sam, może mieć ogromne znaczenie, podobnie jak świadomość, że jest on częścią społeczności związanej wspólnotą doświadczeń. Na wczesnym etapie rozwoju własnego wizerunku jako osoby z niepełnością mowy można skorzystać z kontaktów z innymi ludźmi z jękaniem nabytym. Później, gdy klient przyzwyczai się do tego, że się jęka, mile widziane i pomocne mogą być również kontakty z osobami z jękaniem rozwojowym³.

Gdy wybierzemy już wstępnie podejście do interwencji, należy poświęcić trochę czasu na ponowne zdiagnozowanie osoby, z którą pracujemy. Wykorzystajmy informacje zebrane podczas procesu oceny i zastanówmy się: jaki wpływ ma jękanie klienta na codzienną komunikację, a jaki na pewność siebie i interakcje z innymi; jakie nadzieje/oczekiwania ma dana osoba i jakie cele związane z terapią chce osiągnąć; czy podejście do terapii, które uważamy za odpowiednie, jest zgodne z tymi oczekiwaniami (jeśli nie, rozważmy inne możliwości); czy jakieś inne podejście byłoby właściwsze. Najlepszym pomysłem na dopasowanie zindywidualizowanego planu terapii do potrzeb konkretnego klienta może się okazać połączenie wybranych aspektów różnych metod.

Podsumowanie

Ocena, diagnoza i interwencja odnoszące się do jękania nabytego to terminy szerokie (niejednoznaczne), które obejmują wiele różnych form oddziaływań. Nie bez znaczenia pozostaje ponadto fakt, że jękanie nabyte może być spowodowane różnymi czynnikami. W tym rozdziale w centrum naszego zainteresowania znalazły się elementy warte rozstrzygnięcia i zbadania w przypadku podejrzenia tej właśnie odmiany niepełności mowy; wskazano też niektóre normy postępowania terapeutycznego. Chociaż nie jest możliwe napisanie szczegółowej instrukcji dającej się zastosować w odniesieniu do zajmującej nas grupy klientów krok po kroku, to mamy nadzieję, że zawarte tutaj informacje pomogą logopedom. Ogląd ustaleń prezen-

³ W pozostałych rozdziałach tej książki szczegółowo omówiono wszystkie opcje interwencji i wsparcia przedstawione powyżej. Zachęcamy do ich przestudiowania, co pozwoli uzyskać dalsze informacje.



wanych w ramach literatury przedmiotu, a także doświadczenie terapeutyczne pozwalają domniemywać, że kluczowym czynnikiem ułatwiającym zmianę w obszarze aktywności mownej (dotyczy to m.in. jąkania nabytego) jest zasadniczo relacja terapeuta – klient. Interwencję terapeutyczną warto każdorazowo rozpocząć od jej zbudowania na tym mocnym fundamencie.

Kluczowe terminy i definicje

Jąkanie nabyte – późniejsze wystąpienie nie płynności podobnych do jąkania, które najprawdopodobniej nie są powiązane z jąkaniem rozwojowym i mogą pojawić się nawet wtedy, gdy dana osoba wcześniej go nie doświadczyła.

Etiologia – przyczyna lub zespół przyczyn zaburzenia.

Wywiad – proces zbierania istotnych informacji o konkretnej osobie, mający na celu ukierunkowanie procesu ewaluacji i terapii.

Desensytyzacja/odczulanie – proces zmniejszania wrażliwości na coś, zmniejszanie negatywnych reakcji emocjonalnych na daną sytuację.

Jąkanie rozwojowe – jąkanie pojawiające się we wczesnym dzieciństwie, które najczęściej spotykamy w pracy logopedycznej.

Heterogeniczność – wewnętrzna różnorodność czegoś.

Podejście holistyczne – wsparcie, w którego ramach koncentrujemy się na całej jednostce i jej ogólnym samopoczuciu, a nie tylko na samym jąkaniu.

Hipoteza/hipotezy – proponowane wyjaśnienia będące punktem wyjścia dla wdrażanych badań i formułowanych ocen.

Symulowanie – udawanie objawów.

Neurogenny – spowodowany, kontrolowany przez układ nerwowy lub w nim powstający.

Wzajemne wsparcie – wykorzystywanie swojego doświadczenia związanego z jąkaniem w celu pomocy innym.

Psychogenny – mający raczej psychologiczną przyczynę lub takie pochodzenie, niezwiązany z czynnikami fizycznymi.

Skutki uboczne – wtórne, zazwyczaj niepożądane działania leku lub leczenia.

Objawy – cechy fizyczne lub psychologiczne wskazujące na jakiś stan lub schorzenie.

Relacja terapeutyczna – interaktywna relacja pomiędzy pacjentem (i rodziną) a specjalistą, która mieści się w jasno określonych granicach opieki, zaufania i szacunku.

Pytania kontrolne

1. Która z poniższych diagnoz **nie jest** jedną z podstawowych diagnoz różnicowych w przypadku jąkania nabytego?
 - a) nawrót jąkania rozwojowego;
 - b) jąkanie spowodowane zażywaniem leków;
 - c) psychogenne jąkanie się;
 - d) jąkanie wtórne.
2. Dlaczego ważne jest zaangażowanie zespołu medycznego w diagnozę różnicową jąkania nabytego?
 - a) Aby zespół medyczny mógł postawić diagnozę jąkania neurogennego.
 - b) By zbadać, czy jąkanie może być związane z niezdiagnozowanym schorzeniem neurologicznym lub wynika np. z przyjmowania leków.
 - c) By uzyskać lekarstwa.
 - d) By zapytać o literaturę na temat jąkania nabytego.
3. Na czym polega użyteczność badań neuropsychologicznych?
 - a) Pozwalają zweryfikować hipotezę symulowania, jeśli tego rodzaju działania podejrzewamy.
 - b) Pozwalają ocenić zmiany w funkcjonowaniu mięśni.
 - c) Pozwalają ocenić zdolności numeryczne danej osoby.
 - d) Pozwalają sprawdzić pamięć krótkotrwałą klienta.
4. Które z poniższych stwierdzeń jest najtrafniejsze?
 - a) Osoby z jąkaniem nabytym powinny mieć zawsze możliwość zmiany sposobu jąkania.
 - b) W przypadku jąkania nabytego istotnych jest szereg metod terapeutycznych.
 - c) W przypadku jąkania nabytego preferowanym nurtem terapeutycznym jest terapia poznawczo-behawioralna.
 - d) Nabyte jąkanie z czasem ustępuje.

Rekomendowana literatura

Sugestie dotyczące działań diagnostycznych w zakresie terapii jąkania psychogennego można znaleźć w książce Josepha R. Duffy'ego *Motoryczne zaburzenia mowy: podłoże, diagnoza różnicowa i zarządzanie* (Duffy, 1995), w rozdziale pt. *Postępowanie w przypadku psychogennych nabytych zaburzeń mowy*.

Przegląd literatury związanej z jąkaniem neurogennym znajdzie Czytelnik w publikacjach: *Etiologia, symptomatologia i leczenie jąkania neurogennego* (De Nil i in., 2007) oraz *Jąkanie po przebytych urazach mózgu: przegląd literatury* (Lundgren i in., 2010).



Bibliografia

- 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, 739–741.
- Aukst-Margetić, B., Margetić, B. (2008). Stuttering as a side-effect of divalproex sodium. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 748.
- Barnett, C., O’Kane, L. (2020). Opening the conversation. *Bulletin: The Official Magazine of the Royal College of Speech and Language Therapists*, 817, 7.
- Baumgartner, J., Duffy, J.R. (1997). Psychogenic stuttering in adults with and without neurologic disease. *Journal of Medical Speech-Language Pathology*, 5, 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.
- Boyle, M.P. (2013). Psychological characteristics and perceptions of stuttering of adults with and without support group experience. *Journal of Fluency Disorders*, 38, 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, 137–139.
- Cruz, C., Amorim, H., Beça, G., Nunes, R. (2018). Neurogenic stuttering: a review of the literature. *Revista de Neurologia*, 66, 59–64.
- De Nil, L.F., Jokel, R., Rochon, E. (2007). Etiology, symptomatology, and treatment of neurogenic stuttering. W: E.G. Conture, R.F. Curlee (red.), *Stuttering and related disorders of fluency* (s. 326–343). 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.
- 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. (2009). Possibilities in neurogenic stuttering treatment. http://www.ecsf.eu/userfiles/files/Koenig_Kathrin_Neurogenic_Stuttering.pdf.
- Lebrun, Y. (1992). Stuttering and epilepsy. *Journal of Neurolinguistics*, 6, 433–444.
- Lundgren, K., Helm-Estabrooks, N., Klein, R. (2010). Stuttering following acquired brain damage: a review of the literature. *Journal of Neurolinguistics*, 23, 447–454.
-

- Mahr, G., Leith, W. (1992). Psychogenic stuttering of adult onset. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 35, 283–286.
- Margetić, B., Aukst-Margetić, B., Krajinović, B. (2009). A case of stuttering during treatment with levomepromazine. *Psychopharmacology Bulletin*, 42, 1.
- Norman, R.S., Jaramillo, C.A., Eapen, B.C., Amuan, M.E., Pugh, M. (2018). Acquired stuttering in veterans of the wars in Iraq and Afghanistan: the role of traumatic brain injury, post-traumatic stress disorder, and medications. *Military Medicine*, 183, e526–e534. DOI: <https://doi.org/10.1093/milmed/usy067>.
- Trichon, M., Tetnowski, J. (2015). Self-help conferences and change in the experience of stuttering: preliminary findings and implications for self-help activities. *Proceedings of the Tenth World Congress, 6–8 July, 2015, Lisbon, Portugal*. The International Fluency Association. <https://theifa.org/pdf/IFA2015Po23.pdf>.
- 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, 90–115.

