

Norsk tidsskrift
for logopedi

Oktober 2007
Årgang 53

Logo PEDEN 407

Av innholdet:

Leder	3
Fra styret	4
Språk- og talevansker hos barn med Velo-cardiofacial syndrom	5
Blikk og samhandling i kommunikasjon med personer som stammer	12
Fonasjon i rør - Klangfarge - Stemmearbeid	18
Kommunikasjonskurs for mennesker med Parkinsons sykdom	20
Karakteristisk atferd, problemer i dagliglivet og spesielle evner på enkelte områder	24
Voksne med CI i Midt-Norge - samarbeid, tiltak og metodikk	30
Betydningen av "å være glemsk"	34
Logopedisk hverdag i Tanzania	41
Konferanse om taleflytvansker	44
Forget the Fear, discover the Fun Exploring the Stuttering System"	45
Referat fra Afasidagene	48
Bokomtale	50



ARTIKKEL/DEBATTINNLEGG

Norsk Tidskrift for Logopedi er åpent for ulike fag-lige standpunkt. Meningsyttringene som kommer frem i de ulike innleggene står dermed for forfatterens egen regning – og deles ikke automatisk av redaksjonen.

Norsk Tidskrift for Logopedi fungerer som meldingsblad for alle medlemmer av Norsk Logopedlag. Meldinger fra regionslag og medlemmer av NLL trykkes kostnadsfritt. "Reklame" for salg av egenprodusert materiell eller kurs som arrangeres av private/offentlige institusjoner betraktes som annonse med dertil hørende annonsepriser. Redaksjonen forbeholder seg retten til å bestemme utgivelsesdato for innlevert manuskript.

Redaksjonen er svært glad for at du vil skrive i Logopeden. Ved å følge våre praktiske/tekniske råd, sparer du redaksjonen for mye arbeid.

TEKNISKE RÅD

- 1) Artikkel med overskrifter skal skrives i Times New Roman
- 2) Det skal brukes enkel linjeavstand og normal marg
- 3) Ikke bruk bindestrek ved orddeling på slutten av en linje. Linjelengden i tidsskriftet er ikke den samme som i ditt dokument
- 4) Bruk skiftetasten kun ved markering av avsnitt. Avsnitt markeres med dobbelt linjeskift uten inntrykk

PRAKTISK RÅD

- 5) Artikkelen innledes med en hovedoverskrift. Bruk blokkbokstaver punkt 20 og fet skrift
 - 6) Artikkelen skal ha en forfatterpresentasjon. Presentasjonen bør si noe om faglig bakgrunn og nåværende arbeidssted. Arbeidsadresse og helst e-postadresse skal være med. Bruk punkt 12
 - 7) Artikkelen skal ha en appetittvekker på ca. 50 - 70 ord. Bruk punkt 12 og kursiv
 - 8) Artikkelen overskrifter skal ikke være nummererte. I tillegg til hovedoverskriften kan det brukes overskrifter på to nivå. Første nivå under hovedoverskriften skal være i blokkbokstaver punkt 12 fet skrift. Neste nivå skal være i trykkbokstaver punkt 12 og fet skrift
 - 9) Litteraturlisten skal skrives med etternavn på forfatter, forbokstaver til fornavn, årstall for utgivelse, tittel på tryksaken med kursivert skrift og forlag
 - 10) Lengden på artikkelen skal ikke overstige 5 sider i tidsskriftet. Det kan være greit å vite at én side i bladet utgjør ca. 830 ord og 5 sider vil da utgjøre ca. 4200 ord. Dette er omtrent 7-8 sider i et vanlig word-dokument avhengig av hvor mange strekpunkter, tabeller og figurere en har. Trykkeriet justerer og ordner.
- 12) Send
- A. Artikkel, appetittvekker og presentasjon elektronisk til redaktøren. For tiden er det signhild@tromso.online.no
- B. Bilder og logoer lagres i JPEG, TIFF, EPS i så stor oppløsning som mulig og sendes til: e-post: signhild@tromso.online.no

MATERIELLFRIST OG UTGIVELSER

1. februar, utgis 1. mars
1. mai, utgis 1. juni
1. september, utgis 1. oktober
1. november, utgis 1. desember

ANNONSEPRIS PR. 01.01.2006

1/1 (175 x 220 mm) side - s/hv - kr. 1.500,-
2/3 (175 x 145 mm - 2 sp. x 220 mm) side - s/hv - kr. 1.200
1/3 (175 x 74 mm - 1 sp. x 220 mm) side - s/hv - kr. 900,-
- Fargetillegg kr. 700,-

Grafisk formgiver kan være behjelpelig med utforming av annonsens utseende (faktureres separat).

Annonsekontakt:

gunder.eliassen@statsped.no



Styret

Leder

Ole-Andreas Holmsen
Gml Strømsvei 116
2010 Strømmen
Tlf. 92614691
ole-andreas.holmsen@norsk-logopedlag.no

Nestleder

Marit Molund Koss
Hellerudstuppen 46A
0671 Oslo
Tlf. 95916133
marit-molund.koss@norsk-logopedlag.no

Sekretær

Jan Erik Andersen
Akselen
6013 Ålesund
Tlf. 70150083
jan-erik.andersen@norsk-logopedlag.no

Kasserer

Randi Fossler
Anton Schjøthsgate 18
0454 Oslo
Tlf. 22691572
randi.fossler@norsk-logopedlag.no

Styremedlem

Gro Hartveit
Fyllingsveien 14
5161 Laksevåg
Tlf. 55343241
gro.hartveit@norsk-logopedlag.no

Varamedlemmer

Eli Tendeland, Kristiansand
Kari-Mette Gjertsen, Bodø

Organisasjonsutvalg

Leder

Steinar Stenvik
Pb 248
3301 Hokksund
Tlf. 32700640
ssstenvik@c2i.net

Medlemmer

Berit Berg, Kongsberg
Kristin Vanebo, Oslo

Varamedlem

Mari Berntsen, Oslo

Pedagogisk utvalg

Leder

Kari Sandvik Lund
Nordgardsveien 159
5236 Rådal
Tlf. 90535990
karisalu@online.no

Medlemmer

Aud Ellen Hushovd, Rådal
Heidi Gudmundset, Ulset

Varamedlem

Bodil Nordøen, Ytre Arna

Fagutvalg

Leder

Anne-Lise Rygvold
Grindbakken 26
0764 Oslo
Tlf. 22147572
a.l.rygvold@isp.uio.no

Medlemmer

Monica I. Knoph, Oslo
Kristine Gilleberg, Lillestrøm

Varamedlem

Berit Solgaard, Kråkerøy

Yrkesetisk råd

Leder

Henning Karlstad
Randemsletta 35
1540 Vestby
Tlf. 91318810
henning.k@online.no

Medlemmer

Olav Sveen
Astri Granhus, Levanger

Varamedlem

Ingjerd Haukeland,
Fyllingsdalen

Privat praksis

Leder

Ole Petter Andersen
Marikosveien 20
1715 Yven
Tlf. 91887572
opa@halden.net

Medlemmer

Trine Lise Dahl, Trondheim
Berit Solgaard, Kråkerøy
Sigrun Skjesol

Redaksjonsutvalg

Norsk Tidsskrift for

Logopedi

Redaktør
Signhild Skogdal
Nordpolvn.62
9013 Tromsø
Tlf. 92867932
signhild@tromso.online.no

Medlemmer

Gunder Eliassen, Sømna
Beate Johansen, Tromsø

Salgsrepresentant

Marit Strømsnes
Askv. 139
5306 Erdal
Tlf. 56140237
marit.stromsnes@askoy.kommune.no

Valgkomité

Leder

Ellen Malm Ofte
Tyttebærstien 7
9403 Harstad
Tlf. 91887121
malmofte@online.no

Medlemmer

Else Jorun Karlsen, Risør
Åse Floa Bang, Trondheim

Norsk Tidsskrift for Logopedi. Fagblad for medlemmer av Norsk Logopedlag.

Tidsskriftet har fire utgivelser pr. år, og sendes til alle medlemmer av Norsk Logopedlag.

Bladet er godkjent som vitenskapelig tidsskrift.

Redaktør:

Signhild Skogdal, Nordpolvn. 62, 9013 Tromsø
Tlf. 92867932 - signhild@tromso.online.no

Red.medl/annonser:

Gunder Eliassen - Tlf. 75028375 - gunder.eliassen@statsped.no

Red.medl.:

Beate Johansen - Tlf. 91612331 - beat-jo2@online.no

Norsk Logopedlags web-side: www.norsk-logopedlag.no

Web-ansvarlig:

Gro Hartveit gro.hartveit@norsk-logopedlag.no

Grafisk formgiver:

Lura Trykkeri AS

Trykk:

Lura Trykkeri AS

Forside:

Harry Welten

Forsidefoto:

Ketil Born/Samfoto

ISSN:

0332-7256

Kvalitet på fag og byråkrati

Redaksjonen har denne gangen gleden av å presentere et nummer av Logopeden med ekstra mange artikler. Vi er svært fornøyde med at så mange tar seg tid til å skrive artikkel til bladet vårt, og vi takker også for mange positive tilbakemeldinger fra leserne. Det å spre fagstoff og forespørre skribenter om aktuelle tema er en ansvarsfull jobb – spesielt etter at Logopeden ble anerkjent som vitenskapelig tidsskrift i hht Universitets- og høyskolerådets publiseringsutvalgs kriterier. For å sikre fortsatt kvalitet på innkomne forskningsartikler og beholde status som vitenskapelig tidsskrift, har redaksjonen i samarbeid med professor Inger Moen utarbeidd retningslinjer for fagfelle på en del artikler som kommer til redaksjonen.

En fagfelle er et "slusesystem" hvor en av de beste på fagområdet vurderer innkommet artikkel i forhold til innhold og form. Redaksjonen vil knytte til seg personer for fagfellevurdering innen ulike områder, og vi satser på at systemet er i drift til marsnummeret i 2008. I første omgang vil dette gjelde forskningsbaserte artikler, mens mer erfaringsbaserte artikler ikke må gjennom fagfelle. En fare med fagfellevurdering kan være at terskelen for å våge å skrive artikkel øker. Dette er ikke ønskelig, fordi NTLs målsetting også er å formidle praksisnære forhold i norsk logopedi. Redaksjonen oppfordrer derfor kliniske logopeder til å skrive om sine praksiserfaringer.

I løpet av høsten og fram mot jul skjer det endringer for privatpraktiserende logopeder med RTV-avtale. Det utdatterte regelverket skal justeres og henvisninger skal få mer lik behandling ved at sakene nå vurderes ved regionkontor for flere fylker i stedet for ved kommunale NAV-kontor. Det er mye som må rettes opp i gjeldende regelverk. Ett eksempel er NAVs skriv av 25.09.07 hvor de presiserer at dysleksi

ikke skal dekkes av NAV med mindre vanskene gir utslag i språk- og taledefekter. Sammenhengen mellom dysleksi og språk/tale henger nøye sammen og er vanskelig å skille, men det er vel vanligere at språk- og talevansker gir utslag i dysleksi enn omvendt.

I hht CPLOL og NLLs retningslinjer skal logopeder også arbeide med området språklige symboluttrykk (lesing/skriving/ASK). Jeg kan derfor ikke se at NAV kan kutte ut dette behandlingsområdet i trygdeloven, evt. lage definisjoner som blir umulig å finne ut av. Det er dokumentert opp og i mente at primære lese- og skrivevansker bl.a. skyldes svikt i språklige områder.

Redaksjonen og NLLs nettredaktør oppfordrer logopeder til å sende synspunkt og kommentarer til nettredaktør grohartveit.nll@gmail.com. På den måten vil styret i NLL også få innspill til forhandlingene med NAV.

Første artikkel i desembernummeret er en oppfølgingsartikkel fra Logopeden nr 1/07 og handler om logopedisk behandling av barn med Velo-cardio-facial syndrom (VCFS). Inger-Lise Sæther sier at forsinket språk- og taleutvikling er noe av disse barnas mest konsistente trekk. I artikkelen beskriver hun forhold som er vesentlig i logopedisk arbeid med barna og deres foreldre.

I artikkelen "Blikk og samhandling i kommunikasjon med personer som stammer" har Marianne Lind, Merethe Mørk og Hilda Sønsterud sett på hva samtaleanalyse kan bidra med i forståelse og behandling av stamming.

Videre følger to artikler om temaet stemme med Britt Bøyesen som forfatter. Mange har opplevd fonasjonsrørets fantastiske virkning, men vet vi hvorfor det virker? Bøyesen redegjør for dette i artikkelen "Fonasjon i rør – klangfarge – stemmearbeid". I den



neste artikkelen beskriver og drøfter hun arbeidet med parkinson-pasienter i kommunikasjonsgruppe, med mål om å opprettholde en sterk stemme i spontantale.

De to neste artiklene presenterer relativt nye arbeidsområder for logopeder: Asberger syndrom og cochleaimplantat (CI). Artikkelen om Asberger syndrom er skrevet av Nils Kaland. Asberger kjennetegnes blant annet med relativt gode språk- og taleferdigheter, foruten den kommunikative delen av språket som viser svekkede evner til å kommunisere og samhandle med andre mennesker. I artikkelen "Voksne med CI i Midt-Norge – samarbeid, tiltak og metodikk" beskriver Trine Lise Dahl behandlingstilbudet ved St.Olavs Hospital som tilbys voksne med CI. Programmet inneholder lyttetrening, artikulasjon og stemmetrening.

I den siste artikkelen "Betydningen av å være glemsk?" av Claudia Rodriguez-Aranda drøftes kognitiv svekkelse hos eldre; hvordan påvirker endringer i oppmerksomhet, responstid og psykomotorisk fungering hukommelse og kognitiv fungering.

Redaksjonen ønsker leserne ei god jul og håper alle finner noe av spesiell interesse i desembernummeret. Vi gjentar også oppfordringa om å bidra med leserinnlegg og logopediske tips.

Signbild Skogdal

Kjære kollegaer!

Det stunder mot jul! Det betyr dermed at høsten er godt i gang og at det er vinter enkelte steder allerede. Eller for de av oss som har mer sans for sol og varme, snart snur solen.

Kunnskapsdepartementet sendte ut en pressemelding 29. juni, med overskriften "Vil sikre at alle som trenger det, får spesialundervisning". Et bredt sammensatt utvalg har fått et ambisiøst og krevende mandat. I NLL har vi fått mange signaler om at situasjonen er urovekkende på det spesialpedagogiske området som omfatter logopedi. At lovverket er upresist, skoleeiers manglende systemkontroll, utilstrekkelige sakkyndige vurderinger og manglende enkeltvedtak i kommunene dokumenteres av Riksrevisjonen og i dokumentet Nasjonalt tilsyn på opplæringsområdet 2007. Så mange som 90 % av kommunene det ble ført tilsyn med i 2005-2006 har avvik og det dokumenteres en mengde brudd på opplæringsloven. Resultatet i praksis er at mange elever ikke får den spesialundervisningen de har krav på. Dessuten vites det lite om kvaliteten på den spesialundervisningen som gis i forhold til barn, unge og voksne med behov for logopediske tjenester etter opplæringsloven. NLL imøtekommer med glede at det nå skal settes fokus på den kvalitative siden av læringssituasjonen gjennom ny forskning. Derfor oppfordrer Styret i NLL alle våre medlemmer til å bidra til synliggjøring av kompetansebehov, kunnskapsutvikling og ressursbehov på kommunalt, fylkeskommunalt og statlig nivå. Engasjer deg og drøft med dine

lokale politikere, skriv i lokalavisen og arranger temamøter!

Fordi logopedien i Norge har tilknytning til både opplæring og helse, har NLL en søknad om autorisasjon innunder "Lov om helsepersonell" liggende til behandling på høyeste nivå i helsedirektoratet. Vi håper på en uttalelse før året er omme. Dette vil forhåpentlig løse en del av de til dels store frustrasjonene som har versert rundt om i landet i forhold til de "nye" krav om skriftlig avslag fra kommunene og forhåndsgodkjenning fra NAV, før brukerne omsider kan få igangsatt et sårt etterlengtet logopedisk behandlingsopplegg etter RTV-avtalen.

Ved omorganiseringen av NAV kom nye "koster" til, disse leste og tolket teksten slik den sto, og derfor ble det som det ble. Årsaken til innskjerpingen er i tillegg et ønske om kontroll, faktisk på linje med de ønsker NLL selv har ført med tanke på kvalitetssikring av tjenester. Så lenge vi ikke er autorisert inn under "Lov om helsepersonell" er dette eneste måten å kontrollere oss på. Vi er terapeuter, vårt arbeid dekkes av midler fra helse. Men vi er pr. i dag ikke underlagt den kvalitetssikring som alle helsepersonellgrupper autorisert inn under "Lov om helsepersonell" er. Dersom vi skulle oppnå denne godkjenningen, vil kravet om skriftlig avslag og forhåndsgodkjenning falle bort for oss på lik linje med de andre gruppene under loven. Så får vi se da!



Som de av dere som mailer med Styret smertelig kan ha oppdaget, har vi slitt en del med mailsystemet vårt. Av flere grunner har Styret nå gått over til å bruke gmail. Kan alle hurtigst mulig slette de gamle @norsk-logopedlag.no adressene og snarest lagre de nye? De står på nettsiden www.norsk-logopedlag.no.

Nettsiden vil fortsatt være stedet for alle nyheter i vår "andedam". Her står det om autorisasjonssaken, gjeldende takster, nye E-mail adresser, tips om lovverk etc etc. Kort sagt alt du trenger å vite om oss logopeder og vårt virke. Skulle noe mangle på siden, tips oss, og vi ser på det.

Vi nærmer oss årsmøter i logopedlagene. Årsmeldinger og regnskap skal lages og det skal velges nye medlemmer i styrene. Så kommer Vårkonferansen for de tillitsvalgte 8. og 9. mars i Oslo. Der skal de store sakene til Landsmøtet gjennomgås. Finalen i denne landsmøteperioden, selve Landsmøtet, avholdes denne gang i Trondheim på Britannia hotell den 19. - 22.06.08. Der skal nye tillitsvalgte velges og aktuelle saker drøftes og bestemmes. Da er det viktig at du kommer og bruker din stemme.

***M**en aller først ønsker vi en riktig God Jul fra Styret til alle medlemmene i Norsk-Logopedlag!!*

*Mvh
Ole-Andreas og Marit*

Språk- og tale- vansker hos barn med Velo-cardio- facial syndrom (VCFS)/22q11 delesjon syndrom

Artikkel 2: Logopedisk behandling¹



Inger-Lise Sæther

forsker, dr. scient, logoped,
Regionsenter for barn og
unges psykiske helse,
Helseregion Sør og Øst.

Innledning

Barn med VCFS er ofte forsinket i sin utvikling generelt, og forsinket språk- og taleutvikling er et av de mest konsistente trekk. Det er ingen tvil om at for disse barna og deres foreldre er tidlig intervensjon med henblikk på kommunikasjon og språk av stor betydning. Kontakt med logoped skjer gjerne når det blir tydelig at barnet er forsinket i sin språkutvikling, ofte ved 2 -3 års alder. Et viktig utgangspunkt for å hjelpe barnet er å etablere et godt tillitsforhold til foreldre, der deres

situasjon og egen kompetanse blir anerkjent. I samspill med de pårørende må logopeden finne frem til en felles forståelse av barnet og barnets vansker, lytte til foreldrenes erfaringer og sammen med dem bygge på de muligheter de har i sin hverdag til stimulere og hjelpe barnet. I tillegg er barnehagen/ skolen barnets daglige hjelpere og må også ha kunnskap om barnets vansker for å støtte barnet i læringsprosessen. Her vil hovedvekten ligge på logopedens arbeid i forhold til barnet og foreldre.

Artikkelen er i to deler.

I den første delen vil jeg komme inn på hvordan man kan møte og etablere et godt tillitsforhold til foreldre og bidra til å styrke foreldrenes forståelse av barnets vansker.

I den andre delen vil jeg beskrive hvilke språk- og talevansker som barn med VCFS har, og noen behandlingsprinsipper. Det er ennå begrenset forskning på

logopedisk behandling av barn med VCFS. Artikkelen vil bygge på de studier som foreligger, på kliniske rapporter fra sentrale internasjonale behandlingssentra og på egen praksis.

Grunnleggende læringsbegreper som motivasjon, felles oppmerksomhet og engasjement, hukommelse og flerfaglig samarbeid danner et fundament for de behandlingsprinsipper som er beskrevet.

Del I

Foreldrenes styrke/kompetanse - barnets hjelp

Når barnet er født med store vansker og alvorlige kommunikasjonsforstyrrelser, kan foreldrenes intuitive kompetanse ofte oppleves som utilstrekkelig, og gi en følelse av tap av kontroll. Barnets vansker påvirker hele familien og kan bli styrende for dagliglivet. En av oppgavene i møtet med foreldre er å bidra til å styrke deres egen kompetanse og mulighet for mestring av sin

¹) Artikkel 1 :Velo-cardio-facial syndrom (VCFS)/Di George/22q11delesjon syndrom. Logopedens sentrale stilling. Norsk Tidsskrift for logopedi, nr.2, 2007.

²) I denne artikkelen vil betegnelsen VCFS i hovedsak benyttes fordi tema er språk og tale. Det genetiske aspektet som 22q11 delesjon syndrom sikter til, er her ikke i fokus.

situasjon. En vellykket rådgivning består ikke bare i å gi service. Like viktig er å igangsette en prosess ved å gi en form for støtte som forløser egne krefter hos den som søker hjelp, og tilrettelegger for deres videre utvikling. Et slikt perspektiv på rådgivning kalles gjerne "Empowerment". Det kan oversettes med "å sette i stand til", og er et prinsipp som betyr å styrke de som søker hjelp gjennom å vektlegge mestring og kompetanseheving hos alle aktørene. Prosessen bygger på å identifisere muligheter og det som gir mening. For å sikre "empowerment" må den som søker hjelp kunne endre egne handlinger og dermed få økt følelse av kontroll. Det betyr at den som søker hjelp tillegger seg selv hovedansvaret for den videre utviklingen, og dermed blir hovedaktør i eget liv. En slik tilnærming vil derfor også ha en forebyggende effekt (Lassen, 2001).

Møte med foreldre

For å kunne anvende disse prinsippene må de legges til grunn for fremgangsmåter i møtet med den som søker hjelp. Prinsippene må gjennomsyre både prosessen og forløpet i logopedens praksis. Samtidig må prosessen og forløpet ta utgangspunkt i den enkelte hjelpesøkers situasjon og forutsetninger. Logopeden må derfor være lydhør overfor foreldrene for å danne seg et bilde av hvilke kunnskaper og ferdigheter som skal til for at de skal kunne mobilisere sine krefter i en positiv utvikling.

Dette er en utfordring logopeden står overfor allerede fra det første møtet. Det stiller krav til affektiv innstilling med foreldrene for å kunne leve seg inn i den smerten de kjenner. Ved det første møtet kan følelse av sorg, utilstrekkelighet, sinne, skyld, sårbarhet og forvirring komme til uttrykk. Disse følelsene må tas imot og anerkjennes som en naturlig reaksjon på en svært vanskelig situasjon for barn og foreldre. Å ta imot foreldrenes reaksjoner kan styrke og gi kompetanse i deres prosess i å skape en ny og

helhetlig forståelse av sitt barn og egne reaksjoner. En god start på det logopediske hjelpearbeidet er en viktig forutsetning for en god prosess, ikke minst når behandlingen ofte må pågå gjennom hele barndom og oppvekst.

Del II

Termen språk refererer her til de symbolske sidene ved kommunikasjonen: Forståelse og formulering og uttrykk av ideer og begreper. Begrepet tale refererer til produksjon av oral kommunikasjon: Artikulasjon, stemme og resonans.

Hva karakteriserer språkutviklingen?

Forsinket språk og tale er et av de mest konsistente trekk hos barn med VCFS og vekker ofte bekymring når barnet forventes å begynne å snakke (Shprintzen et al., 1978; Sherer et al., 1999; Solot et al., 2000; Golding-Kushner, 2001, 2005; Roizen et al., 2007). De første setningene kommer gjerne ikke før 3-6 års alder (Eliez, 2007; Golding-Kushner et al., 1985). En studie av ferdighetene hos fem-åtte-åringene når det gjaldt å gjenfortelle en historie, fonologi, syntaks og reseptivt vokabular, viste at barna hadde vansker på alle de undersøkte områdene (Persson et al., 2006). Resultatene viste også negativ korrelasjon mellom alder og ferdigheter når det gjaldt å gjenfortelle en historie, noe som innbærer at eldre barn kan ha større vansker med ekspressivt språk. Studien bekreftet at språk- og talevansker er et gjennomgående trekk hos personer med 22q11 deletion syndrom. Persson et al (op.cit.) understreker videre at dette innbærer at barna trenger språk- og taloppfølging, ikke bare i førskolealder, men gjennom hele oppveksten.

En av de første språkstudiene av barn med VCFS (Golding-Kushner et al., 1985) rapporterte at barna var forsinket når det gjaldt forståelse og bruk av vokabular og syntaks og hadde tiltappende vansker med abstrakt tenkning

etter hvert som kravet til språkferdigheter økte. Barna skåret dårligere på ekspressive enn på reseptive språkprøver, og på begge områdene oppnådde barna dårligere resultater enn forventet på bakgrunn av kognitive tester. I tillegg fant man at barna hadde betydelige pragmatiske vansker, både når det gjaldt bruk av språk og sosial kommunikasjon. De yngste barna, inkludert de med godt reseptivt språk, hadde en tendens til å benytte non-verbal kommunikasjon hjemme. De eldre barna (fra 11-18 år) brukte et knapt og konkret språk, og hadde vansker med å oppfatte nyanser i tonefall, mening og ansiktsuttrykk.

Både reseptivt og ekspressivt språk synes å ha en bedring rundt skolealder, men språkvanskene fortsetter gjennom oppveksten. Dette synes å være godt dokumentert (Golding-Kushner et al., 1985; Solot et al., 2001; Sherer, 2002; Persson et al., 2006). I tillegg rapporteres at reseptive språkferdigheter som innbærer abstrakt tenkning er dårlig utviklet, noe som har konsekvenser for kommunikasjon og skoleferdigheter.

For å utelukke at språkvanskene er en effekt av generelle lærevesker gjorde Glasser og kolleger (2002) en sammenligning mellom 27 barn med VCFS i alderen 6-19 år med barn med tilsvarende alder, kjønn og kognitive ferdigheter. De fant at reseptive språkferdigheter var signifikant dårligere for gruppen VCFS. Dette gjaldt særlig barn over 9 år der resonerende oppgaver var tatt med. Dette er i tråd med studiene både av Persson og medarbeidere (2006) og Golding-Kushner og medarbeidere (1985).

Resultatene tyder på at barn med VCFS har spesifikke språkvansker som ikke er relatert til generelle lærevesker.

Prinsipper for det logopediske arbeidet

Ut fra prinsippet om "empowerment" er det viktig å styrke foreldrenes egen

kompetanse og mulighet for mestring av sin situasjon. Foreldrene bør derfor være med i arbeidet med barnet, både i kartleggings- og behandlingsfasen. Logopedens hjelp bygger på grundig kartlegging av språk og tale og oral observasjon, og generell observasjon av barnets kommunikasjon. Ved å observere barnet i samspill med logopeden, vil foreldre kunne lære å forstå barnet på en ny og utfyllende måte. Deltakelse vil også gjøre det lettere for logopeden å formidle kunnskap om og tolkning av barnets vansker og slik oppnå en felles forståelse med foreldrene. Deltakelsen vil slik kunne sette foreldre i stand til å ta i bruk egne ressurser til å hjelpe barnet i hverdagen.

Foreldres deltakelse kan også medvirke til å gjøre barnet tryggere og mer motivert for dialog med logopeden.

Noen grunnleggende forhold som må tas hensyn til i arbeidet:

- For noen barn kan det være effektivt å innarbeide ritualer for start og avslutning av behandlingstimen. Det kan være til hjelp for å tone seg inn på det som er tema for dagen, og å oppnå felles oppmerksomhet og engasjement. Dette er en støtteteknikk i tråd med Vygotskys sosio-kulturelle teori og begrep om stillasbygging, "scaffolding" (1938/1978). Vygotsky lanserte teorien om The Zone of Proximal Development, avstanden mellom hva barnet kan gjøre på egen hånd og det neste de kan klare ved hjelp av kompetent assistanse. Ved hjelp av støttende instruksjoner kan logopeden bidra med den struktur og støtte som letter elevens læring og utvikling.
- Felles oppmerksomhet og engasjement om det som er tema for læring (Bruner, 1983, 1998; Eilan, 2005).
- Motivasjon: Læringen må være lystbetont for barnet. Læring er mer effektiv dersom det knyttes an til positiv emosjonalitet (Lombroso, 2007).

- Barna er avhengig av konkret instruksjon. Abstrakt tenkning og metalingvistisk forståelse er problematisk i de fleste tilfeller.
- Repetisjon blir derfor viktig i en læreprosess. Mye kan tyde på at barn med VCFS har nedsatt korttids hukommelse. I språk og taleopplæring må derfor gjentakelse stå sentralt. Hyppige repetisjoner bidrar til å styrke forbindelseslinjer i hjernen og forsterker hukommelsen om det som skal læres (Lombroso, 2007).
- Barna kan ha konsentrasjonsvansker; arbeidsøktene bør ikke være for lange (må tilpasses alder og modenhet, varighet fra 15-30 minutter ser ut til å passe for mange).

En utfordring i det logopediske arbeidet kan være at mange av barna kan ha psykiske vansker som stereotyp personlighet og dårlig sosial interaksjon, de kan være rolige og tilbaketrukkne med svak ansiktsmimikk, eller være ytterliggående uhemmet og impulsiv, eller alvorlige og sky (Golding-Kushner et al., 1985; Swillen, 1997). Bipolare lidelser og ADHD uten hyperaktivitet har vært beskrevet og også autisme lignende trekk (Popolos et al., 1996; Goldberg et al., 1993; Swillen et al., 1999a; Gothelf et al., 2005; Niklasson et al., 2001, 2005). Mange av barna har også somatiske plager som spisevansker og forstoppelse. De kan ha lite energi, blant annet som følge av søvnvansker (Devrient et al, 2005). Det er grunn til å få undersøkt slike forhold. Ikke alltid er kompetansen til stede lokalt for å forstå barnas plager. En henvisning til Barneklubben ved Rikshospitalet er viktig i slike tilfeller.

Det er viktig at logopeden toner seg inn på det enkelte barnet, og føler seg frem i forhold til barnets grenser for oppmerksomhet og motivasjon, men også i forhold til hva som kan motivere barnet for behandlingen.

Stimulere barnets språkutvikling
Vygotsky (1938/78) fremhever lekens betydning i barnets utvikling av

begreper og intellektuelle funksjoner. Leken må ta utgangspunkt i barnets behov på bakgrunn av grundig observasjon av barnet. Generelt for leken er at den skaper mentale bilder, en fantasi, og som kan være utgangspunkt for samspill med logopeden. Leken inneholder også formelle og sosiale regler som støtter barnas samspill med andre.

Barna har ofte problemer med å oppfatte tid og rom, og ord som mellom, bak og foran kan være vanskelige å forstå. Dette kan også konkret demonstreres med utgangspunkt i leken. Leken kan også anskueliggjøre idiommer i språket, noe disse barna ofte har vansker med å oppfatte. Med leken som utgangspunkt kan barnas erfaringer være til god hjelp i logopedens arbeid med å styrke begreper, vokabular og syntaks og sosiale kommunikasjonsferdigheter som turtaking og fastholding av oppmerksomhet på lekens innhold.

Når barnet blir modent nok kan lesing bidra til å skape mentale bilder. Lesingen kan gi tilfang til språkarbeid gjennom samtaler og tolkninger av tekst, enten ved at den voksne leser for barnet der teksten er visualisert ved bilder, eller at barnet leser selv. Gjennom å samtale om lest stoff kan barnet lære å være oppmerksom på å bedømme budskapet i teksten. Logopeden kan også lære barnet å strukturere historien i teksten som en hjelp til å huske og kunne svare på spørsmål om hva han/ hun har lest. Ved bruk av lettlest bøker med kortfattet tekst kan teksten leses flere ganger for bygge språkstruktur og vokabular. Når barnet selv kan lese, kan opplæringen også foregå sammen med andre barn i små grupper (3-5 barn).

Samtalebøker der vekten er lagt på språkstruktur og vokabular, kan også være til god hjelp. Ringstedmaterialet er et semantisk screeningsmaterieell for aldersgruppen 6-12 år, kan være til god hjelp (Bo Ege: Laura L). Gjennom å være til stede under

behandlingen kan foreldre hjelpes til å bidra med god støtte til barnets læring.

Sosial kommunikasjon

For barn med VCFS kan sosial kommunikasjon være en utfordring, og intervensjon med eldre barn må også vektlegge dette perspektivet. Barna bør derfor lære å tolke ansiktsuttrykk og sosiale situasjoner, gjerne med utgangspunkt i konkrete daglige livshendelser. Rollespill kan i noen tilfeller være til hjelp i slikt arbeid. Også bruk av film og video kan være nyttig.

Tale

Hypernasalitet

Barn med VCFS har større risiko for hypernasalitet enn barn med ganespalte uten syndrom og flere andre syndromer (Golding-Kushner, 2005). Hvor mange av barna som har hypernasal tale divergerer i ulike studier, fra 75 %–90 % (Shprintzen, 1999; Eliez, 2007). Barnet som har hypernasal tale kan ha vansker med artikulasjon. Kompenserende artikulasjonsmåter gjør ofte talen ytterligere vanskelig å forstå for dem som ikke kjenner barnet. En gruppe på 65 personer med 22q11 delesjon syndrom i alderen 3–33 år ble undersøkt med henblikk på artikulasjonsvansker og forståelighet (Persson et al., 2003). Høy grad av korrekt plassering og uttale av konsonanter fant man bare hos barn fra 6 år. De konsonanter som oftest var feilartikulerte var klusiler og frikativer. En stor andel av redusert forståelighet i ulike aldre indikerer store begrensninger i kommunikasjonen hos små barn, men også hos ungdommer og voksne.

I Perssons studie var 50 % av gruppen operert eller stod på venteliste for operasjon med henblikk på reduksjon av hypernasalitet. I Norge utføres slike operasjoner ved Rikshospitalet, plastisk kirurgisk avdeling i samarbeid med Bredtvet statlige kompetansesenter, eller Haukeland sykehus i samarbeid med Statped Vest. For mange vil det kunne føre til at det blir lettere å uttale språklydene og at talen dermed blir lettere å forstå.

Artikulasjonsfeil

Man skiller gjerne mellom "obligatoriske" og "kompensatoriske" artikulasjonsfeil (Golding-Kushner, 2005).

Obligatoriske artikulasjonsfeil er direkte følge av anatomiske eller fysiologiske forhold og kan ikke unngås. For eksempel kan luftutslipp gjennom nesen under tale og tap av intra-oralt lufttrykk ikke unngås dersom barnet har velo-faryngeal insuffisiens. Logopeden kan ikke starte behandling av slike feil før velo-faryngeal insuffisiens er undersøkt ved hjelp av nasoendoskopi og eventuelt videofluoroskopi, og om mulig korrigert ved hjelp av operasjon. Dersom barnet ikke oppnår fullt velofaryngealt lukke etter operasjon kan ikke slike artikulasjonsfeil endres.

Svakt intra-oralt lufttrykk på grunn av luft lekkasje gjennom svelget til nesen kan medføre at "pappa" kan høres som "mamma", "Buss" kan høres som "munn". Dette er ingen artikulasjonsfeil, men en følge av forholdene i svelget, og kan ikke avhjelpes med logopedisk trening. Tvert imot kan slike forsøk føre til kompenserende artikulasjon som at barnet erstatter "p" og "b" med glottis stopp, den hyppigst forekommende kompenserende artikulasjonsfeil hos barn med VCFS, /s/ kan bli erstattet med faryngeal frikativ.

Kompensatoriske artikulasjonsfeil. Slike feil kan ha oppstått ved at barnet har forsøkt å kompensere for at det ikke har klart å lage språklyd som krever intra-oralt lufttrykk. Den vanligste kompenserende artikulasjonsfeil er det man kaller "glottis stopp". Som navnet sier fremkommer lyden ved at luftstrømmen stoppes i glottis. Dette gir en liten klikk-lyd som kan minne om en oral klusil. Noen av barna generaliserer denne artikulasjonsmåten til alle konsonanter og artikulerer ordene med åpen munn. Andre beveger leppene som til en /p/, /b/, /d/, /t/, men luften som skulle gi intra-oralt trykk til språklydene stoppes av stemmeleppene i glottis.

En annen kompenserende artikulasjonsmåte er faryngeale eller velare frikativ. Denne kompensasjonen forekommer oftest som erstatning for frikativer /s/, /f/, /skj/, /sj/. Lyden fremkommer ved en friksjonslyd/harkelyd i svelget eller i bakre del av velum. Studier kan tyde på at barn med VCFS tenderer til å "overgeneralisere" kompenserende artikulasjonsfeil som glottis stopp til også å gjelde frikativene, i noen tilfeller også de nasale konsonantene /m/ og /n/. Dette gjelder ikke i samme grad barn med ganespalte uten syndrom (Goldin-Kushner, 2005).

Behandling

Det er grunn til å understreke at det fins få behandlingsstudier som gjelder talevansker hos barn med VCFS. Det stiller den enkelte logoped overfor utfordringer om å være utprøvende i forhold til de anvisninger som beskrives og i sin tilnærming til barnet. Egen klinisk erfaring og de rapportene som fins støtter likevel opp om de prinsipper som fremkommer i artikkelen. Forfatteren av artikkelen tar gjerne imot innspill og erfaringer fra logopeder som selv har erfaringer med barn med VCFS.

Kliniske rapporter tyder på at logopedisk behandling er til god hjelp når det gjelder kompenserende artikulasjon. Men behandlingen må være intensiv, hyppig, individuell, konkret og systematisk. Behandlingen må være direkte rettet mot å artikulere orale konsonanter. Feilene må sees som det de er:

- Feil artikulasjonssted: luftstrømmen stoppes i larynx, ikke i munnhulen.
- Feil artikulasjonsmåte: orale friksjonslyder artikuleres ved hjelp av friksjon i svelget i stedet for i munnhulen, palatalt, postdentalt eller labio-dentalt.

Kompenserende artikulasjon skyldes ikke oral motorisk dysfunksjon, og oralmotoriske øvelser synes ikke å ha innvirkning på å avlære kompensasjonene (Golding-Kushner, 2005, 2007). Ved behandling av artikulasjonsvan-

sker hos barn med VCFS må man ta utgangspunkt i at barna kan ha vansker med å oppfatte nyanser i tonefall og mening, og abstrakt tenkning kan være dårlig utviklet. Metoder som tar utgangspunkt i at barnet skal oppdage fonologiske mønstre krever metalingvistisk kompetanse som disse barna ofte ikke har.

Instruksjonen må være konkret. Logopeden må derfor gi kortfattet forklaring og bygge på imitasjon og øvelse. Fortell barnet hvordan den aktuelle lyden skal produseres. Fortell hvor leppe- tunge etc. skal plasseres, og understrek at luftstrømmen skal gå gjennom munnen, ikke gjennom nesen. Logopeden må bruke ulike innfallsvinkler i sin instruksjon: Lytting ved at logopeden uttaler lyden, verbal instruksjon, visuelle holdepunkter ved bruk av speil, taktile holdepunkter, for eksempel ved at barnet kan kjenne luftstrømmen komme ut av munnen ved produksjon en /h/, manuell assistanse ved at man holder leppene sammen ved produksjon av /m/; /p/; /b/.

En måte å eliminere glottis stopp på kan være å gjøre øvelser ved svak oral luftstrøm. Man kan benytte manuell assistanse ved å holde for nesen, slik at barnet kan kjenne at luften strømmer ut av munnen. Bruk av lomme-speil kan vise dugg på speilet, henholdsvis ved oral og nasal luftstrøm. Når barnet har etablert oral luftstrøm kan man be barnet holde leppene sammen et øyeblikk. Slik dannes en /p/. Denne kan igjen kombineres med /ha-/p/-ah. Øvelser med svak oral luftstrøm vist seg å lette opplæringen av orale konsonanter og gjør det lettere for barnet å bryte med vanen om å sette inn glottisstop. Begynn med de fremre og synlige, ustemte klusilene (/p/; /t/) og ustemt frikativ (/f/). Barna er avhengige av repetisjon og hyppig oppfølging for å lære, men læringsøktene kan ikke være for lange.

Når de kompensierende vanene har vært benyttet lenge, kan det ta tid før barnet kan ta i bruk korrekt artikula-

sjons sted- og måte i løpende tale. Hyppig repetisjon ved regelmessig støtte av logoped er nødvendig.

Klinisk erfaring har vist at det å arbeide med artikulasjon kan være provoserende for barn. Mange har opplevd ikke å bli forstått, og mange har vært ertet av sine jevnaldrende fordi de ikke snakker "rent". Artikulasjonstreningen handler om det som mange av barna vet de ikke har mestret. Likevel er mange svært motivert for "å lære å snakke ordentlig". Men det viktig at logopeden er tålmodig. Dersom barnet ikke får til å følge instruksjonen, må logopeden ikke gjøre for mange forsøk. Å trene for mye på noe man ikke klarer kan fort føre til oppgitthet hos barnet, og kan ødelegge motivasjonen for videre behandling. I verste fall kan også kompenserende artikulasjonsmåter forsterkes.

Spørsmål om trening hjemme kommer ofte opp. Det kan være et vanskelig spørsmål. Dersom logopeden avtaler at foreldre kan praktisere med sine barn, må det avtales hvordan og hvor mye. Det bør ikke overskride mer enn avtalte fem minutter, og kun etter avtale med barnet bør foreldre minne barnet på om det gjør feil utenom den avsatte tiden. Ofte skal det lite til før barnet oppfatter en vennlig påminning som mas, og da mas på noe barnet ikke mestrer. Det kan igjen føre til vedlikehold av kompenserende artikulasjon og virke mot sin hensikt. (Golding -Kushner, 2005, Egen klinisk erfaring).

Stemme

Heshet forkommer ofte hos barn med VCFS. Det kan ha ulike årsaker. Anomalier i stemmeleppene har vært rapportert hos ca 35 % av barna (Chegar et al, 2006). Det kan være asymmetrisk størrelse eller asymmetrisk parese av stemmeleppene eller anomalier i larynx. Heshet må undersøkes hos øre-nese-halslege ved hjelp av laryngoskop, og kan være vanskelig å behandle logopedisk.

Heshet kan også være en følge av velo-faryngeal insuffisiens ved at barnet anstrenger seg for å få tilstrekkelig lufttrykk for tale. Det kan føre til slitasje på stemmeleppene og gi heshet. (Golding-Kushner, 2007).

Pitch har ofte vært rapportert hos barn med VCFS. Dette kan skyldes anomalier i larynx eller umodenhet. Dersom det skyldes en innsnøring eller annen gjennomgangshindring for luftstrømmen (laryngeal web), kan dette i noen tilfeller la seg operere, men er eller vanskelig å behandle logopedisk (Shprintzen, 2005).

Stemmens klang eller resonans formes gjennom det som ofte kalles stemmetrakten; svelg, nese-og munnhule. Ved normal resonans er det en balanse mellom nasal og oral klang. Når funksjonen i velo-farynx er nedsatt vil stemmen ha en for sterk grad av hypernasal resonans fordi luften slippes opp i nesen. Barn med VCFS har velo-faryngeal insuffisiens i 75-90 % av tilfellene. Den hypernasale resonansen bidrar til at talen blir vanskeligere å forstå, selv om artikulasjonsmåte- og sted er korrekt.

Blant de forhold som ellers kan bidra til resonansen er adenoider og tonsiller. Det er en ufravikelig regel at barn med slike resonansproblemer må henvises til undersøkelse et av ved teamene for leppe-kjeve Bredtvet/Rikshospitalet, Satped Vest/Haukeland sykehus.

Tegn til tale

Det har vært diskusjon blant fagpersoner om man bør understøtte bruk av tegn til tale. Representanter fra miljøer med lang erfaring med barn med VCFS Golding-Kushner (1995, 2001) og Shprinzen (1998) legger vekt på en oralspråklig tilnærming med vekt på å etablere et funksjonelt oralt vokabular og artikulasjonsferdigheter. Golding-Kushner fremhever betydningen av intensiv artikulasjon- og språktrening, uten å bruke tid på tegn til tale. Dette vil lære barnet betyd-

ningen/ viktigheten av å bruke tale. Hun anbefaler også at i stedet for å bruke tid på å lære foreldre tegn, bør man lære å være tale-og språkmodell for barnet og inspirere, styrke og bekrefte barnets tale og språk.

Andre legger større vekt på total kommunikasjon og anbefaler tegn til tale som en "bro" for å lette kommunikasjonen med pårørende (Sherer & D'Antonio, 1998; Solot & al., 2001, Henningson, personlig meddelelse, 2007).

Det fins ingen evidensbaserte studier som går i favør av den ene eller den andre tilnærmingen. Mange av barna benytter seg av tegn og gester for å gjøre seg forstått. Dette er ikke konvensjonelle tegn, og kan knapt forstås utenfor sirkelen av de aller nærmeste. Noen foreldre ser dette som en impuls til å gå videre med å lære konvensjonelle manuelle tegn til tale. I hverdagen kan derfor det nonverbale språket få en forrang fremfor det orale språket, selv om det også er eksempler på at tegn til tale avvises.

Kanskje kan man hevde at opplæring i konvensjonelle tegn til tale kan være et forstyrrende element i kommunikasjonen utenfor sirkelen av de aller nærmeste. Tegnet er ikonisk og stiller krav både til presis bruk av hender og evne til å avlese tegnet speilvendt, noe som er utfordrende for mange barn så vel som for samtalepartneren. En annen fare ved bruk av tegn kan være at språket forenkles, vokabular og grammatikk snevres inn. Ved å bruke en oralspråklig metode må barnet rette oppmerksomheten mot samtalepartnerens ansikt og munn, noe som også kan understøtte sammenhengen mellom hva som sies og samtalepartnerens ansiktsuttrykk.

Trolig må man prøve seg frem i forhold til det enkelte barn og deres foreldre. Et overordnet mål må også være at barnet skal kunne gjøre seg forstått og selv forstå.

Erfaringer man gjør i arbeidet med disse barna representerer verdifull kunnskap. Artikkelforfatteren tar med glede imot rapporter om egen erfaring med slike barn.

Arbeid med fonologiske språkvansker innebærer å arbeide med de lydmessige sider av språket. Bedring av tale vil derfor også ofte bedre språkkompetansen (Golding-Kushner, 2005).

Atferdsendring

Kommunikasjon med jevnaldrende kan bli vanskeligere med alderen dersom talen er svært avvikende. Mange av barna i førskolealder kan være oppsøkende og åpne i forhold til jevnaldrende. Ved inngangen til puberteten kan noen endre atferd. De blir stille og tilbaketrukkne, redd for å søke kontakt med jevnaldrende. Noe kan ha en tendens til å søke kontakt med voksne. Dette kan være en reaksjon på tidlige negative erfaringer. Dersom barnet isolerer seg i en aktivt lekende periode og dette vedvarer, bør dette følges med oppmerksomhet. Sosiale bekymringer og det å føle det truende med sosial kontakt er assosiert med tidlige tegn på psykiske lidelser, noe som rammer mange av disse barna (Stevens & Murphy, 2005; Eliez, 2007³⁾). Dersom slike atferdsendringer varer ved bør man henvise til psykisk helsevern for nærmere vurdering.

Praktisk kunnskap

Barns rettigheter i forhold til språk- og talevansker er hjemlet i Opplæringsloven, Kapittel V om Spesialundervisning (Kunnskapsdepartementet, LOV-1998-07-17-61). Det innebærer at barn etter sakkyndig vurdering har rettigheter i forhold til tilpasset opplæring og nødvendige hjelpemidler som for eksempel PC. Informasjon om formelle rettigheter i forhold til aktuelle lover er en viktig del av arbeidet med å styrke foreldres opplevelse av å mestre de utfordringene det innebærer å ha et barn med omfattende vansker.

Ut fra hva vi vet om barn med VCFS, kan mentale og andre helseproblemer ramme en stor del av barna. Flerfaglig kompetanse er en nødvendighet for å imøtekomme disse barnas behov. Logopeden kan ofte være den som observerer symptomer på at noe kan være galt. Å henvise til andre aktuelle hjelpeinstanser som for eksempel psykisk helsevern eller til spisskompetansesenter er i slike tilfeller en betydelig oppgave.

Pårørende må også eksplisitt informeres om spisskompetansesentra for logopedi som fins i Oslo, Bredtvet kompetansesenter og i Bergen, Staped Vest. Disse vil igjen kunne viderehenvise til spisskompetansesentra ved henholdsvis Rikshospitalet, Haukeland sykehus.

Avslutning

Et viktig utgangspunkt for å hjelpe barn med så kompliserte språk og taleforhold som barn med VCFS har, er å etablere et godt tillitsforhold til foreldre, der deres situasjon og egen kompetanse blir anerkjent. Det vil også underbygge foreldres opplevelse av den betydningen de har for sitt barns utvikling, både psykisk og sosialt.

Et kjennetegn ved barn som har VCFS er at de kan ha mange problemer som trenger å bli undersøkt og behandlet av ulike spesialister. En stor del av barna står også i fare for å utvikle psykiske lidelser og schizofreni. Barnet bør derfor komme regelmessig til kontroll hos et spesialisert flerfaglig team. Dette er ennå ikke fast organisert, men Barnekliviken på Rikshospitalet ser ut til å få et landsdekkende ansvar for denne gruppen. De har allerede opparbeidet kunnskap og erfaring som kan komme barna og foreldrene til gode.

Barn med VCFS har også behov for oppfølging av logoped gjennom barnedom og oppvekst. Men til tross for de

³⁾ For ytterligere informasjon om dette, se artikkel I

store vanskene som mange av barna har, viser erfaringer fra andre land både i Europa og USA (Eliez, 2007; Cutler-Landsman, 2007) at de fleste

kan følge vanlig undervisning, forutsatt at de får tilstrekkelig spesialpedagogisk hjelp. Det må likevel understrekes er at den pedagogisk-psykologiske

tjenesten må bidra med systematisk observasjon for å sette realistiske mål for den enkelte.

Referanser

- Bruner, J. (1983). *Child's Talk. Learning to Use Language*. Oxford University Press.
- Bruner, J. (1998). *The Culture of Education*. Fourth printing. Cambridge. Harvard University Press.
- Chegar, B.E., Tatum, S.A., III, Marinar, E., & Shprintzen, R.J. (2006). Upper airway asymmetry in velo-cardio-facial syndrome. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 70 (8): 1375-1381.
- Cutler-Landsman, D. (2007). *Educating Interventions and Evaluation of Effective Practices*. I: Cutler-Landsman, D. (red). : *Educating Children with Velo-Cardio-Facial Syndrome*. San Diego. Plural Publishing.
- D'Antonio, L., Scherer, N., Miller, L et al. (2001). Analysis of speech characteristics in children with velocardiofacial syndrome (VCFS) and children with phenotypic overlap without VCFS. *Cleft Palate and Craniofacial Journal*, 39: 455-67.
- Devriendt, K., Rommel (2005) Nephro-urologic, gastrointestinal, and ophthalmic findings. In: Murphy, K.C. & Scambler, P.J. (2005). *Velo-cardio-Facial Syndrome. A Model for Understanding Microdeletion Disorders*. Cambridge University Press.
- Ege, Bo Laura L (Laura Latency) en semantisk iagttagelse screening, Ringsted materialet Special-pædagogisk forlags Katalog 2004-2006
- Elian, N. (2005). *Joint Attention, Communication, and Mind*. I : Elian, N., Hoerl, C., McCormack, T., Roessler, J. (Red.). *Joint Attention: Communication and Other Minds. Issues in Philosophy and Psychology*. Oxford: Clarendon Press.
- Eliez, S. (2007). Autism in Children with 22q11.2 Deletion Syndrome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychology*, 46(4) 2007: pp 433-434.
- Golding-Kushner, K. (2007). *Communication in Velo-Cardio-Facial Syndrome*. I: Cutler-Landsman, D. (red). : *Educating Children with Velo-Cardio-Facial Syndrome*. San Diego. Plural Publishing.
- Golding-Kushner, K. (2005). *Speech and language disorders in velo-cardio-facial syndrome*. In: Murphy, K.C. & Scambler, P.J. (2005). *Velo-cardio-Facial Syndrome. A Model for Understanding Microdeletion Disorders*. Cambridge University Press.
- Golding-Kushner, K. (2001). *Therapy Techniques of Cleft-Palate Speech and VPI*. San Diego, CA: Singular Publishing Group.
- Gothelf, D., Eliez, S., Thompson, T., Hindard, C. et al. (2005). COMT genotype predicts longitudinal cognitive decline and psychosis in 22q11.2 deletion syndrome. *Nature Neuroscience*, 8 (11):1500-2.
- Lassen, L.M. (2001) "Empowerment" som prinsipp og metode i spesialpedagogisk rådgivningsarbeid. I: Befring, E., Tangen, R. (red): *Spesialpedagogikk*. Oslo. Cappelen Akademiske Forlag.
- Lombroso, P. (2007). Memory and Learning. Hovedforedrag ved European Society for Child and Adolescent Psychiatry. 13th. International Congress, Firenze. 25-29. august.
- Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa (opplæringslova). Kunnskapsdepartementet. LOV-1998-07-17-61, sist endret: 2007-06-29
- Niklasson L, Rasmussen P, Oskarsdottir S, Gillberg C. (2005) Attention deficits in children with 22q.11 deletion syndrome. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 7(12):803-7.
- Niklasson, L., Rasmussen, P., Oskarsdottir, S. (2001). Neuropsychiatric disorders in the 22q11 deletion syndrome. *Genetics in Medicine* 3: 79-84.
- Oskarsdottir, S. (2004). Incidence and prevalence of the 22q11 deletion syndrome: a population-based study in Western Sweden. *Archives of Disabled Children* 89 (2):148-51.
- Papoulos, D.F., Faedda, G.I., Veit, J., Goldberg, R., Morrow, B., Kucherlapa, Shprintzen, R.J. (1996). Bipolar spectrum disorders in patients diagnosed with velo-cardio-facial syndrome: Does hemizygous deletion of chromosome 22q11 result in bipolar affective disorders? *American Journal of Psychiatry*, 153(12): 1541-7.
- Persson, C., Lohmander, A., Jonsson, R., Oskarsdottir, S., Söderpalm, E. (2003). A prospective cross-sectional study of speech in patients with the 22q11 deletion syndrome. *Journal of Communication Disorders*. 36 (1): 13-47.
- Persson, C., Niklasson, L., Oskarsdottir, S., Johansson, S., Jönsson, R., Söderpalm, (2006). Language skills in 5-8 year old children with the 22q11 deletion syndrome.
- Roizen, N.J., Antshel, K.M., Fremont, W., Abdulsabur, N., Higgins, A.M Shprintzen, R.J., Kates, W.R (2007). 22q11.2 Deletion Syndrome: developmental milestones in infants and toddlers. *Journal of Developmental Behavioural Pediatrics*; 28:119-24.
- Sherer, N., D'Antonio, L., Kalbfleisch, J. (1999). Early speech and language development in children with velocardiofacial syndrome. *American Journal of Medical Genetics*, 88, 714-723.
- Solot, C., Knightly, C., Handler, S. et al. (2000). Communication Disorders in the 22q11.2 microdeletion syndrome. *Journal of Communication Disorders*, 33: 187-204.
- Solot, C., Gerdes, M., Krishner, R., et al. (2001). Communication issues in 22q11.2 deletion syndrome: Children at risk. *Genetic Medicine*, 3: 67-71.
- Swillen, A., Devriendt, K., Leguis, E., et al. (1999a) The behaviour phenotype in velocardio-facial syndrome: from infancy to adolescence. *Genetic Counselling*, 10, 79-88.
- Glasser, B., Mumme, D., Blasey, C. et al. (2002). Language skills in children with velocardiofacial syndrome (deletion 22q11.2).
- Shprintzen, R.J. (2000). *Syndrome Identification for Speech-Language Pathology*. San Diego, Singular Publishing Group
- Shprintzen, R.J., Goldberg, R.B., Lewin, M.L. et al. (1978). A new syndrome involving cleft palate, cardiac anomalies, typical faces, and learning disabilities: velo-cardio-facial syndrome. *Cleft Palate Journal*, 15 (1): 56-62.
- Stevens, A., Murphy, K.C. (2005). Behaviour and Psychiatric disorders in velo-cardio-facial syndrome. In: Murphy, K.C. & Scambler, P.J. (2005). *Velo-cardio-Facial Syndrome. A Model for Understanding Microdeletion Disorders*. Cambridge University Press.
- Sæther, I.L. (2007). Velo-cardio-facial syndrom (VCFS)/Di George/22q11 deletion syndrom. Logopedens sentrale stilling. *Norsk Tidsskrift for logopedi*, nr.2.
- Vygotsky, L.S (1938/1978). *Mind in Society: The Development of Higher Psychological Processes*. London. Harvard University Press.

Blikk og samhandling i kommunikasjon med personer som stammer



Marianne Lind

er språkviter/dr.art. og har arbeidet mest med språk- og kommunikasjonsvansker hos afasirammede. Hun er ansatt som rådgiver ved Bredtvet kompetansesenter.



Merethe Mørk

er logoped/-cand.paed.spec. med lang erfaring innen taleflytfeltet. Hun arbeider til daglig som seniorrådgiver ved Bredtvet kompetansesenter.



Hilda Sønsterud

er logoped/cand.ed. og har sin faglige hovedinteresse i forhold til taleflytvansker. Hun arbeider som rådgiver ved Bredtvet kompetansesenter.

Med utgangspunkt i en faglig nysgjerrighet på hva samtaleanalyse kan bidra med i forhold til kunnskap om stamming og eventuelle nye innfallsvinkler til undervisning/behandling for denne gruppen språkbrukere, ble det ved Bredtvet kompetansesenter våren 2006 satt i gang en utforskende, kvalitativ pilotstudie av dialoger mellom ungdommer/unge voksne som stammer og logopedstudenter. Studien ble gjennomført i samarbeid mellom to logopeder innenfor taleflytfeltet og en språkforsker ved senteret.

Innledning

Stamming er primært en vanske med å få den muntlige språkproduksjon til å bli så lett og uanstrengt som man ønsker. Vansken kjennetegnes ved gjentakelser av språklyder og/eller stavelser, forlengelser av lyder og stans i stemmeproduksjonen. Graden av åpen stamming varierer både inter- og intraindividuell. I tillegg til den åpne stammingen utvikler mange som stammer ofte atferd som kan karakteriseres som sekundær stamming/atferd (Guitar 2006). Det kan for eksempel være ulike medbevegelser, økte muskelspenninger og forskjellig "fluktatferd". Dette kan også forstås som mestringsstrategier personen som stammer tar i bruk for å hankses med vansken sin (Tetnowski, Damico & Damico 2001).

Selv om variasjonen er stor mellom personer som stammer, både i forhold til det som er synlig og hørbart, og i forhold til hvordan taleflytvansken oppleves og mestres, er det flere studier som viser at det å stamme kan føre til begrensninger og opplevelser av mangler i forhold til muligheter, valg, kommunikasjon og livskvalitet. Det at man stammer, kan for noen føre til at de ikke får brukt de menneskelige ressursene de har fullt ut, at de ikke får utfoldet seg slik de ønsker i forhold til utdanning, yrke, sosial omgang osv. (Crichton-Smith 2002).

Dialogisk kommunikasjon, spesielt den muntlige samtalen ansikt til ansikt, kan karakteriseres som en livsnødvendig form for mellommenneskelig samspill. Samtalen er den mest grunnleggende og universelle av alle former for kommunikasjon mellom mennesker, og den er en sentral arena for å skape og befeste identiteter og relasjoner (se Lind (2005a) og referanser der).

I logopedisk undervisning/behandling er samtalen viktig av to grunner. For det første er det viktigste behandlingsmålet for en person med en språk- eller talevanske svært ofte en funksjonell bedring i dagliglivets kommunikasjonssituasjoner, slik som samtaler. Selvfølgelig har ikke all undervisning/behandling nødvendigvis et spesielt fokus på samtaleferdigheter. Når man evaluerer undervisningen/behandlingen, vil det allikevel vanligvis være svært viktig å undersøke hvil-

ken virkning opplegget har hatt i forhold til funksjonelle ferdigheter i dagliglivets samtalsituasjoner. Den andre grunnen til at samtaler er viktige i logopedisk praksis, er at mye av undervisningen skjer nettopp i form av samtaler mellom logopeden og klienten/eleven/brukeren. Samtalen blir så å si det "stedet" der behandlingen foregår (Byng 1995).

Det er selvfølgelig mange måter å analysere samtaler på (Lind 2005a). I den studien vi presenterer her, har vi valgt å bruke prinsipper fra det som på norsk kalles "samtaleanalyse" (Conversation Analysis (CA)). Det er en analysemetode som opprinnelig ble utviklet innenfor (mikro)sosiologi og senere videreutviklet gjennom såkalt interaksjonell lingvistik. Det er en "åpen" metode som legger vekt på å gi stringente, kvalitative beskrivelser og analyser av hvordan deltakerne selv skaper orden og mening i sosiale samhandlingssituasjoner, som samtaler. Den sekvensielle strukturen i samtalen og hva den fylles med, blir et viktig utgangspunkt for analysen, og hele tiden skal beskrivelsen være forankret i data (lyd-/videoopptak av faktisk forekommende samtaler). Metoden er også kjennetegnet ved at den ikke vil avfeie noen typer atferd som irrelevante i kommunikasjonen. Den er tvert imot svært opptatt av de små og tilsynelatende uviktige detaljene (som blikk, pauser, nølelyder osv.)

Innenfor språk- og talevanskefeltet har samtaleanalysen i størst grad vært brukt i forhold til afasi (se f. eks. flere artikler i Goodwin (red.) 2003, jf. også Lind 2005b, 2007, Røste 2006), men analysemetoden er helt klart relevant også i studiet av andre vansketyper. I forhold til stamming finnes noen få studier internasjonalt som eksplisitt tar et slikt interaksjonelt perspektiv (Tetnowski & Damico 2001, Tetnowski et al 2001, Acton 2004).

Materiale og metode i vår studie

Materialet for studien vår består av totalt 11 videoinnspilte samtaler mellom en person som stammer og en logopedstudent. I analysen har vi valgt å fokusere spesielt på tre av samtaleparene, som vi kommer nærmere inn på etter hvert. Videoopptakene ble gjort på Bredtvet kompetansesenter i forbindelse med logopedstudentenes praksisperiode på taleflytte teamet da det samtidig også ble holdt flerdagskurs for ungdommer og unge voksne som stammer. Med unntak for ett av samtaleparene kjente ingen av deltakerne i de enkelte samtalene hverandre på forhånd. De fikk beskjed om at de skulle snakke sammen i ca. 20 minutter, og at de kunne snakke om hva de ville, for eksempel om hvordan de opplevde dagene på Bredtvet.

Utgangspunktet vårt for å studere samtaler med ungdommer/unge voksne som stammer, var som sagt en faglig nysgjerrighet på hva samtaleanalysen kunne bidra med i forhold til kunnskap om stamming, og om hvordan stamming kan påvirke kommunikasjonen i ansikt-til-ansikt samtaler. Vi ønsket å ha en åpen tilnærming til materialet vårt der vi

ikke på forhånd hadde definert nøyaktig hva vi skulle fokusere på. Det vi hadde bestemt oss for, var at vi ville starte med å undersøke sekvenser i samtalene der det forekommer stamming, og at vi ville se på hvordan deltakerne – både de som stammer, og de som ikke stammer – takler disse sekvensene. Er det mulig å skille ut noen strategier eller spesielle atferdsmønstre hos noen av deltakerne? Hvilke ulike signaler gis eller gis ikke?

Før vi kunne komme i gang med denne analysen, så vi gjennom materialet både i fellesskap og individuelt for på den måten å kunne danne oss et generelt inntrykk av de ulike samtalene. Vi bestemte oss for å fokusere spesielt på tre av samtalene, fordi vi mente at disse på hver sin måte kunne illustrere noe av det vi etter hvert hadde begynt å legge merke til, nemlig bruken av blikket (øyekontakt eller mangel på dette) i forbindelse med ytringer der det forekommer stamming. De tre samtalene vi valgte å fokusere på, ble deretter grovtranskribert. Det vil si at alle ytringer ble skrevet ned, men det ble på dette stadiet ikke lagt vekt på å transkribere taleflytbrudd, pauser, overlappende tale osv. i særlig stor grad. Transkripsjonen hjalp oss imidlertid til å fastholde noe av alt det flyktige som skjedde i de enkelte samtalene, og selve transkripsjonsprosessen åpnet øynene våre ytterligere for det fenomenet vi hadde begynt å undersøke, blikkatferd. Parallelt med transkriberingen merket vi oss sekvenser som kunne være relevante for den videre analysen.

De tre samtalene vi valgte å fokusere på, var samtalene mellom Roger og Nina, Erik og Anne og John og Helene. Disse navnene er selvfølgelig fiktive. Alle de tre kvinnene var unge logopedstudenter. Roger og Erik var begge 15 år gamle, mens John var tidlig i 20-årene. Rogers stamming var karakterisert ved alvorlige blokkeringer, forlengelser av lyder og en uhensiktsmessig bruk av pust. I tillegg hadde han en god del ansiktsgester. Eriks stamming var preget av gjentakelser, forlengelser og blokkeringer, og han hadde også en del bruk av gester (hode, øyne, kropp). Johns stamming var først og fremst karakterisert ved gjentakelser, men også noen alvorlige blokkeringer. Alle tre hadde stammet siden de var barn, de hadde eller hadde hatt behandling/undervisning hos logoped, og de hadde også alle tidligere deltatt på kurs ved Bredtvet kompetansesenter.

Teoretisk bakgrunn: samtaleturner og turveksling

Noe av det studier av samtaler i ulike sammenhenger har vist, er at en av de grunnleggende "byggeklossene" i samtaler er det vi kaller samtaleturner. En samtaleturn er en avgrenset periode i samtalen da én deltaker har eksklusiv rett og plikt til å gi et bidrag til samtalen. Bidraget eller turen fylles med, kan være alt fra et enkelt ord til flere, lange og utbroderte setninger. Turen kan også fylles av noe ikke-språklig, som kremting, hosting, latter, nikking, et smil osv. Ved slutten av en tur kan det skje et skifte av talere.

Slike skifter eller turvekslinger er ofte kjennetegnet av smidighet, altså at det verken oppstår lange pauser mellom turene (mellom ytringene fra to ulike samtaledeltakere) eller stor grad av overlappende tale (at deltakerne snakker i munnen på hverandre). Når vi nærmer oss et turskiftepunkt i samtalen, ser vi også ofte en opphopning av ulike typer signaler, for eksempel at det bidraget som produseres, er i ferd med å bli fullstendig både grammatisk, prosodisk, semantisk og pragmatisk, og at bruken av ikke-språklige signaler endres (taleren slutter å gestikulere, og samtaledeltakerne øker blikkontakten).

Denne beskrivelsen av turveksling kan vi kalle en "klassisk" beskrivelse, da den stammer fra en av de tidligste artiklene innenfor samtaleanalyse (Sacks et al 1974, jf. også Ford et al 2002). På mange måter ses turer her som et individuelt fenomen, noe den enkelte samtaledeltakeren er ansvarlig for. Senere forskning har vist at det slett ikke er uvanlig at turer produseres av to eller flere samtaledeltakere sammen, altså at en deltaker avslutter en tur som en annen har påbegynt (Lerner 1996, 2002). Mengden og funksjonen av slike samproduserte turer varierer mellom ulike typer samtaler og ulike kontekster, men fenomenet er altså slett ikke uvanlig.

(1)

- | | | |
|----|----|--|
| 1 | V: | det var ... en del ting jeg v- hadde gått glipp av |
| 2 | | .. sånn |
| 3 | | .. av norske eventyr |
| 4 | | [og=] |
| 5 | R: | [å ja] |
| 6 | | akkurat |
| 7 | V: | .. ikke sant? |
| 8 | R: | (0) ja |
| 9 | V: | (0) en sånn arv som som faren min som var den norske delen ikke= |
| 10 | R: | (0) hadde greid å for[midle videre til dere ikke sant] |
| 11 | V: | [ikke formidlet og dermed så ble det] borte ikke sant |

En norsk studie av slike konstruksjoner er Skovholt (1999). (2)

Eksempel (1) er hentet fra hennes studie og illustrerer fenomenet.

Transkripsjonen er noe forenklet fra Skovholt (1999:60).

(Transkripsjonssymboler: = forlenget lyd, .. kort pause, ... lengre pause (nærmere ett sekund), (0) betyr at den neste ytringen produseres rett etter den foregående ytringen (uten noe minimalt opphold), [] overlappende tale.)

V. og R. er kvinner, og begge er studenter. De snakker her om V.s bakgrunn.

Hun er halvt fransk og føler at det er deler av den norske kulturarven hun har gått glipp av i oppveksten. I linje 10 ser vi hvordan R. fullfører den ytringen V. har begynt på i linje 9.

Det å delta i en samtale krever blant annet at en samtale-deltaker som har tatt eller fått en samtaleturn, ganske raskt må vise verbalt eller ikke-verbalt for de andre deltakerne i samtalen at hun er opptatt med å fylle turen med et innhold. Hvis hun ikke gjør det, er risikoen stor for at hun mister turen til en annen deltaker. Det er altså to "krav" hun stilles overfor: et krav om umiddelbar progresjon (at hun ganske raskt fører samtalen videre) og et krav om at hun fyller samtaleturen med en relevant og sansbar (dvs. synlig og/eller hørbar) handling, ofte en språklig ytring.

Sett i lys av de taleflytvanskene stammingen medfører, valgte vi å se nærmere på hvordan personer som stammer håndterer kravene om progresjon og om å demonstrere eller vise at de er opptatt med å konstruere en tur. Og vi valgte å fokusere spesielt på hvordan denne involveringen i turkonstruksjon kommer til uttrykk ikke-verbalt.

Blikkatferd i forbindelse med stamming: eksempler fra materialet

I materialet vårt er det én form for ikke-verbal atferd som vi la spesielt merke til hos flere av de samtaledeltakerne som stammet, nemlig at de brøt blikkontakten med samtalepartnern sin på bestemte steder i samtalen. For en del

av de som stammet, skjedde dette systematisk i forhold til turer eller deler av turer der de stammet mye. Vi skal se på to eksempler på dette.

Det første eksemplet er hentet fra samtalen mellom John og Helene der de snakker om hennes utdannelses-/karriereplaner (eksempel (2)). I transkripsjonen er våre kommentarer plassert i parentes.

- | | | |
|----|----|---|
| 1 | J: | og du= er du er= altså .. førskolelærer |
| 2 | H: | ja |
| 3 | J: | men du har bestemt deg for at du har lyst til å bli ... pedagog |
| 4 | | <u>nei /he he he he he ... he he he he/</u> (J. rister på hodet, lukker øynene) |
| 5 | | logoped |
| 6 | H: | ja |
| 7 | J: | i stedet |
| 8 | H: | ja |
| 9 | | .. det har jeg |
| 10 | J: | .. så gøy |

Gjennom hele dette samtaleutdraget ser John og Helene på hverandre, bortsett fra i linje 4. I den delen av turen som er understreket i linje 4, rister John på hodet mens han sier "nei", deretter lukker han øynene – han bryter altså blik-

kontakten med Helene – mens han gjentar stavelsen /he/. Han holder øynene lukket i omtrent 7 sekunder før han åpner dem og ser på Helene igjen samtidig som han produserer det ordet han antakelig forsøkte å få fram: "logoped".

Det andre eksemplet vårt er hentet fra samtalen mellom Erik og Anne, der Erik forteller om hva tanta og onkelen hans arbeider med (eksempel (3)).

(Transkripsjonssymboler: <X X> usikker transkripsjon, <P P> lav stemme, :: indikerer blokkering).

(3)

1 A: fikk du være med på tv også?
2 E: (0) nei
3 A: .. nei
4 <X <P bare [bak P> X>]
5 E: [men=]
6 .. men eh t::anta mi ho j-j-jobber med .. å f-f-filme og sånn
7 A: .. mm
8 E: .. og onkel'n min han j-j-jobber .. i radio'n
9 A: .. mm
10 E: så så da kom jeg .. p::å radio'n .. i to m:::inutter
11 A: .. ja?

I dette samtaleutdraget ser Erik og Anne på hverandre, unn- (4)
tatt i de delene av Eriks turer som er

understreket (linje 6, 8 og 10). Hver av disse linjene inneholder det vi kaller én turdannende enhet (Lind 2005a). I begynnelsen av hver av disse turdannende enhetene, flytter Erik blikket sitt vekk fra samtalepartneren sin, og han gjenopptar blikkontakten først når han nærmer seg slutten av den turdannende enheten. En slutt på en turdannende enhet er det samme som et sted i samtalen der et turskifte potensielt kan finne sted. I de ytringene Erik produserer i linje 6, 8 og 10, er det tydelig at han stammer. Det ser vi både ved gjentakelser av lyder ("j-j-jobber") og blokkeringer ("m:::inutter"). I motsetning til John lukker ikke Erik øynene, men han bryter like fullt blikkontakten med samtalepartneren sin. Han kikker ut i rommet i stedet for på henne, og i en del tilfeller snur han også rent fysisk på hodet.

De to eksemplene vi har sett på så langt, er ikke enestående, men snarere typiske for et bestemt atferdsmønster i materialet vårt. Denne typen atferd – at man bryter blikkontakten med samtalepartneren sin når det oppstår et problem med konstruksjonen av en tur – har også blitt beskrevet tidligere (Tetnowski & Damico 2001, Rhys 2005). Problemer med turkonstruksjon kan arte seg på mange måter (stamming, anomi osv.), og denne typen blikkatferd finner vi både i samtaler der en eller flere av

samtaledeltakerne har en språkvanske, og i samtaler mellom språklig normalt fungerende personer.

Når man bryter blikkontakten enten ved å se bort eller lukke øynene, signaliserer man kanskje at man vil arbeide seg gjennom turen på egen hånd, at man ikke vil ha hjelp eller bli avbrutt av den andre. Avbrutt blikkontakt kan også være et signal om at man har negative reaksjoner relatert til egen tale og stamming. Når man gjenoppretter blikkontakten med samtalepartneren, signaliserer man blant annet at man er klar over at samtaler fordrer en viss grad av felles oppmerksomhet, og at man nå er rede til å gjenopprette denne.

Selv om det å bryte blikkontakten ved vanskelige punkter i samtalen er en vanlig strategi, er den ikke absolutt nødvendig eller uunngåelig. I en av de samtalene vi har i materialet vårt, velger den samtaledeltakeren som stammer, en helt annen strategi, slik vi ser i eksempel (4). Utdraget er hentet fra samtalen mellom Roger og Nina, og de snakker om en film Roger har sett på kino med faren sin. (Transkripsjonssymboler: ☹ betyr bruk av ansiktsgester (sekundær atferd), <h h> tale på innpust, (h) innpust.)

1 R: så .. ☹ ja je-je-jeg meg og <h pappa v::var h> på ki:::ki-<h ki-kino h> på'n
2 N: [mm]
3 R: [da] da .. ja da <h den h> da den gi: (h) da den filmen g:gikk
4 N: (0) mm
5 R: og <h pappa h> han s::: <h syntes h> det var <h /k/: ☹ gøy h> han med
6 N: (0) mm

Som vi ser, stammer Roger ganske mye her, men til tross for det beholder han øyekontakten med Nina hele tiden. Vi kan også merke oss at Nina er en svært aktiv mottaker i samtalen med Roger. Hun gir både verbale og ikke-verbale tilbakemeldinger, såkalte "fortsettelsesmarkører", i stor grad. Verbale tilbakemeldinger ser vi i linje 2, 4 og 6. De ikke-verbale tilbakemeldingene består av nikking og andre hodebevegelser, og de forekommer på de stedene i utdrag (4) som er understreket. Disse signalene som Nina gir om at Roger bare kan gå videre med turen sin, er koordinert både med de stedene i turen der Roger stammer kraftig, og med steder der det kan finne sted en turveksling.

Sammenfatning og et nytt spørsmål

De eksemplene vi har trukket fram, er typiske for hver av de samtalene de er hentet fra. John og Erik bryter, på hver sin måte og i likhet med mange som stammer, systematisk blikkontakten med samtalepartneren sin når de støter på vansker med å få produsert ytringen sin. Roger på sin side fastholder øyekontakten selv når han strever med mye

stamming. Det at blikkatferden i hver av samtalene er typisk, indikerer at vi har med mestringsstrategier å gjøre. Disse strategiene er ikke nødvendigvis bevisste fra talerens side, men de er like fullt atferdsmønstre med en strategisk funksjon i forhold til samtalen som interaksjon. Ved å fjerne blikket fra samtalepartneren får den som stammer eller på annen måte strever med å fylle turen sin med et passende innhold på en rask måte, signalisert at han er i gang med turen og vil fullføre den på egen hånd. Samtidig kan dette som nevnt også være et signal om at språkbrukeren er usikker på hvordan det vil gå når han nå skal produsere eller fullføre en ytring.

Denne formen for blikkatferd er imidlertid absolutt ikke nødvendig for at den som stammer skal få beholde turen sin. Som vi ser i eksemplet fra samtalen mellom Roger og Nina, får Roger den nødvendige tida til å fullføre turen sin uten å bli avbrutt av Nina, selv om han ikke bryter øyekontakten med henne.

I det hele tatt er det et påfallende trekk ved de samtalene vi har i materialet vårt (totalt 11 samtaler), at svært få av turene eksemplifiserer det vi tidligere i artikkelen kalte samproduserte turer (eksempel (1) ovenfor). Kun én av de turene som påbegynnes av en person som stammer, blir avsluttet av den andre samtaledeltakeren i vårt materiale. Det finnes flere eksempler på det motsatte, altså at den personen som stammer avslutter den andre deltakerens tur. Og det er ikke vanskelig å finne eksempler på sekvenser der en slik samproduksjon normalt ville være å forvente, men der den altså glimrer med sitt fravær, som i linje 3-5 i eksempel (2), gjentatt som (5) nedenfor.

(5)

3	J: men du har bestemt deg for at du har lyst til å bli ... pedagog
4	nei /he he he he he ... he he he he/ (J. rister på hodet, lukker øynene)
5	logoped

Her er det tydelig at John ikke umiddelbart greier å produsere ordet "logoped". Om det skyldes stammingen og en eventuell frykt for å si ordet "logoped" – kanskje er /l/-lyden ekstra problematisk for ham? – eller om han rett og slett i farten ikke husker akkurat hva betegnelsen på dette yrket er, kan vi ikke vite noe sikkert om. Han tar en liten pause i linje 3 før han prøver seg med "pedagog", som han imidlertid raskt setter i gang med å korrigere (linje 4 og 5). Gjenopprettingen tar tid – stammesekvensen i linje 4 varer i 7 sekunder, hvilket er ganske lang tid i samtale sammenheng – men Helene bryter ikke på noe punkt inn, til tross for at det John snakker om, er "hennes" tema. Hun vet jo selv best hva hun har lyst å utdanne seg til. I slike sekvenser ville vi ofte vente å finne samproduserte turer. I utdraget ovenfor ville det da bety at Helene uproblematiske kunne ha fullført Johns tur med ordet "logoped" etter pausa i linje 3. Men slike eksempler er altså så godt som fraværende i materialet vårt.

Og alle som arbeider med stamming, vet selvfølgelig hvorfor. Det er jo et råd man ofte støter på, at man ikke skal fullføre en ytring for en som stammer. Mange som stammer kan fortelle om hvor irriterende det er når noen snakker "for" dem. Den påfallende mangelen på slike samproduserte turer i samtaler der en av deltakerne stammer, kan vi dermed si er uttrykk for en interaksjonell ideologi og en form for tillært atferd hos logopedstudentene. Det er med andre ord en ekstern faktor som påvirker interaksjonsmønsteret i disse samtalene.

Samtidig er avbrytelsen av blikkontakt fra de som stammer, i slike tilfeller også et sterkt signal til den andre samtalepartneren om at han eller hun ikke skal overta turen. Når Helene ikke bryter inn og avslutter Johns tur med ordet "logoped", kan det være fordi hun oppfatter hans signaler og responderer på en passende måte i forhold til dem. Dette er da en samtaleintern faktor som drar i samme retning som den eksterne faktoren vi har beskrevet.

Veien videre...

Studier av språk- og talevansker tar ofte et individsentrert perspektiv, og i mange sammenhenger kan det være nyttig, men hvis man ønsker å se nærmere på hvilke konsekvenser vanskene eventuelt har for det kommunikative samspillet individet deltar i når han eller hun er med i en samtale, er det interindividuelle (mellommenneskelige) perspektivet helt nødvendig. I den pilotstudien vi har presentert her, har vi forsøkt å dokumentere hvordan stamming kan virke inn på noen aspekter ved samtaleatferd. Vi har først og fremst sett på atferd hos den samtaledeltakeren som stammer, med spesielt fokus på ikke-verbale signaler i forbindelse med det å beholde samtaleturen. Vi har også vært inne på hvordan

stammingen som kulturelt fenomen og den interaksjonelle, situasjonsspesifikke atferden hos den som stammer, påvirker samtaleatferden til den samtalepartneren som ikke stammer.

Vi mener samtaleanalysen kan være en nyttig metode her, dels for å synliggjøre de ganske små, men ikke uviktige signalene som blir brukt i det kommunikative samspillet mellom samtaledeltakerne, og dels for å avdekke hvilke strukturer og strategier som finnes (eventuelt ikke finnes) i en bestemt type samtalekontekst. Vi har sett at både samtaleinterne og -eksterne faktorer kan forklare mangelen på en bestemt type konstruksjon (samproduserte turer) i materialet. Vi er helt enige i at det i de aller fleste situasjoner er problematisk når noen fullfører en tur for en som stammer, men samtidig er det viktig at personer som stammer også kan oppleve at samproduksjon av turer er noe helt vanlig, noe alle gjør. Slike samproduksjoner kan i mange tilfeller være et uttrykk for nærhet, innforståthet og enighet mellom samtaledeltakerne.

Vi mener videre at det perspektivet samtaleanalysen gir, også synliggjør hvor viktig det er å se på hvordan atferd

som vanligvis kategoriseres som sekundær stamming, kan forstås som psykiske, fysiske og språklige mestringsstrategier. Bruken av slike strategier vil variere fra person til person og i forhold til samtalekontekst, men de kan ha en viktig funksjon både for individet og for samhandlingen.

Vi er selvfølgelig helt på det rene med at vi ikke kan trekke helt generelle konklusjoner fra vår studie, som er en kvalitativ flerkasusstudie av samtaler i en noe konstruert situasjon. Analysen vår kan imidlertid sies å være gyldig for de interaksjonene og de kontekstene vi studerer, og på den måten kan funnene våre generaliseres til kunnskap om språkbruksmuligheter ("possibilities of language use are the central objects of all conversation analytic case studies" (Peräkylä 1997:215)). Samtidig er all kunnskapsutvikling kumulativ, og resultater fra en enkelt kasusstudie kan dermed brukes til å styrke eller svekke funn (resultater og teorier) fra tidligere kasusstudier.

Har så samtaleanalysen som metode noe å gi i forhold til kartlegging og undervisning/behandling? Vi tror svaret er et ubetinget ja. I likhet med andre språk- og talevansker er stamming en vanske som påvirker hele mennesket og hans eller hennes samtalepartnere. Hvis egenopplevelsen av en funksjonell forbedring i dagliglivets kommunikasjonssituasjoner er et sentralt mål, trenger vi både kunnskap om hvordan hverdagssamtaler foregår, og øvelse i å endre på fast-

grodde kommunikasjonsmønstre. Et slikt fokus verken bør eller skal fortrenge andre nødvendige perspektiver, som for eksempel arbeid med å få til en bedre individuell taleflyt. (Sønsterud et al (2007) er et eksempel på en studie som forsøker å kombinere det interaksjonelle og det individuelle perspektivet.) I alle former for undervisning og behandling er dokumentasjon nødvendig, også av samtale- og kommunikasjonsferdigheter. I den forbindelse er videoopptak uvurderlige og transkripsjoner nyttige for å fastholde interaksjonen og få øynene opp for det som skjer.

Det er gjort relativt lite forskning og dokumentasjonsarbeid også internasjonalt omkring interaksjon og taleflytvansker, og vi kan bare oppfordre logopeder og logopedstudenter som er interesserte i dette feltet, til å brette opp ermene. Her er det mye å gå løs på!

Takk

Vi takker alle som velvillig lot oss videofilme samtalene deres. Materialet og analysen er tidligere presentert ved ICCA06 (International Conference on Conversation Analysis) i Helsinki, mai 2006, ved ICPLA 2006 (11th Meeting of the International Clinical Phonetics and Linguistics Association) i Dubrovnik, juni 2006 og for det nasjonale nettverket "Taleflytforum" i Bergen, august 2006. Vi takker for kommentarer fra tilhørerne.

Litteratur

- Acton, C. 2004: A conversation analytic perspective on stammering: Some reflections and observations. *Stammering Research*, vol 1, no.3, 249-270 (<http://www.stamres.psychol.ucl.ac.uk/stammering.issue3.pubd.htm>)
- Byng, S. 1995: What is aphasia therapy? Code, C. & D. Müller (eds.): *The treatment of aphasia: from theory to practice*. London: Whurr Publishers Ltd, 3-17.
- Crichton-Smith, I. 2002: Communicating in the real world: accounts from people who stammer. *Journal of Fluency Disorders* 27, 333-352.
- Ford, C.E., B. Fox & S.A. Thompson 2002: Introduction. Ford, C.E., B. Fox & S.A. Thompson (Eds.): *The language of turn and sequence*. Oxford: Oxford University Press, 3-13.
- Goodwin, C. (Ed.) 2003: *Conversation and brain damage*. Oxford: Oxford University Press.
- Guitar, B. 2006: *Stuttering. An integrated approach to its nature and treatment* (3rd edition). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lerner, G.H. 1996: On the "semi-permeable" character of grammatical units in conversation: conditional entry into the turn space of another speaker. Ochs, E., E.A. Schegloff & S.A. Thompson (Eds.): *Interaction and grammar*. Cambridge: Cambridge University Press, 238-276.
- Lerner, G.H. 2002: Turn-sharing. The choral co-production of talk-in-interaction. Ford, C.E., B. Fox & S.A. Thompson (Eds.): *The language of turn and sequence*. Oxford: Oxford University Press, 225-256.
- Lind, M. 2005a: Samtaleanalyse: hva - hvordan - hvorfor? *Norsk tidsskrift for logopedi*, nr. 4, 5-8.
- Lind, M. 2005b: Conversation - more than words. A Norwegian case study of the establishment of a contribution in aphasic interaction. *International Journal of Applied Linguistics*, 15, 213-239.
- Lind, M. 2007: Prosodic contextualization of minimal responses to yes/no-questions in aphasic talk-in-interaction: A descriptive single-case study of a Norwegian aphasic speaker. *Logopedics Phoniatrics Vocology*, 32, 9-16.
- Peräkylä, A. 1997: Reliability and validity in research based on tapes and transcripts. Silverman, D. (Ed.): *Qualitative research. Theory, method and practice*. London: SAGE Publications.
- Rhys, C.S. 2005: Gaze and the turn: A nonverbal solution to an interactive problem. *Clinical Linguistics & Phonetics* 19, 419-431.
- Røste, I. 2006: Kommunikasjon i en afasigruppe: en samtaleanalytisk tilnærming. Masteroppgave, ISP, UiO.
- Sacks, H., E.A. Schegloff & G. Jefferson 1974: A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. *Language*, 50, 696-753.
- Skovholt, K. 1999: Kooperative fullføringer i samtale. *Norsk Lingvistisk Tidsskrift*, 17, 59-78.
- Sønsterud, H., M. Mørk & M. Lind 2007: Improvement of fluency and listening skills in teenagers with advanced stuttering. Presentasjon ved *27th World Congress of the International Association of Logopedics and Phoniatrics* (IALP), 5.-9. august 2007, København.
- Tetnowski, J.A. & J.S. Damico 2001: A demonstration of the advantages of qualitative methodologies in stuttering research. *Journal of Fluency Disorders*, 26, 17-42.
- Tetnowski, J.A., J.S. Damico & H.L. Damico 2001: Qualitative methods in stuttering: describing postponement and avoidance behaviors. Bosshardt, H.-G., J.S. Yaruss & H.E.M. Peters (eds.): *Fluency disorders: theory, research, treatment and self-help. Proceedings of the Third World Congress on Fluency Disorders in Nyborg, Denmark*, 219-223.

Fonasjon i rør - Klangfarge - Stemmearbeid



Britt Bøyesen

Logoped (cand musicae) ved
Bredtvet kompetansesenter, team
for stemmevansker

Fonasjon i rør er en genistrek, men hva er det egentlig som skjer? Er metoden et ubetinget gode for alle?

Fonasjon i rør har eksistert i 100 år og det siste tiåret kommet sterkt tilbake. I følge dr.polit Bele¹⁾ ble fonasjon i rør presentert første gang av Spie, i 1904. Man blåste eller "hummet" i små glassrør. På 60-tallet brukte professor Sovijärvi rør i stemmetrening for behandling av ulike stemmevansker. Han erfarte at fonasjon i rør gav en bedre stemmekvalitet. I følge professor Laukkanen, vil bruk av rør også være effektivt i trening av friske stemmer. Stemmen blir mer klangfull, renere og klarere (ibid). Bele har presentert sentrale vitenskapelige studier om effekten av bl a fonasjon i rør (ibid). Metoden brukes av logopedene i Norge, men det synes å være uklart hva som egentlig skjer og hvorfor effekten er så god. Bele gir en fin og oversiktlig innføring av det som skjer i strupen ved de ulike stemmeøvelsene og effekten av dem. I dette innlegget vil jeg konsentrere meg om funnene rundt fonasjon i rør. Jeg vil trekke ut og forenkle det jeg oppfatter som

hovedpunkt, dvs det som dreier seg om trykkforandring på stemmebåndene. Fordi trykkforandringen og bruk av fonasjon i rør medfører endring i stemmens klang, nevnes også aspekter ved klangfarge. Avslutningsvis knyttes dette kort til det pedagogiske stemmearbeidet.

Fonasjon i rør endrer trykkforholdene i strupen. Å lukke leppene rundt røret innebærer en innsnevring i enden av stemmetrakten fremst ved leppene og en forlengelse av ansatsrøret. Når man således blåser ned i en flaske med noe vann, får man en innsnevring i hele ansatsrøret. Det supraglottale lufttrykket (over stemmebåndsnivå) øker og medfører en senkning i det transglottale trykket (trykket i glottis, mellom stemmebåndene). Dette forutsetter imidlertid at det subglottiske trykket er lavere enn det supraglottiske, ellers vil lyden opphøre som f eks ved blokking (likt trykk over og under stemmebåndene).

Resultatet blir en slags "pute-effekt" på stemmebåndsnivå, stemmebåndene møtes på en mer skånsom måte. Dette får også betydning i forhold til stemmestyrken. Styrken på stemmen er optimal når det subglottiske trykket er høyt, som f eks ved en åpen stemmetrakt (/a/), men belastningen på stemmebåndene blir større. Gjennom røret metoden får man et høyere supraglottisk trykk, og det oppstår sterke vibrasjoner i ansatsrøret, dvs stemmen får sterke overtoner. Dette utgjør kraftigere volum på stemmen samtidig som stemmebåndene er mer beskyttet (ibid).

Når vi hører en stemme med mye klang, er det på grunn av formantfrekvensenes plassering i lydspekteret. Luftstrømmen setter i gang vibrasjoner i stemmebåndene og som følge av det oppstår primærtönen. For at primærtönen skal få klang må lyden bearbejdes eller foredles fra glottis og opp gjennom hele ansatsrøret

¹⁾ Norsk Tidsskrift for Logopedi 2/2004

(strupe, svelg, munnhule, lepper). Formanter, dvs resonanser i ansatsrøret, dannes og vi får den personlige klangfargen. Klangfargen gjør at to toner kan lyde forskjellig til tross for lik tonehøyde og -styrke.

Stemmens klangfarge avhenger altså av formantfrekvenser og egenskaper ved primærtonen. Primærtonen derimot er uavhengig av vokalene, men vokalene er avhengig av formantfrekvensene, som i sin tur er avhengig av ansatsrørets form. Dette innebærer at endring av vokaler også automatisk endrer klangfargen i stemmen. Når overtoner forsterkes, oppstår et kluster av formanter, dvs formantene nærmer seg hverandre.

Formantfrekvensene styres av artikulatorene dvs. kjeve, tunge og ansatsrør. Derfor kan vi med vår bevissthet skape ulike klangfarger ved å endre deres posisjoner. Endring av én artikulator påvirker som regel posisjonen til andre artikulatorer. Eksempelvis går det ikke an å endre tungens posisjon uten at det får konsekvenser for munnhulen.

Åpning av kjeven er et annet eksempel som vil få konsekvenser for

tungens plassering, inngangen til svelget, munnhulens størrelse og ansatsrørets lengde (Sundberg 2001)..

Disse sammenhengene har betydning for de didaktiske refleksjonene i forhold til stemmearbeidet.

Målsetningen med fonasjon i rør er at stemmen skal bli så fri og lettprodusert som mulig, og at stemmen skal kunne brukes i alle stemmekrevende yrker. Ved å bruke fonasjon i rør får vi også en aktivisering av pustemuskulene, senkning av kjeven, senkning av strupen, og klangen plassert i front. Alle disse endringene får betydning for som tidligere nevnt formantfrekvensene, som i sin tur utgjør stemmekvaliteten og at stemmen skal bli lettere å produsere, mer økonomisk.

Logopeden skal imidlertid være oppmerksom på at ikke alle klienter vil ha god effekt av fonasjon i rør. Hvis det er store indre muskelspenninger i hals og strupe, vil slik spenning lett forsterkes gjennom bruk av metoden. Dette kan avdekkes

ved at brukeren uttrykker at han/hun blir fort sliten av å blåse. Det kan også oppstå hosting og mer kremtetrang. Logopeden kan perseptuelt høre presset fonasjon. Når det er tilfellet, vil man oppleve at stemmen nærmest trykkes ut under blåsing. Da ser vi stor kroppslig aktivitet og hører lite lyd. Pusten er/blir fort høy og muskulære spenninger i armer og bryst befestes. Da bør vi velge andre strategier for avspenning før vi igjen prøver røret for å se om kroppen responderer annerledes og mer dynamisk.

For å skape en naturlig sammenheng mellom pust, stemme, avspenning og god stemmebruk er fonasjon i rør en metode som blir mer og mer brukt. Sangere, skuespillere, mennesker med stemmevansker og andre uten vansker, har her et enkelt og effektivt hjelpemiddel til stemmetrening og til å holde stemmen sunn og frisk.

Special-pædagogisk forlag på nett i Norge

Spf-norge.com er en ny nettbutikk med et stort utvalg av materiell til barnehager, de første trinnene på grunnskolen, spesialundervisning og til talepedagoger. Vi gleder oss over å kunne tilby en effektiv og lett online-løsning.

Nyhetsbrev

Motta informasjon om nytt materiell via e-mail. Du kan melde deg på nyhetsbrevet på forlag@spf-herning.dk

Katalog

Du kan bestille vår norske katalog på forlag@spf-herning.dk

www.spf-norge.com

Special-pædagogisk forlag · Birk Centerpark 32 · DK-7400 Herning
Tlf +45 9712 8433 · Fax +45 9721 0107 · forlag@spf-herning.dk



Kommunikasjonskurs for mennesker med Parkinsons sykdom



Britt Bøyesen

Logoped (cand musicae) ved
Bredtvet kompetansesenter, team
for stemmevansker

Mennesker med Parkinson sykdom kan få vansker med kommunikasjonen ved at de ikke blir hørt eller forstått. De må anstrenge seg for å snakke kraftigere og tydeligere. De blir slitne fordi de ikke vet hvordan de skal gjøre dette og opparbeider et ubensiktsmessig mønster. Stemmen, som er en hovedaktør i denne problematikken kan bli svak, kraftløs, monoton, nasal eller presset. Det kan også bli brudd i taleflyten, dårlig artikulasjon og tempoet kan bli for raskt. Pusten synes også å være dårlig fungerende. Når dette oppleves, er det lett å gi opp kommunikasjonen. Noen trekker seg også vekk fra det sosiale livet. I familien, og/eller med ektefelle/partner kan dette bli en utfordring.

Innledning

Det bevilges i Norge store økonomiske ressurser til gruppen med Parkinson sykdom som er på anslagsvis 8000. Ullevål sykehus har nå gjennomført et veiledningskurs som systematiserer utdanning av likemenn blant mennesker med parkinson og deres pårørende.

Et stadig tilbakevendende tema og utfordring er å overføre en trent sterk stemme til spontan tale. Jeg ønsket derfor å se nærmere på hvilke aspekter som kunne bidra til en lettere overføring. En idé var å trene muskelgrupper som påvirker stemmestyrken. En annen var å trene oppmerksomheten på at stemmestyrken må øke i spontan tale. Ved å starte kommuni-

kasjonsgruppe ved Bredtvet kompetansesenter, kunne jeg prøve ut ideene. Gruppen bestod av tre menn i alderen 53, 60 og 71 år. De har hatt sykdommen i mange år. To menn har implantat¹⁾ og en bruker medisiner. Jeg ønsket tverrfaglighet og inviterte derfor fysioterapeuten ved sentret samt en annen logoped til deltagelse i prosjektet. Innspill og åpen dialog mellom gruppen, fagpersoner og studenter skulle bidra til utviklingen av kurset.

Vi startet med bevegelse, oppmerksomhetstrening, pust og stemmetrening. Gruppen synes treningsopplegget virket allsidig og nyttig, men etter hvert kom det frem behov for at pårørende skulle både være med

¹⁾ Implantat er en hjernestimulator. "Etter operasjonen vil pasienten som regel ha lite dyskinesier, så levodopa og dopaminagonist kan justeres med tanke på at pasienten skal få mest mulig on-tid" s:3.

og integreres i kurset. Av praktiske årsaker ble det i denne omgang vanskelig å realisere dette. Større grad av rådgivende samtale var også noe de mente med fordel kunne være en del av innholdet. Dette forklarte de med at de generelt ønsket større anerkjennelse av seg selv som vanlig fungerende mennesker som har en sykdom og ikke som en parkinsonist. Dette fikk betydning for videre tenkning og fremdrift og den delvis resultat-orienterte målsetningen kom til å bevege seg mer over mot prosess. Jeg skal i det følgende beskrive og drøfte det som kom fram gjennom de 20 gangene vi møttes.

Innholdet i kurset

Målsetningene

Hovedmålsetningen i kommunikasjonsgruppa var i utgangspunktet å opprettholde sterk stemme i spontan tale. Hovedmålsetningene ble brutt ned til fire delmål 1) oppmerksomhetstrening 2) å få naturlig tilgang på pust 3) bevisstgjøring av muskulær støtte i utpust-musklene 4) hjemmetrening

Å øke oppmerksomheten

Gjennom ulike kanaler og i dialog med fysioterapeuten ved Bredtvet kompetansesenter, har jeg opparbeidet en forståelse av at om vi ønsker å endre noe i vår atferd, fordrer det en viss grad av oppmerksomhet. Men det å være oppmerksom er en utfordring i seg selv. Betydningen av økt oppmerksomhet vil være at vi i større grad kan legge merke til hvordan vi bruker oss selv, merker kroppslige signa-

ler som f. eks. muskelspenninger, belastninger, smerter, etc. Hvis vi vil endre en stemmeatferd, dvs få sterkere stemme i spontan samtale, kan én måte være å bli oppmerksom på den atferd man har, for så å gjøre en aktiv handling som kan bidra til endring. Det handler om å bli bevisst på at vi gjennom å være oppmerksom kan endre måten å bruke oss selv på. I den sammenheng ble et tverrfaglig samarbeid introdusert. I arbeidet med gruppa trakk jeg inn fysioterapeut Jannicke Devold, som benytter metodene psykomotorisk fysioterapi og Basal kroppskjennskap og logoped Gry Tveterås som fordyper seg i Qi Gong. Metodene bygger på oppmerksomhet, konsentrasjon og balanse. Øvelsene tok da sikte på å utvikle den kinestetiske sansen. Det innebærer at de lærer og kjenne etter og øke bevissthetsnivået på forskjellen mellom å være spent og avspent. Med det fikk de en mulighet til å starte et endringsarbeid som betyr å komme i bedre kontakt med seg selv. Å komme i kontakt kunne innebære at de får en atferd som samsvarer mer med det de tenker, føler og med egne reaksjoner. Da kan de også ta et "blikk" på seg selv og observere f.eks. hvordan de står, om de er oppstrammet eller sammensunket i kroppsholdning. Kjenne på spenning, prøve å slippe den og merke samspillet som oppstår gjennom bevegelse, pust og stemme. Denne prosessen dreier seg om å være en aktiv part. Oppmerksomhetstreningen bidrar først og fremst til å endre atferden i det parasympatiske nervesystemet.

Videre ble det prøvd andre oppmerksomhetsøvelser. Det ble gjort diagonaløvelser som har til hensikt å styrke koblingen mellom høyre og venstre hjernehalvdel. Utfordringen var da å være oppmerksom på aktiviteten. Det ble marsjering med rytme. Det ble trent på å sitte stødig og med god forankring i kroppen, med åpne og lukkede øyne. Det hele handlet om å gå og sitte godt uten å spenne seg unødig. Vi utfordret ytterligere til kontakt med underlaget, oppmerksomhet og balanse gjennom en variasjon av gå-meditasjon²⁾.

Å arbeide med å få naturlig tilgang på pust

Ved avspenning i utpustmusklene kommer innpusten som en refleks. Vi puster da inn kun den lille mengden vi behøver. Vi snakker derfor om å puste ut og slippe til, i stedet for å puste dypt inn. Symptomer som stivhet i muskler og ledd samt dårlig balanse går utover pusten. Pusten kommer for høyt opp i kroppen og kan bli "holdt". Hvordan kan vi således få personer som har denne sykdommen til å slippe til pusten, bli mer konsentrert og få bedre balanse? Skal det jobbes direkte og/eller indirekte, mekanisk og/eller intensjonelt, liggende, stående, gående og/eller sittende? Hvordan i det hele tatt klare å møte dette og på et så grunnleggende nivå som jeg nå har skissert?

Det var vanskelig for gruppen å slippe til pusten, fordi de har både balanseproblemer og er stive i musklene. Fysioterapeutens kompetanse viste seg å være nyttig. Hun brukte bevisstgjørende

²⁾ Intensjonen med gå-meditasjonen var å ha fokus på å kjenne fotsålen mot underlaget. Skrittene var lange og langsomme. Denne metoden tar sikte på sentrering og balanse.

øvelser i liggende stilling som inviterer til avspenning og strekking av kroppen. Gjennom bevisstgjøringen kunne de trene på å kjenne etter hva som skjedde i kroppen og hvordan pusten ble etter hvert som de ble mer avspente. Det samme gjelder for strekking. Etter en god strekk kommer en umiddelbar avspenning og dermed den naturlige pusten. For å fremme den naturlige pusten tok vi i tillegg i bruk Medisinsk Qi Gong. Denne energigivende treningen, som er bevegelse i langsomt tempo, ble gjort stående og sittende, med og uten stemme koordinert med pust.

Bevisstgjøring av muskulær støtte i utpustmuskulene

Enhver bevegelse skaper motbevegelse i bukmuskulene. Det innebærer at når stemmearbeidet blir ledsaget av kroppslige bevegelser, vil man automatisk få en kroppslig støtte. Når muskulene har både stabilitet og fleksibilitet, når vi er i kontakt med oss selv og står godt i kontakt med underlaget, gir det bedre mulighet for å slippe til pusten. Vi kan da bedre nyttiggjøre oss den dynamikken som vil oppstå i utpustmuskulene (støtten). Stemmetreningen tok derfor sikte på å trene utpustmuskulene i lydgivningen. Samtidig blir det viktig å skape god balanse mellom utpustmuskulene og strupemuskulene. Vi trente modalregister og lot stemmen komme som et resultat av luftstrømmen og den kroppslige støtten gjennom bevegelse. I tillegg til fonasjon i rør, kombinerte vi øvelsene fra Coblenzer og Lee Silverman Voice Treatment. Grappa skulle holde lang, sterk lyd for så å slippe til naturlig pust samtidig som vi gjorde en intensjonell bevegelse.

For å få overføring til spontantale gikk vi fra lange vokaler, ord, fraser, lesing og ettersiing. I tillegg skulle de være oppmerksomme på det de gjorde og lyden de lagde. Samtlige fikk sterk stemme under disse øvelsene. Fonasjon i rør synes i prinsippet å være en øvelse som er god for å få sterk stemme. Stemmetrening ledsaget av bevegelse gjorde det også lettere å holde stemmen sterk.

Hvordan gikk det så når vi begynte med samtale? Hadde de gjennom øvelser trent oppmerksomheten nok til å være oppmerksom i samtalen?

Både ja og nei. Det virket som to av tre i gruppen gikk ut og inn av ulik modus – nå-trener-jeg-modus og nå-snakker-jeg-spontant-modus. Den tredje hadde sterk stemme hele tiden. Utfordringen var å skule være i "øvelsesmodus" når de snakket spontant. Målet var å integrere øvelsesmoduset i det spontane ved hjelp av å være oppmerksom på det de gjorde. Da bar handlingen også preg av intensjonalitet.

Hjemmetrening

Egeninnsatsen er vesentlig for å oppnå resultater. Samtidig er det et tungt aspekt hos de som har Parkinson. I gruppen ble det påpekt at hjemmetrening var viktig. Likevel var det vanskelig å gjennomføre det vi planla. Vi står overfor en gruppe hvis sykdom innebærer svekkelse av ressurser over tid. Det store spørsmålet var motivasjon og hjemmeforhold. Å være i gruppe kan være motivasjonskilde, men det er også viktig at hjemmeforholdene ligger til rette. Man kan også spørre seg om trening hjemme kun blir kilde til dårlig samvit-

tighet, fordi man ikke får trent nok eller er det slik at litt trening kan være bedre enn ingen trening? Vi kom frem til at hjemmetreningen best måtte tilpasses helse og dagsform. Dette må også ses i forhold til individ, symptomer og hvor i forløpet av sykdommen de er.

Hva ble så erfaringen?

Vi diskuterte større bredde i den logopediske tilnærmingen. Gruppen mente det var viktig med bevegelse, pust og stemme. Oppmerksomhetstreningen gav noe der og da. Overføring fra øvelse til spontan tale derimot var fremdeles en større utfordring, men de opplevde å ha større bevissthet. Oppmerksomhetstrening i seg selv er et tålmodighetsarbeid for oss alle, og mye tid er nødvendig.

Tilnærmingen kunne være bredere ved å ha rådgivende samtale og at de pårørende blir trukket inn. Dette perspektivet ble viktig på tre måter: Det gav et mer helhetlig bilde av hvordan vi kan møte denne gruppen i fremtiden. Det andre er at vi må tenke gjennom på hvilken måte vi kan møte de pårørende. Det tredje er målsettingen i den rådgivende samtalen. Å ikke trekke inn pårørende utfordrer synet på vår helhetlige tilnærming. I følge sosionom Berit Ringdal er det å få muligheten til å snakke med andre i samme situasjon vesentlig både for egen del og for samspillet hjemme. Den rådgivende samtalen har fått en viktig plass i logopedien og i møtet med brukere. Spørsmålet er om og i hvilken grad vi bruker rådgivning i denne sammenhengen. Blir vi altfor fokusert på stemmearbeidet og resultatet?

Det tverrfaglige samarbeidet viste seg å ha god effekt på gruppen. Gruppen erfarte og uttrykte at gjennom bevegelse og kroppslige erfaringer, ble de noe mer sikre på seg selv i forhold til omgivelsene og kunne i større grad mestre det de stod i. Det var imidlertid vanskelig å gjøre bevegelsene mykt og koordinert fordi de var stive i musklene. Vi strevde derfor heller ikke med at øvelsene skulle gjøres "riktig", men så godt de kunne og i eget tempo. Dette kan nok ses som et tålmodighetsarbeid, men fordi det var viktig at de hadde med hele seg i øvelsen fikk de også bedre opplevelse av å gjøre øvelsene. Fysioterapeutens tilnærming så ut til at kroppen arbeidet mer dynamisk og det gav mer helhet i bevegelsene. Når det gjelder oppmerksomhetstreningen ble det uttalt at de har fått større bevissthet på hvordan de kan bruke seg selv og sin stemme, men at det er vanskelig å holde dette ved like.

Grappa var mer komfortabel med tenkningen rundt prosess enn resultatstyrt tilnærming. De kjente seg også bedre ivaretatt når vi integrerte samtale i den øvrige tilnærmingen (trening av pust, bevegelse og stemme samt kommunikasjon).

Veien videre

Hvis kurset skulle bli gjentatt – hva blir viktig å fokusere på og hva skulle blitt endret?

Når jeg ser tilbake på kurset og hva som indirekte har vært signalisert av gruppen, og slik jeg selv ser problematikken, så er det å kunne forholde seg til og samhandle med omverden av større betydning. Slik sett vil opplæring også få innvirkning på nære omgivelser.

En individuell opplæringsplan med ønske om jevn progresjon vil trolig være vanskelig å forholde seg til. Det blir viktigere å akseptere og anerkjenne det som er, fremfor å intensivere opplegget for å oppnå resultater. Tilnærmingen ville derfor i større grad bli prosessstyrt. Trening av pust, bevegelse og stemme kunne nok handlet mer om egenopplevelse enn det å få en sterk stemme. Gjennom en slik prosess kunne de trolig være bedre i stand til å korrigere seg selv til mestring, til en bedre samtalepartner med en god nok stemme.

Det er vanskelig å vite hva som har gitt effekt og hva som er med på å hindre effekt. Medisinering og symptomer vanskeliggjør hva som er hva. Er det dagsformen eller er det metodikken som bidrar til mestring eller ingen/liten mestring. Etter min erfaring med gruppa, er jeg fremdeles av den oppfatning at enhver endring uansett helse, starter med en bevisstgjøringsprosess. Vi behøver en bevissthet på at vi ved å være oppmerksomme og bevisste, kan gjøre reelle valg, bryte og bygge opp nye og mer hensiktsmessige mønstre. Veien dit vil fremdeles være gjennom oppmerksomhetstrening, refleksiv pust, bevegelse, forankring av stemme i kroppen og kommunikasjonstrening. Hjemmetrening vil være et aspekt som står mer eller mindre åpent og til drøfting. Det nye er å invitere pårørende til gruppe og/eller sammen med partner. En rådgivende samtale vil jeg åpne opp for hvis brukerne har behov.

Bredtvet kompetansesenter vil rette en stor takk til gruppen som har deltatt ved dette kurset. De har kommet med verdifulle innspill og

vært med på å skape en god dialog. Den kunnskap og erfaring som vi har fått, vil vi ta med oss i det videre arbeidet.

Anbefalt litteratur:

- http://www.parkinson-gruppen.org/main_bulletin2_2005.html Hovedtekst; kap 2; 5.09.07
- Bunkan B.H. (1996) *Kropp, Respirasjon og kroppsbilde*; Resultatorientert kroppsundersøkelse og behandling; Gyldendal Norsk Forlag; Oslo ISBN: 978-82-00-41577-0
- Coblentz . Muhar (2004) *Åndelrett og stemme*; Oversatt og bearbeidet av Åse Ørstedt; Special-pedagogisk forlag; Herning
- Colton, H og Casper, J.K. (1996) *Understanding Voice Problems, A physiological Perspective for Diagnosis and Treatment*; ISBN 0-683-02059-5
- Dropsy, J (1978) *Leva i sin kropp*; Kroppsuttryck och mänsklig kontakt; Natur och kultur; Stockholm
- Dropsy, J. (1988) *Den harmoniska kroppen*; En osynlig övning; Natur och kultur; Stockholm
- Monsen, K. (1989) *Psykodynamisk kroppsterapi*; Tano; Otta
- Kvamsdal, N Egeninnsatsen er viktig Parkinsonposten nr 4 2006; s:23
- Ringdal, B. (2003) *Pårørende i fokus*; Bredtvet Kompetansesenter; Oslo
- Tse, M. (2004) *Qigong for healing and relaxation. Simple techniques for feeling stronger, healthier and more relaxed*. Piatkus Books Ltd, 5 Windmill Street, London W1T 2JA, ASBN 0-7499-2467-5

Asperger syndrom: Karakteristisk atferd, problemer i daglig- livet og spesielle evner på enkelte områder



Nils Kaland

Førsteamanuensis, dr. polit.
Høgskolen i Lillehammer

Asperger syndrom, som er en tilstand innenfor autismspekteret (AST) (autisme, Asperger syndrom og atypiske autisme). Personer med AST har en kognitiv svikt, som gir seg utslag i en svekket evne til å kommunisere og samspille med andre, samtidig som de har sterke sider, som er relatert til deres spesielle interesser. Personer med Asperger syndrom har bedre språkferdigheter og et generelt høyere evnenivå enn de med autismediagnose. Mange med AST har en rekke fysiske og psykiske tilleggsp problemer; særlig hyppig forekommende er oppmerksomhetssvikt, angst og depresjoner.

Asperger syndrom er en *autismspekter-tilstand* (AST), som foruten Asperger syndrom omfatter *autisme* og *atypisk autisme*. Tilstanden betraktes som en lettere form for autisme, og den har kommet i fokus sterkt i løpet av de siste par årene, både i fagkretser og i samfunnet for øvrig. Denne type tilstander har gjennom de seneste årene gått fra å være en relativ sjelden tilstand til en problemstilling som man etter hvert må forvente å møte i hverdagen, også i skolen. Som profesjonell utøver bør man kunne identifisere og forstå det man møter, for å være i verden som "annerledes", gjør en sårbar og øker risikoen for mistilpasning og psykiske lidelser. Livskvaliteten hos personer med Asperger syndrom vil derfor være avhengig av at omverdenen forstår dem og møter dem med en aksepterende holdning, samtidig som man tar hensyn til deres spesielle evner og behov.

Autisme og Asperger syndrom har eksistert til alle tider, men den første man kjenner til i dag som identifiserte barn med atferdstrekk som er karakteristiske for denne tilstanden, var den russiske nevrologen, Eva Ssusharewa, i 1926. Seinere, i 1944, ga den østerrikske barnelegen og pedagogen, Hans Asperger (1944/1991), en mer detaljert beskriv-

else av en gruppe barn med en særegen atferd som ikke lot seg innpasse i noen til da kjent diagnostisk kategori.

Aspergers beskrivelse av disse barna ble imidlertid ikke særlig kjent før den engelske barnepsykiateren, Lorna Wing, i 1981 lanserte begrepet *Asperger syndrom*. Wings hensikt med å innføre denne termen var i første rekke å rette oppmerksomheten mot de mange manifestasjoner som autismspekter-tilstander kan ha, for slik å identifisere personer med sosiale samspillsproblemer, men som ikke passet helt inn i mer snevre autismerkriterier.

De offisielle kriteriene for autisme og Asperger syndrom er nedfelt i diagnosemanualene ICD-10 (WHO, 1993) og DSM-IV-TR (APA, 2000). Disse er kontroversielle, både fordi de har fjernet seg noe fra Aspergers opprinnelige beskrivelse; ingen av de barna som Asperger (1944/1991) beskrev, ville oppfylt diagnosekriteriene til Asperger syndrom (Miller & Ozonoff, 1997). Dessuten impliserer disse kriteriene at Asperger syndrom er en separat tilstand som kan skilles fra autisme (Gillberg, 1997). Nyere forskning viser imidlertid at det er få eller ingen kvalitative forskjeller mellom høytfungerende autisme og Asperger

syndrom – verken når det gjelder symptombilde, assosierte trekk, kognitive funksjoner eller biologiske markører (Ghaziuddin & Mountain-Kimchi, 2004; Mcintosh & Dissanayake, 2004). Det som i første rekke skiller personer med en Aspergerdiagnose fra de med en autismediagnose, er at førstnevnte har et høyere evnenivå og bedre språklige funksjoner enn de med en autismediagnose.

Ifølge de offisielle diagnosekriteriene foreligger det ingen "klinisk betydningsfull" generell forsinkelse i språkutviklingen (APA, 2000) ved Asperger syndrom; er språkutviklingen forsinket, skal det stilles en autismediagnose, ikke Asperger syndrom. Det med normal språkutvikling er problematisk, blant annet for normal språkutviklings de første 3 årene er basert på klinisk inntrykk, ikke på formell testing (Landa, 2000), og forskere er kritiske til dette punktet i de offisielle diagnosemanualene (f. eks. Gillberg, 1997; Landa, 2000; Miller & Ozonoff, 1997; Tryon, Mayes, Rhodes & Waldo, 2006), blant annet fordi man finner at mange som får diagnosen Asperger syndrom, også ved nærmere undersøkelser viser seg å ha hatt en forsinket språkutvikling; Prior og medarbeidere (1998) fant at 43 prosent av personer med diagnosen Asperger syndrom også hadde hatt en forsinket språkutvikling.

Selv om Aspergerbegrepets validitet kan sies å være forholdsvis svak, har interessen for dette syndromet vært stadig økende de siste årene. Denne interessen har sammenheng med at stadig flere barn og ungdommer får denne diagnosen. Fascinasjonen har også sammenheng med at man i ettertid har kunnet identifisere atferdstrekk som er karakteristiske for syndromet hos en rekke kjente personligheter innenfor vitenskap, filosofi og kunst (Fitzgerald, 2005). På den måten har man også fått erkjennelse av at det på mange måter dreier seg om personligheter med en annerledes kognitiv profil - og ikke *nødvendigvis* om en funksjonshemming.

Forekomst og kjønnsfordeling ved AST

Med en forekomst på mellom 0,6 og vel 1 prosent (Baird et al., 2006; Berstrand, Mars, Boyle, Bove, Yeargin-Allsop, 2001; Fombonne, 2002; Lauritsen, Pedersen & Mortensen, 2004; Wing & Potter, 2002) er tilstander AST ikke lenger for lavfrekvente å regne. For Asperger syndrom varierer tallene, men flere undersøkelser, bl.a. Ehlers og Gillbergs (1993), viser en forekomst på 0,4 prosent. Rundt fire ganger så mange gutter som jenter rammes (Fombonne, 2002), og av de som går i vanlig skole, er tilsvarende tall 8:1 (Scott, Baron-Cohen, Bolton & Brayne (2002). Registrert forekomst av tilstander innenfor AST har økt betydelig de siste årene (Lathe, 2006).

Årsaksforhold

Tilstander innenfor AST er i betydelig grad genetisk betinget (Lauritsen, Pedersen & Mortensen, 2005; Rutter, 2005; Volkmar, Lord, Bailey, Schultz & Klin, 2004). Eneggede tvillinger har langt større risiko enn toeggede for å utvikle AST (Bailey et al., 1995). I en studie av familiene til en relativt stor gruppe gutter med Asperger syndrom fant Gillberg og Cederlund (2005) at i rundt halvparten av tilfellene hadde noen i familien hatt en tilstand innenfor AST, mens pre- og perinatale forhold spilte en rolle i ca 25 prosent av tilfellene. Lathe (2006) påpeker imidlertid at forhold i omgivelsene, som visse miljøgifter, kan gi AST. Jenter synes å ha tilstanden i lettere grad enn gutter, idet vanskene deres ikke blir så lett å identifisere, bl.a. fordi de er mindre sosialt påfallende enn gutter (Kopp, 2005). En "bredere autismevariant" angis å utgjøre rundt 3-4 prosent av befolkningen (Folstein & Santangelo, 2000). Tilstander innenfor autismespektretet forekommer i dag 3-4 ganger så hyppig som Down syndrom og diabetes hos barn.

I ulike publikasjoner har en i det siste kunnet lese om at forekomsten av autisme og lignende tilstander øker dramatisk, og at en har å gjøre med en 'autismeeksplosjon'. Det er imidlertid ikke godt dokumentert at det dreier seg om en *reell* økning i forekomst, slik

blant andre Lathe (2006) hevder. Like sannsynlig er det at økningen kan ha, i hvert fall delvis, sammenheng med en bredere definisjon av autismespektertilstander, og at fagfolk har blitt flinkere til å identifisere disse tilstandene (Wing & Potter, 2002).

Karakteristiske atferdstrekk ved Asperger syndrom

Asperger syndrom beskrives som en kommunikasjons- og samspillsvanske. *Samspillvanskene* viser seg i bruken av nonverbal atferd som blikkontakt, ansiktsuttrykk, kroppsholdninger og mimikk for regulering av sosialt samspill – samtidig som personer med dette syndromet har problemer med å tolke andres kroppsspråk.

Et annet karakteristisk trekk hos personer med Asperger syndrom er vansker med å utvikle vennskapsrelasjoner til jevnaldrende. De har dessuten problemer med spontant å dele glede og interesser med andre. Sosiale og emosjonelle responser er annerledes enn hos typisk utviklede jevnaldrende, og deres 'sosiale antenner' er vanligvis ikke velutviklet. Ifølge Wing (1996) foreligger det ulike autisme- og Asperger-varianter, men felles for syndromet er at de greier seg relativt godt når det gjelder fakta, konkret viten og systemer, mens de i varierende grad er mindre drevne når de skal tolke andre menneskers tanker og følelser; de er langt dyktigere hverdagsfysikere enn hverdagspsykologer (Baron-Cohen, 2000). De er generelt egosentriske (Frith & de Vignemont, 2005), som innebærer at de lettere kan relatere til egne tanker og følelser, mindre til andres. Som voksne kan noen være ekstremt vare overfor andres kritikk mot seg selv, samtidig som de kan være lite følsomme med hensyn til sin egen opptreden overfor andre.

Kommunikasjonsproblemene viser seg blant annet gjennom forsinket kognitiv og språklig utvikling. Selv om personer med Asperger syndrom etter hvert utvikler et godt formelt talespråk, har språkutviklingen ofte vært forsinket. Derimot har de problemer med å tolke

kommunikasjon som ikke er helt bokstavelig – som for eksempel spøk, ironi, metaforer, antydninger og hint. De fleste med dette syndromet er vansker med å innlede og holde gående en gjensidig samtale. Derimot kan mange snakke uavbrudt om sin egen spesielle interesse, ofte uten å fange opp signaler fra mottakeren hvorvidt vedkommende "henger med" og er interessert i temaet eller ikke.

Det tredje hovedkriteriet ved Asperger syndrom er *begrensede, ensprede stereotipe mønstre i atferd, interesser og aktiviteter*. Som barn har personer med Asperger syndrom bare i liten grad lekt med andre barn, og på sine egne premisser. Mange samler på gjenstander eller fakta forbundet med disse. Disse særinteressene er viktige, for de vitner om motivasjon for læring og evner, og de kan gi grunnlag for meningsfull opplæring og arbeid.

Søderstrøm, Råstam og Gillberg (2002) fant at en undergruppe av personer med Asperger syndrom har en overdreven tro på sin egen sosiale kompetanse, slik at de utsetter seg for sosiale settinger som de i realiteten ikke mestrer. Større vilje enn evne resultater ofte i konflikt med omgivelsene. Mange med Asperger syndrom er imidlertid engstelige for å gjøre feil, og de fleste er redd for å havne i konflikter.

Et annet kjennetegn ved høytfungerende autisme og Asperger syndrom er en "annerledes" prosodi; Shrieberg og medarbeidere (2001) fant nesten halvparten av en gruppe voksne menn med høytfungerende autisme og en gruppe menn med Asperger syndrom hadde en påfallende prosodi. Bortsett fra at de med diagnosen Asperger syndrom var med ordrike enn de med diagnosen høytfungerende autisme, var det få forskjeller mellom gruppene og like mange i hver gruppe som hadde en påfallende prosodi. Påfallende prosodi hos personer med AST er det som mest umiddelbart gir et inntrykk av særhet, og er utgjør den viktigste hindringen mot sosial inkludering (Mesibov, 1992; Paul et al., 2005).

Noen med Asperger syndrom snakker på en vesle voksen, overformell eller

pedantisk måte (Ghaziuddin & Gerstein, 1996). Selv om de fleste med Asperger syndrom intelligensmessig befinner seg innenfor normalområdet (Jolliffe & Baron-Coehn, 1999; Kaland et al., 2002), har mange problemer med vanlig skolearbeid. Motorisk koordinasjon og bevegelsesmønster kan være uvanlig (Gillberg, 1991). Hos noen en påfallende mangel på sunn fornuft er et karakteristisk trekk.

Asperger syndrom og kognitive funksjoner

Autisme og lignende tilstander er primært en kognitiv dysfunksjon (Rutter & Bailey, 1993). Når det gjelder *helhetsoppfatning*, viser mange med Asperger syndrom et avvikende mønster, idet de har tendens til å fokusere på detaljer fremfor helheter (Frith & Happé, 1994). *Prosessuell tenkning* er også avvikende hos noen, blant annet fordi de kan ha problemer med å overskue konsekvensene av sine handlinger (Ozonoff, 1997). Evne til å *mentalisere* eller *empatisere*, dvs. å tolke andre menneskers tanker og følelser, eller kort og godt å takle hverdagslivets psykologi, er mer eller mindre svekket (Baron-Cohen, Leslie & Frith, 1985; Happé, 1994; Kaland et al., 2002). Disse funnene er relativt robuste, idet en lang rekke eksperimentelle studier, med et betydelig antall ulike tester og forskningdesign, har vist at personer innenfor autismespekteret presterer stort sett svakere enn ulike kontrollgrupper.

Svekket evne til å mentalisere gir seg blant annet utslag i at barn og ungdom med Asperger syndrom har en klar tendens til å tolke språklige ytringer bokstavelig. Dette kan bli problematisk i dagliglivets mangfoldige og fleksible kommunikasjon, der metaforiske ("fotobokser er gode melkekyr for staten") og det idiomatiske uttrykk hyppig forekommer. Det samme gjelder for ironiske bemerkninger, hentydninger, intensjonelle ytringer, blandede følelser og hvit løgn (Happé, 1994; Kaland et al., 2002, 2005). Derimot har mange med syndromet gode grammatiske ferdigheter, et relativt stort ordforråd og snakker ofte flytende. Det kan fungere så lenge dreier seg om helt konkrete forhold,

noe som langt fra alltid er tilfellet i dagliglivet. Personer med Asperger syndrom behersker med andre ord de formelle sider ved språket, samtidig som de har problemer med å forholde seg til fleksibiliteten og det ikke helt bokstavelige i hverdagslivets kommunikasjon.

Diagnostiske problemer

Mange barn og ungdommer som har hatt og har problemer med å samspille med andre, gir stort sett uttrykk for at det var en stor lettelse å få stilt en diagnose. Den har gitt dem svar på hvorfor de alltid følte seg "annerledes" (Kaland, in press). Asperger syndrom kan imidlertid være vanskelig å diagnostisere, og i årenes løp har mange fått diagnoser som f.eks. schizofreni eller "schizoid personlighetsforstyrrelse". Schizofreni forekommer nesten aldri (Ghaziuddin, 2005) eller relativt sjelden (Stahlberg, Søderstrøm, Råstam & Gillberg, 2004) sammen med en tilstand innenfor autismespekteret. Følgende kasus illustrerer hvor vanskelig det kan være å stille en riktig diagnose innenfor autismespekteret (Ghaziuddin, 2005, s. 134-135): T er en 10 år gammel gutt som bor hjemme hos foreldrene sine. Han ble innlagt på et psykiatrisk sykehus etter en rekke tilfeller av sinneutbrudd og aggressiv atferd på skolen... Han hadde en ADHD-diagnose og dårlig impulskontroll... Han slo og sparket læreren sin, og måtte overføres til et annet klasserom. Disse problemene førte til at han ble henvist til utredning.

På sykehuset fant man at han hadde en måte å forholde seg til andre på, som var ganske påfallende; han manglet tydeligvis "sosiale antenner". I stedet for å være sammen med andre barn, lekte han enten for seg selv, satt ved datamaskinen eller la puslespill. Han fortalte også de andre barna hvilke spill de skulle spille. På sykehusets skoleavdeling var han helt fiksert på å fortelle læreren hvorfor dinosaurene døde ut. Han var aktiv, men sær og snakket på en belærende måte. Intelligenstesten viste at han evnemessig fungerte over gjennomsnittet... Foreldrene hans rapporterte at i tillegg til å være overaktiv og impulsiv, hadde han blitt tiltakende

irritabel etter at han hadde skiftet klaserom... Søvn og matlysten var også i ulage.

Ts tidlige barndom var ikke spesielt påfallende. Han snakket tidlig, og som 2-åring kunne han uttale setninger. Problemer som først gjorde foreldrene bekymret, var hans hyperaktive og impulsive atferd i 6-årsalderen. Han fikk da en ADHD-diagnose og ble satt på et sentralstimulerende middel ... Da han var 9 år gammel, utviklet han tics (rense halsen). De sentralstimulerende midlene ble tatt bort på grunn av dette. Da han hadde hatt sinneutbrudd, fikk fagfolkene mistanke om en bipolar lidelse, og de endret diagnosen hans. Nærmere undersøkelse av familiemedlemmer viste at det forelå stemningslidelser i familien. Farens bror hadde hatt liknende sosiale samspillproblemer som T; til tross for at han hadde en akademisk utdanning, hadde han ikke noe fast arbeid. Han var dessuten svært fiksert på mekaniske innretninger.

Under utredningen var T verken overaktiv eller impulsiv, men hadde ikke uvanlige bevegelsesmønstre. Han hadde ingen venner og sa at han følte seg trist og sint. Han snakket også rolig, bortsett fra når han la ut om sine spesielle interesser (dinosaurer og dataspill). Da ble han også snakkesalig og oppgitt... Det forelå heller ingen tegn på en psykose. Basert på bakgrunnsfaktorer og det man kom fram til under utredningen, falt problemene hans langs et spektrum av en *gjennomgripende utviklingsforstyrrelse*. En Asperger syndromdiagnose ble vurdert som den mest sannsynlige, særlig på grunn av hans intense, påtrengende interesser og den aktive, men sære måten å spille og kommunisere på... T hadde depressive symptomer, som irritasjon og tristhet, men man konkluderte med at disse symptomene ikke var i overensstemmelse med symptomene på en bipolar lidelse. Han fikk derfor diagnosen Asperger syndrom. Fra tidligere hadde han en ADHD-diagnose.

Psykiske tilleggsp problemer

En har i dag blitt stadig mer klar over at personer med autisme og Asperger syndrom ofte utvikler psykiske, men

også fysiske tilleggslidelser (Ghaziuddin, 2005; Gillberg & Billstedt, 2000). Når det gjelder de psykiske problemene, er angst, spesifikke fobier og depresjoner vanligst. Relativt hyppig forekommende som komorbid lidelse er også oppmerksomhetssvikt og hyperaktivitet (ADHD), samt Tourette syndrom. Hyperaktivitet forekommer hyppigst før tenårene, men depresjoner er vanligst fra tenårene og utover (Ghaziuddin, Weidmer-Mikhail & Ghaziuddin, 1998). Undersøkelser viser at 30-50 prosent av ungdom og voksne med Asperger syndrom utvikler en depresjon (Ghaziuddin, 2005). En nyere studie viser at personer med Asperger syndrom har økt risiko for å få psykiske problemer som angst og depresjoner - som følge av svekket evne til å mentalisere (Meyer, Mundy, Vaughan & Durocker, 2006). Mange barn med Asperger syndrom har et høyt angstsni-vå, stor grad av sosialt stress og mangelfull kompetanse når det gjelder mellommenneskelig relasjon (Gillott, Furniss & Walter, 2001; Meyer et al., 2006). De er også svært utsatt med hensyn til å bli ertet, plaget og avvist av jevnaldrende (Pomeroy, 1998). De er ofte ensomme (Bauminger & Kasari, 2000) og de har en tendens til å vurdere seg selv negativt. Noen med syndromet er fiksert på døden og snakker ofte om å begå selvmord. Ifølge Råstam, Gillberg og Wentz (2003) har en liten undergruppe av personer med spiseforstyrrelser også en tilstand innenfor autismspekteret.

Tyranner og "psykopater"?

Selv om flertallet med Asperger syndrom er fredelige personer, kan noen tenåringer og unge voksne bli voldsomt aggressive. I de fleste tilfeller er likevel sinneutbruddene begrenset til verbal vrede, og bare unntaksvis begår de voldelige handlinger overfor andre mennesker (Gillberg, 1997). Det skal nevnes at Asperger (1944/1991) påpekte at noen voksne med syndromet kan være sadistiske og maktsyke når de gis mulighet til å herske over andre. Dette er noe en av og til kan se i klinisk praksis, idet personen, ofte tvangsmessig, kan tyrannisere familiemedlemmer (Howlin, 1997).

En del voksne med tilstanden har blitt forvekslet med "psykopater". Når man undersøker dette nærmere, kommer grunnleggende forskjeller til syne. Aspergerpersoners spesielle fremtoning - noen fjerne og kontaktsvake, andre litt sære og naive - skiller seg nokså klart fra psykopater. Rogers, Viding, Blair, Frith og Happé (2006) fant psykopatiske trekk bare hos et fåtall av personer med en AST, men disse forskerne understreker at psykopati ikke er en del av spekteret. Noen kan imidlertid framstå som manipulerende, men på en klønet og litt komisk måte. De kan for eksempel ureflektert baksnakke andre, uten å forestille seg at de som rammes, har hyppig kontakt med hverandre og kan avdekke det som foregår (Gillberg, 1997).

Barn og ungdom med Asperger syndrom og skolen

Det er vanligvis i skolealderen at Asperger-barnets problemer er størst. For mange er skolen et sosialt minefelt (Attwood, 2006), og skoletiden kan representere en veldig stor psykisk påkjenning for mange. Da skolen er en viktig arena for sosialisering og utvikling, er det særdeles viktig at de som arbeider i skolen, tilegner seg kunnskap om disse elevenes spesifikke problemer og evner. Faren for å feiltolke dem og i verste fall oppgi dem som uinteresserte, late problembarn er alltid til stede. Følgende utdrag av en engelsk skole-rapport, vitner om hvor vanskelig det kan være å skjønne disse elevenes spesifikke vansker:

David er svært vanskelig å forstå. Hans skriftlige arbeid er svært rotete og skjodesløse, men han gjør raske framskritt i matematikk. Han leser godt, og i dette skolehalvåret har han vist stor interesse for bøker om astronomi. Imidlertid er det vanskelig for ham å få til noe som krever forestillingsevne. Fremdeles synes han det er vanskelig å leke med de andre elevene i friminuttene, men han har endelig gjort et forsøk på å ta del i lagspill. Dessverre synes han aldri å fatte reglene for dette... Og hvordan kan det ha seg at en gutt på hans alder og med hans intelligens ikke greier å lære helt enkle oppgaver...?

Mobbing

Elever med Asperger syndrom er utsatt for mobbing. En nyere engelsk undersøkelse som gikk over en tiårsperiode, viste at mer enn to av tre med Asperger-diagnose ble mobbet på det groveste, og over lang tid (Tantam, 2000). Mobbingen besto i flere typer aggressiv atferd som å få slengt etter seg nedsettende og mindre pene uttrykk, få klærne opprevet i stykker eller å bli spyttet på ute på åpen gate. De sosialt isolerte elevene var særlig utsatt for mobbingen, som også ble rettet mot elevens familiemedlemmer.

Sterke sider hos personer med Asperger syndrom

Personer med Asperger syndrom skårer ofte relativt høyt på intelligens tester og er, vanskene deres tatt i betraktning, minst like evnerike som gjennomsnittet i befolkningen (Gillberg, 1997). Det gjelder framfor å hjelpe dem til å finne en nisje der de får muligheter for å lykkes, særlig på områder hvor de kan holde seg til gjenstander og systemer og relativt mindre til andre mennesker. Datarevolusjonen er i denne sammenheng et interessant område; den digitale formen for kommunikasjon som data representerer, ligger til rette for personer med syndromet. Mange er dessuten pliktoppfyllende, utholdende, nøyaktige og punktlig, og de kaster vanligvis ikke bort tiden på småprat. Mange med Asperger syndrom holder også ut med arbeidsoppgaver som mange "normale" synes er kjedelige – og som sistnevnte ønsker for enhver pris å unngå. Det skulle tilsi at det er mange funksjoner i samfunnet som egner seg for personer med Asperger syndrom, forutsatt at det tilrettelegges for dem.

Det finnes gode eksempler på at dette er mulig. En dansk dataingeniør og far til et barn med autisme, Torkil Sonne (2007), har etablert firmet *Specialisterne*, som arbeider for ledende danske IT-selskaper som TDC, CSC, Microsoft, Nordea, KMD, Grundfos, Systematic og Cryptomathic. Bare personer med AST ansettes, og i slutten av 2006 hadde dette firmaet 30 ansatte med AST på tre arbeidsteder i

Danmark. I tillegg er 11 personer med AST under opplæring. Firmaets mål er å greie å konkurrere på arbeidsmarkedet, samtidig som det skal være tilpasset de spesielle behovene som personer med AST har. Dette tiltaket har vakt stor internasjonal interesse. Imidlertid må forholdene legges vel tilrette for personer med AST i arbeidslivet, og god tilrettelegging betyr minst like mye som graden av funksjonshemming (Engstrøm, Eksstrøm & Emilson, 2003).

Avslutning

Selv om tilstander som autisme og Asperger syndrom synes å øke i antall, har som nevnt denne type personlighetsvarianter eksistert til alle tider. Disse personene kan også med fordel betraktes som et korrektiv til en strømlinjeformet normalitet: Upåvirket av politisk korrekthet, med en kompromissløs ærlighet og fravær av falskhet – i tillegg til konkrete tenkning, god hukommelse for fakta og skarp sans for detaljer – refererer en del til seg selv som "Aspies". Deres måte å tenke og handle på er i noen henseender litt annerledes enn det man finner hos folk flest, men den er like gyldig for det.

En rekke eksentriske, historiske personligheter, som gikk sine egne veier, upåvirket av samtidens *comme il faut*, hadde eksepsjonelle evner og ferdigheter på enkelte områder. Noen var originale tenkere, andre store forfattere, komponister, musikere og forskere, som med ekstrem utholdenhet holdt fast ved sine ideer (Fitzgerald, 2005; Harpur et al., 2004). Flere av disse kjente historiske personlighetene hadde i betydelig grad de atferdstrekkene som er karakteristiske for Asperger syndrom. Disse personene, av samtiden betraktet som einstøinger og "galninger", har ifølge Wing (2005) gitt mange "Aspies" mer tro på seg selv. Til tross for de vanskene de hadde med å kommunisere og spille sosialt, etterlot de seg varige verdier, som for eksempel "Keiserens nye klær", "Für Elise" og Marilyn Monroe-portrettene.

Referanser

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Asperger, H. (1944/1991). ?Autistic Psychopathy? in Childhood (Frith, U. oversettelse & kommentarer). I U. Frith (red.), *Autism and Asperger syndrome* (pp. 37-92), New York: Cambridge University Press (Originalarbeid publisert i 1944).
- Attwood, T. (2006). *The complete guide to Asperger's syndrome*. London: Jessica Kingsley.
- Bailey, A., Le Couteur, A., Gottesman, I., Bolton, P., Simonoff, E., Yuzda, E. & Rutter, M. (1995). Autism as a strongly genetic disorder: Evidence from a British twin study. *Psychological medicine* 25, 63-77.
- Baird, G., Simonoff, E., Pickles, A., Chandler, S., Loucas, T., Meldrum, D. et al. (2006). Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Need and Autism Project (SNAP). *Lancet*, 368, 210-215.
- Baron-Cohen, S. (2000). Is Asperger syndrome/high-functioning autism necessarily a disability? *Development and Psychopathology* 12, 489-500.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M. & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a 'theory of mind'? *Cognition* 21, 37-46.
- Bauminger, N., & Kasari, C. (2000). Loneliness and friendship in high-functioning children with autism. *Child Development* 2, 447-456.
- Bertrand, J., Mars, A., Boyle, C., Bove, E., Yeargin-Allsop, M. & Decoufle, P. (2001). Prevalence of autism in the United States population: The Brick Township New Jersey investigation. *Pediatrics*, 108, 1155-1161.
- Dewey, M. (1991). Living with Asperger's syndrome. I U. Frith (red.), *Autism and Asperger Syndrome*, (ss. 184-206). Cambridge: Cambridge University Press.
- Ehlers, S. & Gillberg, C. (1993). The epidemiology of Asperger Syndrome. A total population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 34, 1327-1350.
- Engstrøm, I., Ekstrøm, L. & Emilson (2003). Psychological functioning in a group of Swedish adults with Asperger syndrome. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 7, 99-110.
- Fitzgerald, M. (2005). *The genesis of artistic creativity: Asperger syndrome and the arts*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Folstein, S. & Santangelo, S. L. (2000). Does Asperger syndrome aggregate in families? I A. Klin, F. R. Volkmar & S. S. Sparrow (red.), *Asperger syndrome* (ss. 159-171). New York: The Guildford Press.
- Fombonne, E. (2002). Epidemiological trends in rates of autism. *Molecular Psychiatry*, 7, S4-S6. doi:10. 1038/sj.mp.40001162.
- Frith, U. & Happé, F. (1994). Autism: Beyond "theory of mind". *Cognition*, 50, 115-132.
- Frith, U. & de Vignemont, F. (2005). Egocentrism, allocentrism, and Asperger syndrome *Consciousness and Cognition* 14, 719-738.

- Ghaziuddin, M. (2005). *Mental health aspects of autism and Asperger syndrome*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Ghaziuddin M. & Gerstein, L. (1996). Pedantic speaking style differentiates Asperger Syndrome from high-functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26, 585-595.
- Ghaziuddin M. & Mountain-Kimchi, K. (2004). Defining the intellectual profile of Asperger syndrome: Comparison with high-functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 279-284.
- Ghaziuddin M., Weidmer-Mikhail, E. & Ghaziuddin, N. (1998). Comorbidity of Asperger syndrome: A preliminary report. *Journal of Intellectual Disability Research* 42, 279-283.
- Gillberg, C. (1991). Clinical and neurobiological aspects of Asperger syndrome in six family studies. I U. Frith (red.), *Autism and Asperger Syndrome* (ss. 122-146). Cambridge: Cambridge University Press.
- Gillberg, C. (1997). Barn, ungdommar och vuxna med Asperger syndrom - normala, genier, norder? Stockholm: Bokförlaget Cura.
- Gillberg, C. & Billstedt, E. (2000). Autism and Asperger syndrome: Coexistence with other clinical disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 321-330.
- Gillberg, C. & Cederlund, M. (2005). Asperger syndrome: Familial and pre- and perinatal factors. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35, 159-166.
- Gillott, A., Furniss, F. & Walter, A. (2001) Anxiety in high-functioning children with autism. *Autism*, 5, 277-286.
- Happé, F. (1994). An advanced test of theory of mind: Understanding of story characters' thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped and normal children and adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 24, 129-154.
- Harpur, J., Lawlor, M. & Fitzgerald, M. (2004). *Succeeding in college with Asperger syndrome. A student guide*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Howlin, P. (1997). *Autism: Preparing for adulthood*. London: Routledge.
- Jolliffe, T. & Baron-Cohen, S. (1999). The Strange Stories Test: A replication with high-functioning adults with autism or Asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 29, 395-406.
- Kaland, N. (in press). Det var en lettelse å få vite hvorfor jeg ikke var som andre. Om å få stilt en autisme- eller Asperger syndromdiagnose *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*.
- Kaland, N., Møller-Nielsen, A., Callesen, K., Mortensen, E.L., Gottlieb, D., & Smith, L. (2002). An 'advanced' test of theory of mind: Evidence from children and adolescents with Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 43, 517-528.
- Kaland, N., Møller-Nielsen, A., Smith, L., Mortensen, E. L., Callesen, K. & Gottlieb, D. (2005). The Strange Stories Test: A replication study of children and adolescents with Asperger syndrome. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 73-82.
- Kopp, S. (2005). Køn og autisme: Fokus på piger med autismespektrumtilstande. *Autismbladet*, nr. 4, 4-9.
- Landa, R. (2000). Social language use in Asperger syndrom and high-functioning autism. I A. Klin, F.R. Volkmar & S. S. Sparrow (red.), *Asperger syndrome* (ss.125-155). New York: Guilford Press.
- Lathe, R. (2006). *Autism, brain, and environment*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Lauritzen, M. B., Pedersen, C. B. & Mortensen, P. B. (2005). Effect of familial risk factors of autism: A national register-based study. *Psychological Psychiatry Publications*, 46, 963-971.
- MacDonald, van B. (1998). How the diagnosis of Asperger syndrome has influenced my life. I Schopler, G. Mesibov & L. J. Kuncie (red.), *Asperger syndrom or highfunctionb autism?* (ss. 368-369). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Mcintosh, K. E., & Dissanayake, C. (2004). Annotation: The similarities and differences between autistic disorder and Asperger's disorder: A review of the empirical evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 421-44.
- Mesibov, G. (1992). Treatment issues with high-functioning adolescents and adults with autism. I E. Schopler & G. Mesibov (red.), *High functioning individuals with autism* (ss. 143-156). New York: Plenum Press.
- Meyer, J.A., Mundy, P., Vaughan van Hecke, A. & Durocker, J. S. (2006). Social attribution processes and comorbid psychiatric symptoms in children with Asperger syndrome. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 10, 383-402.
- Miller, J. N. & Ozonoff, S. (1997). Did Asperger's cases have Asperger Disorder? A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 247-51.
- Ozonoff, S. (1997). Components of executive function in autism and other disorders. I B. Pennington (red.), *Autism as an Executive Disorder* (ss. 179-211). Oxford: Oxford University Press.
- Paul, R., Shrieberg, L. D., McSweeney, J., Cicchetti, D., Klin, A. & Volkmar, F. (2005). Brief report: Relations between prosodic performance and communication and socialization ratings in high functioning speakers with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35, 861-869.
- Pomeroy, J. C. (1998). Subtyping pervasive developmental disorders. I E. Schopler, G. Mesibov & L. J. Kuncie (Eds.), *Asperger's syndrome or high-functioning autism?* (ss. 231-245). New York: Plenum Press.
- Prior, M., Leekam, S., Ong, B., Eisenmajer, R., Wing, L., Gould J. & Dove, D. (1998). Are there subgroups within the autistic spectrum? A cluster analysis of a group of children with autistic spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 893-902.
- Rogers, J., Viding, E., Blair, R. J., Frith, U. & Happé, U. (2006). Autism spectrum disorders and psychopathy: Shared cognitive underpinnings or double hit? *Psychological Medicine*, 36, 1789-1798.
- Rutter, M. (2005). Autism research: Lesson from the past and prospects for the future. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35, 241-257.
- Rutter, M. & Bailey, A. (1993). Thinking and relationships: Mind and brain (some reflections on theory of mind and autism). I S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg & D. J. Cohen (red.), *Understanding other minds - perspectives from Autism* (481-504). Oxford: Oxford University Press.
- Råstam, M., Gillberg, C. & Wentz, E. (2003). Outcome of teenage-onset anorexia nervosa in Swedish community-based sample. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12, 78-90.
- Scott, F. J., Baron-Cohen, S., Bolton, P. & Brayne, C. E. G. (2002). Prevalence of autism spectrum conditions in children aged 5-11 years in Cambridgeshire, UK. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 6, 231-237.
- Shrieberg, L., Paul, R., McSweeney, J., Klin, A., Cohen, D. & Volkmar, F. (2001). Speech and prosody characteristics of adolescents and adults with highfunctioning autism and Asperger syndrome. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 44, 1097-1115.
- Sonne, T. (2007). *ASD as competitive advantage in the business environment*. Innlegg på konferansen Autism Europe, Oslo, 31. august - 2. september, 2007.
- Ssuharewa, G. E. (1926). Die schizoiden Psychopathien im Kindesalter. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie* 60, 235-261.
- Stahlberg, O., Söderström, H., Råstam, M. & Gillberg, C. (2004). Bipolar disorder, schizophrenia, and other psychotic disorders in adults with childhood onset AD/HD and/or autism spectrum disorders. *Journal of Neural Transmission*, 111, 891-902.
- Söderström H., Råstam M. & Gillberg, C. (2002). Temperament and character in adults with Asperger syndrom. *Autism*, 6, 287-297.
- Tantam, D. (2000). Adolescence and adulthood of individuals with Asperger syndrome. I A. Klin, F. R. Volkmar & S. S. Sparrow (red.), *Asperger syndrome* (ss. 367-402). New York: The Guilford Press.
- Tryon, P.A., Mayes, S. D., Rhodes, R. L. & Waldo, M. (2006). Can Asperger's disorder be differentiated from autism using DSM-IV criteria? *Focus on Autism and other Developmental Disabilities*, 21, 2-6.
- Volkmar, F. R., Lord, C., Bailey, A., Schultz, R. T. & Klin, A. (2004). Autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 135-170.
- Wing, L. (1981). Asperger's syndrome. A clinical account. *Psychological Medicine* 11, 115- 129.
- Wing, L. (1996). *The autistic spectrum. A guide for parents and professionals*. London: Constable.
- Wing, L. (2005). Reflections on opening the Pandora's box. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35, 197-203.
- Wing, L. & Potter, D. (2002). The epidemiology of autistic spectrum disorders: Is the prevalence rising? *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 8, 151-161.
- World Health Organization (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva: Author.

Voksne med CI i Midt-Norge – samarbeid, tiltak og metodikk



Trine Lise Dahl

logoped MNLL/avdelingsleder
Avdeling for språk-, tale- og
kommunikasjonsvansker,
Møller kompetansesenter

Behandling /opplæring/-rehabilitering av brukere med cochleaimplantat (CI) har i de senere år blitt inkludert i mange logopeders og audiopedagogers arbeidsområder. Logopeder som har tatt denne utfordringen har måttet sette seg inn i en god del ny kunnskap innen dette interessante feltet, samtidig som de har erfart at en god del kompetanse og erfaring fra det logopediske feltet også kan benyttes. Opplæring etter CI synes å være et fagområde der audiopedagogikk og logopedi møtes og kunnskap fra begge fagområder trengs for å kunne gi et best mulig behandlingstilbud.

Denne artikkelen fokuserer primært på behandlingstilbudet for voksne som har fått cochleaimplantat ved St Olavs Hospital (SOH) i Trondheim og på det helhetlige rehabiliteringstilbudet og den oppfølging disse pasientene får etter lydpåsetting.

Behandling av CI-opererte voksne avviker noe fra den behandlingen som barn har behov for. Døvfødte barn har aldri hørt talespråk tidligere, mens de fleste voksne som opereres har hørt mer eller mindre og mange har fått CI etter et progredierende tap som har ført til ervervet døvhet.

Ved SOH er det i tidsrommet august 2005 – 1. september 2007 blitt foretatt i alt 42 CI-operasjoner.

Behandling av CI – også et logopedisk arbeidsfelt

At behandling av CI er blitt et logopedisk arbeidsfelt, avspeiler seg også innen Norsk Logopedlags etterutdanningsvirksomhet. Blant annet kan nevnes at på Etterutdanningskurset i forbindelse med

Landsmøtet på Hamar i 2004 hadde Marit Strømsnes et kortforedrag om hvordan hun hadde gått frem i behandlingen av en gutt med CI. På Etterutdanningskurset i Kristiansand i 2006 foreleste audiopedagog Ona Bøe Wie, Ph.D. over temaet "Tale- og taleforståelse hos CI-barn" og audiopedagog Ingeborg Ørn om temaet "Lytte- og talespråkstimulering for barn med cochleaimplantat". I tillegg har flere lokale regionslag tatt opp tema CI og Norsk Tidsskrift for Logopedi har også behandlet temaet. Det er først og fremst behandling av barn med CI som har vært fokusert.

Oppstart i Midt-Norge

De første CI-operasjoner ble foretatt i Trondheim på midten av 1980-tallet, men opphørte etter kort tid. Det ble valgt å sentralisere operasjonene til Rikshospitalet i Oslo. I 2004 startet forberedelser til operasjoner av cochleaimplantat (CI) av voksne ved SOH i Trondheim på nytt, som det tredje sykehuset i landet som kunne tilby slike operasjoner. Sykehuset dekker Helseregion Midt

og helse Nord i forhold spesialiserte tjenester. Tidligere måtte voksne "CI-kandidater" enten til Rikshospitalet i Oslo eller til Haukeland sykehus i Bergen for slike operasjoner. Barn blir fremdeles operert kun ved Rikshospitalet.

For SOH var forutsetningen for å kunne starte operasjoner at de kunne tilby et helhetlig rehabiliteringstilbud for pasientene før og etter lydpåsetting. Dette forutsatte faste rutiner og forpliktende samarbeid mellom flere instanser og fagfelt. Selve operasjonen og rehabiliteringen forutsetter et samarbeid mellom ØNH-lege, audiograf, audiopedagog, legesekretær og logoped ved Møller kompetansesenter og Logopedisk senter. Disse faggruppene utgjør "CI-Teamet" ved SOH.

Helhetlig rehabilitering

Den helhetlige rehabiliteringen må altså være et samarbeid mellom sykehus, kommune og Statped (hørsel). Audiopedagogen på SOH er sentral i koordineringen av videre tiltak i kommunal regi. Et samarbeid ble inngått mellom St Olav, Logopedisk senter i Trondheim og Møller kompetansesenter vedrørende tiltak.

Faste rutiner trer i kraft så snart pasienten har sagt ja til operasjon og har gitt sitt samtykke til at kommunen (kommunelege/fastlege, PPT og/oppplæringsansvarlige i kommunen) får informasjon og kan planlegge videre tiltak. Samtidig blir kopi av journalnotat, henvisning og samtykkeskjema sendt Audiopedagogtjenesten i det aktuelle fylke, samt Møller kompetansesenter og evt. Logopedisk senter for de som er hjemmehørende i Trondheim kommune. Sammen med journalnotatet sendes skriv om CI og behovet for opptrening av lytteferdigheter, hvilket må utføres av audiopedagog eller

logoped i kommunal eller privat praksis. I skrivet til kommunen informeres det også om at Møller kompetansesenter kan yte rådgivning til kommunen og at logopediske tjenester kan kjøpes fra Logopedisk senter av kommuner utenom Trondheim. Logopedisk senter har en logoped som har spesialisert seg innen opplæring av voksne med CI. Trondheim kommune har bevilget en halv ekstra stilling til arbeidet med denne gruppen.

Når pasienten får beskjed om operasjon, sendes det kopi til alle samarbeidende instanser, som holdes informert under hele prosessen. Det tas også telefonisk kontakt med PPT/oppplæringsansvarlige i kommunen og Audiopedagogtjenesten i fylket.

Kursrekke om CI

En viktig del av prosessen er en informasjonsdag før operasjonen for bruker og pårørende.

Her informeres det om selve operasjonen og implantatet. Forventninger til CI, viktigheten av lytte trening etter lyd påsetting drøftes. Brukermedvirkning er sentralt. Det å få CI gir ikke automatisk tilgang til normale hørselsinntrykk. Til tross for stadige tekniske forbedringer i selve implantatet, blir lyden fordreid og for mange kan det nye lydbildet være vanskelig å venne seg til. Det er derfor umåtelig viktig med opptrening.

På innføringskurset får også CI-kandidatene møte en bruker og en pårørende som forteller om sine erfaringer. Gode pauser med tid til samtale er lagt inn.

Etter lyd påsettingen tilbys et oppfølgingskurs. De CI-opererte møtes en dag uten pårørende. Her vektlegges det tekniske vedrørende implantatet, tilleggsutstyr til CI og erfaringsutveksling med fokus på det positive ved CI. En CI-gruppe er også etablert som en del av Hørselshemmedes

Landsforening (HLF).

Noe senere blir en tredje kursdag arrangert, som et oppfølgingskurs, hvor temaet er erfaringer fra brukere i forhold til egentrening.

Kursrekken er en del av rehabiliteringstilbudet ved SOH i samarbeid med Møller kompetansesenter og Logopedisk senter. Brukere i Midt-Norge som er operert ved Rikshospitalet eller ved Haukeland er også invitert til de to siste kurskveldene. Pasienten får dekket kursene som er en del av behandlingsopplegget i forbindelse med CI-operasjoner, samt reise og opphold. Pårørende kan søke trygdekontoret om dekning av reiseutgifter.

Erfaringer ved SOH i forbindelse med rehabilitering og CI

CI-teamet ved SOH har sett at det er meget viktig med god informasjon om forventninger til CI og om muligheter for opptrening etter operasjon. Dette gjelder både brukere og pårørende. Pårørendes rolle i prosessen er av vesentlig betydning og er også en forutsetning for at operasjon gjennomføres. De spiller en viktig rolle både i forhold til det tekniske og til opptreningen.

Et annet vesentlig punkt for operasjon er at samtykke til samarbeid mellom SOH, kommunen/eventuelt privatpraktiserende audiopedagog/logoped, Audiopedagogtjenesten i fylket, samt Møller kompetansesenter blir gitt.

CI-teamet har erfart at det er viktig med god informasjon om bruken av CI; selve den tekniske delen, og at det er åpenhet og aksept for sykemelding. Samtale med arbeidsgiver er også viktig.

Møller kompetansesenter har i samarbeid med Logopedisk senter hittil arrangert 2 dagsamlinger i året for

logopeder og audiopedagoger som arbeider med brukere med CI lokalt i Midt-Norge. Disse samlingene er primært erfaringsutvekslinger med faglig påfyll. Det er blant annet nyttig å vite litt om hvordan selve CI-apparatet kan innstilles og justeres. Det har vært god oppslutning om disse erfaringskonferansene. Logopeder og audiopedagoger har som oftest kun en bruker de arbeider med, og de sitter ofte isolert rundt i kommunene og føler at de trenger å treffe andre som arbeider med samme problemstillinger. Én logoped i privat praksis med en CI-bruker tok sågar nattbussen for å kunne være til stede på en slik erfaringskonferanse og en 6 timers bussreise hjem igjen etterpå! Så det er ingenting å si på motivasjonen for å gjøre en så god jobb som mulig!

Lyttetrening

CI gir ikke normal hørsel. Lydpåsetting skjer 4 - 6 uker etter operasjonen. Det er som oftest vanskelig de første dagene etter lydpåsettingen å kjenne igjen lyder og forstå det som blir sagt. Lyder blir fordreid og gir et annet lydbilde enn "normal" lyd, slik hørende opplever den. Ofte har den opererte ikke kunnet høre på lang tid. Dette gjør at alle lyder må oppdages og tolkes på nytt. Lyttetrening er derfor vesentlig med det samme lydpåsettingen skjer. Strukturert lyttetrening bør starte påfølgende uke etter lydpåsettingen. Å oppdage lyd forstås som evnen til å respondere på tilstedeværelse eller fravær av lyd. Neste skritt er å diskriminere; er lyden lik eller ulik. Hva slags lyd høres, altså identifikasjon, for så til slutt å kunne knytte mening til de lyder som høres. Det må jobbes etter klare mål på en strukturert og systematisk måte.

Ved lyttetrening øves det uten munnnavlesing.

CI må brukes mest mulig i løpet av en dag, slik at dagligdagse lyder kan knyttes til observerte handlinger. Det å plutselig høre lyden av vannet i springen, fuglene som synger, feiekosten i bruk, regnet, etc er en fantastisk opplevelse for en som ikke har hørt på lenge. Mange gjentakelser av samme lydbilde er viktig og ofte nødvendig. Her er det store individuelle forskjeller.

Etter hvert inngår også lyttetrening i støyfylte omgivelser, samt telefontrening, det å høre på radio, PC og andre "høytalerlignende" stemmer med økende vanskegrad.

Enkelte dataprogram kan også benyttes til egentrening under veiledning. Som eksempel kan nevnes Lexia, "Kan høre", Briskeby - munnnavlesningstrening og diverse lydlotto. Enkelte har nytte av å høre lydbok som et ledd i lyttetreningen.

I tillegg til slike observasjoner og oppdagelser i dagliglivet er det nødvendig med et lyttetreningsopplegg for språkllyder og ord.

Artikulasjon og stemme

Til å begynne med er kun lyttetrening i fokus. En bør imidlertid følge med på stemmebruken og artikulasjonen til brukeren. Stemmen kan endres over tid. Likeså artikulasjonen. Behovet for eventuell artikulasjons- og stemmebehandling drøftes og avgjøres av den enkelte. Ofte er artikulasjon og stemme upåfallende, men for de som ikke har hørt på lenge kan endringer ha skjedd.

Geoff Plants metodikk

Geoff Plant er en australsk anerkjent pedagog og forsker som i mange år har bodd og arbeidet i USA for et av firmaene som produserer cochleaimplantater, Med-El. Han har utviklet et vell av treningsmateriell, både for barn og voksne. Noe av materialet

for voksne, "Auditrain for Adults with Hearing Impairment" (2001) er oversatt og tilrettelagt til norsk av logopedene Kari E. Neeb ved Møller kompetansesenter og Marion Eriksen ved Logopedisk senter (2007). Materialet kan fås kjøpt fra Møller kompetansesenter eller det kan også lastes ned gratis fra internett (www.statped.no/moller/nettbutikk). Materialet preges av en grundig og systematisk oppbygging.

Treningsopplegget i "Auditrain" (G.Plant,) er et rent lyttetreningsprogram. Det er en perm for pedagog og en perm for bruker. Metoden er beskrevet og den norske tilrettelleggelsen og oversettelsen av programmet gir muligheter for skåring, slik at resultater og fremgang kan registreres. Programmet inneholder leksjoner med både analytiske og syntetiske øvelser, til sammen 21 leksjoner (22 i den engelske utgaven), som dekker fonemene i språket. Det understrekes at en ikke trenger å følge progresjonen slavisk, men at oppgavene er ment som en inspirasjon og hjelp til systematisk trening.

Hver leksjon består av

- 1.Introduksjon av målfonemet gjennom en kort fonemladet fortelling.
- 2.En serie analytiske øvelser som kontrasterer målfonemet med andre konsonanter eller vokaler. Det benyttes både ord og non-ord
- 3.En eller flere syntetiske øvelser som gir øvelse i kun auditivt eller auditiv-visuell taleoppfattelse
- 4.To Speech tracking - øvelser som presenteres enten auditivt-visuelt, eller kun auditivt.

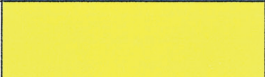
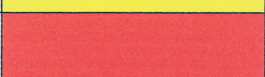
I de fonemladede fortellingene presenteres målfonemet i en rekke ulike ord og kontekster. Fortellingene er basert på G. Plants egne interesser og erfaringer og den norske utgaven har byttet ut de fleste fonemladede

historier beregnet mer på norske forhold.

Hensikten med fonemladede fortellinger er å få brukeren til å rette oppmerksomheten mot målfonemet.

Den analytiske treningen har som målsetting å gi brukeren øvelse i avdekking og diskriminering av målfonemet i ulike meningsfulle ord og non-ord. Målet er at kun den auditive kanalen skal brukes, altså at det ikke er nødvendig med munnnavlesing for å oppfatte hva som blir sagt. Men ofte kan munnnavlesing være nødvendig for oppfattelsen, avhengig av situasjon og hva slags erfaring brukeren har i forhold til de oppgaver han blir presentert for. Dersom en oppgave blir for vanskelig med kun auditive stimuli, må en auditiv-visuell presentasjonsform benyttes.

Enkelte leksjoner inneholder også setningsmatriser som et ledd i den analytiske treningen. Brukeren blir presentert en matrise som kan inneholde flere ord, bilder og lignende. En kan så kombinere elementer fra matrisen så det blir en frase eller setning, se eksempel nedenfor, for eksempel: "Fem blå blomster"

2		
3		
4		
5		

De analytiske oppgavene gir brukeren systematisk introduksjon til den akustisk-fonetiske informasjonen som CI gir. Men disse gir ikke nok øvelse i å forstå vanlig samtale. De

syntetiske oppgavene i programmet gir imidlertid erfaring i å oppfatte en mer samtalelik tale. Oppgavene har gradvis økende vanskegrad. Øvelsen kan for eksempel være spørsmål og svar-oppgaver, om brukerens interesser, familie, yrke, hobbier osv.

'Speech tracking' gir i følge G. Plant trening som ligger nært opp til oppfattelse av sammenhengende tale. Speech tracking går ut på at logoped/audiopedagogen leser for eksempel en fortelling ved å presentere muntlig en setning eller del av en setning (avhengig av nivå og korttidshukommelse) som CI-brukeren skal gjenta helt korrekt. Dersom ikke teksten blir gjentatt korrekt, gjentas setningen til den blir korrekt gjengitt. Det registreres tid og skåres antall ord pr minutt. Skåren avhenger av vanskegraden og lengden på tekstmaterialet. Det er en utfordring å finne en godt tilpasset tekst, som verken skal være for vanskelig eller for lett. Enkeltord og fraser kan også benyttes som Speech tracking, men som regel benyttes sammenhengende tekst.

En annen oppgave som blir hyppig brukt er 'The Barrier game'. 'The

får se rekkefølgen. Etter å ha snakket om hva bildene forestiller, gitt trygghet, bakgrunnsinformasjon og lignende, gir en brukeren instruksjoner slik at han/hun kan legge sine kort i samme rekkefølge som pedagogen. En bruker forutsigbare setninger av varierende lengde og vanskegrad. Setningene gjentas i ulik rekkefølge til brukeren er sikker.

Dette er noen av oppgavetypene. Flere tips til oppgaver og mer utførlig metodikk er beskrevet godt i G. Plants materiale. De norske logopedene har gjort et godt arbeide ved å gjøre dette materialet tilgjengelig på norsk. Det er å håpe at også mer av G. Plants materiale kan bli omarbeidet og oversatt til norsk.

Takk til: Geoff Plant, CI-teamet ved St. Olavs Hospital, og spesielt til audiopedagog Tove L. Østerlie, logoped Kari E. Neeb og logoped Marion Eriksen for nyttig informasjon gjennom presentasjoner, drøftinger og samtaler om CI og dens behandling/opptrening for voksne med CI.

Litteratur:

- Fjose, Inger Anita (2005): *et bærende liv med cochlea implantat*. Modellforsøket ReSonare, Briskeby skole og kompetansesenter, Lier
- Neeb, Kari E. og Eriksen, Marion (2007): *Auditrain. Norsk oversettelse og tilpasning*
- Plant, Geoff (2001): *Auditrain - An Auditory and Auditor - Visual Training Program*

Barrier game' er en aktivitet som kan skreddersys til den aktuelle bruker. Man har to sett objekter, bilder, postkort eller lignende og en velger et gitt antall til bruker, mens pedagog har det samme, uten at bruker

Betydningen av "å være glemsk"

En kortfattet oversikt over forskningen om kognitive endringer ved aldringen

Den vanligste kognitive forandringen ved aldring har vært relatert til en svekkelse i hukommelsen. Spesialister og alle som har vært i kontakt med eldre, inkludert de eldre selv, vil være enige i at denne forandringen skjer. Når en vil prøve å forstå hvorfor en begynner å bli "glemsk" ved økende alder er det imidlertid nødvendig å ta hensyn til flere viktige faktorer. Til å begynne med må vi innrømme at hukommelse er et vanskelig ord å definere. I utgangspunktet dreier det seg om en abstraksjon som handler om det å oppbevare ulike typer informasjon som stadig skal hentes frem avhengig av hvilken situasjon man blir konfrontert med. Den oppbevarte informasjonen kan enten være perseptuelle inntrykk – som lukt eller smerte, eller det kan være kunnskaper om noe eller noen. Informasjonen befinner seg på "lageret", det vil si et sted i hjernen eller nervesystemet der den må hentes fra og blir så benyttet av hvert enkelt individ for å

kunne tilpasse seg til de krav som stilles fra omverden.

I psykologien har man studert hukommelse i lang tid og vi har sett en betydelig fremgang i feltet, særlig angående konseptualiseringen av den mentale prosessen. Imidlertid er det slik at nesten alt vi vet om hukommelsen og de øvrige psykologiske funksjonene baserer seg på data fra unge mennesker. Selv om forskningen på eldre har økt betydelig, er det fortsatt slik at mange forskere bruker resultater fra unge mennesker til å generalisere funnene til andre faser i livsløpet. I tillegg finnes det andre aspekt, fremfor alt historiske, som har påvirket måten vi hittil har studert de normale kognitive endringene hos eldre mennesker. Disse aspektene er viktig å fremheve dersom vi ønsker en økt forståelse av hvor langt forskningen om kognitiv aldring er kommet i dag.

På grunn av den markante økningen i antallet eldre i de fleste samfunn oppstod et behov for fremkomsten



Claudia Rodríguez-Aranda

ansatt som førsteamanuensis på Institutt for psykologi, ved Universitetet i Tromsø siden 2005. Hun gjennomførte graden for dr. Psychologiae ved samme institutt i 2006.

Forskningsinteresser er innenfor aldringens nevropsykologi, kognitive endringer ved normal aldring og Alzheimers sykdom og biologiske aspekter relaterte til aldringsprosessen."

av gerontopsykologien, eller studien av aldringens psykologi. Dette begynte etter 2. verdenskrig, men ikke før på slutten av 1970-tallet ble forskning om de normale aldersavhengige endringene i atferden virkelig tatt på alvor. I utgangspunktet var motivet for denne forskningen å skaffe seg mer kunnskap om kliniske tilstander relaterte til alderdom. Derfor ble det også naturlig å fokusere på studien av patologiske endringer i psykologiske funksjoner assosiert til ulike demenstilstander, som Alzheimers sykdom. På 1990-tallet økte forskningen om normal aldring betraktelig. Forskningen om alderdommen eksploderte nærmest på den tiden.

På den ene siden kompenserte en høy dataproduksjon for den manglende forskningen om normal aldring, på den andre siden ble det lagt fr̄ mange innviklete og kompliserte data, som det var og fortsatt er vanskelige å "fordøye" for forskere innen feltet. En fullstendig redegjørelse av gerontopsykologiens historie

finnes for eksempel i Birren & Schroots (Birren & Schroots, 2001).

Hukommelsessvikt? Nei, oppmerksomhetsvansker!

Denne korte historiske oppsummeringen setter oss bedre i stand til å kunne forstå hva vi i dag vet om normale endringer i hukommelse ved aldring og hvorvidt vi kan forklare hva som forårsaker aldersrelatert hukommelsessvikt. Med mer enn 10 års intensiv forskning har vi uten tvil oppnådd en tilfredsstillende beskrivelse av de mest påfallende endringene i hukommelsen og relaterte kognitive funksjoner. Imidlertid er forståelsen av disse endringene fremdeles svært begrensede. For å rekonstruere hva vi kan om temaet per i dag, må vi ta utgangspunkt i det forskerne har blitt enige om.

Først og fremst kan vi slå fast at det er fremsatt flere hypoteser basert på kognitive tilnærminger for å forklare aldersrelaterte endringer i hukommelsen. Disse hypotesene har variert avhengig av de spesifikke prosedyrene som er blitt anvendt for målingen av hukommelse. Generelt sett har det blitt foreslått at svekkelsen i andre kognitive funksjoner forårsaker hukommelsessvikt. Altså, å bli glemsk i eldre år er snarere et resultat av forringelser i andre mentale funksjoner enn av forringelser i hukommelsen selv. Grunnen til hukommelsessvikt hos de eldre er blitt tolket som oppmerksomhetsvansker i de fleste av hypotesene. En slik påstand er i seg selv et fremskritt fordi det betyr at vi har oppnådd en bedre forståelse av hvilken kognitiv funksjon som primært er svekket ved aldring.

Ytterligere forskning har utdypet studiet av alderseffekten i oppmerksomhetsmekanismer og har gitt som resultat en videre oppklaring av hvilke spesifikke prosesser som endrer seg. Før jeg går videre vil jeg gi en

kort parentes for å avklare hva som menes med oppmerksomhet. Et mer vanlig ord som brukes i hverdagen for å beskrive oppmerksomhet vil være bevissthet. Uavhengig av hvilken term som blir brukt er oppmerksomhet en psykologisk funksjon som handler om utvelgelse av stimuli rundt oss. Det er ikke meningen å gjøre en grundig redegjørelse for termen oppmerksomhet her. Denne er allerede redegjort for mange steder i en hvilken som helst basal psykologi-bok. Imidlertid kan vi nevne noen aspekter ved oppmerksomheten som er relevant i denne sammenhengen. Blant annet vil jeg peke på den selektive egenskapen som begrenser hvor mye informasjon en fokuserer på (selektiv oppmerksomhet), graden av bevissthet eller vaksomhet (langvarig oppmerksomhet) og muligheten en har til å konsentrere seg godt på forskjellige typer stimuli som opptrer samtidig (splitting oppmerksomhet). Det er nemlig de ovenfornevnte aspektene i oppmerksomhet som svekkes under aldringsprosessen (Kallus, Schmitt, & Benton, 2005). De aspektene som ikke endres når man blir eldre relateres først og fremst til aktiviteter som har blitt vel praktisert i løpet av livet og som dermed, på grunn av høy øvelse, har resultert i automatiske handlinger. Slike automatiske handlinger kan bli svekket dersom alvorlig grad av sansetap inntreffer.

En direkte følge av svekket oppmerksomhet i normal aldring har blitt koblet til lærevansker, noe som er en nærliggende problemstilling i forbindelse med alderdommen. Det er faktisk forholdet mellom endringer i oppmerksomhet og lærevansker som best forklarer den aldersavhengige hukommelsessvikten. En lang rekke studier har vist at friske eldre har vanskeligheter med å tilegne seg forskjellige typer kunnskap, for eksempel å gjennomføre nye bevegelser (motorisk læring) og læring av

forskjellige oppgaver som relateres til både klassisk og operant betingning (Kausler, 1994). Selv om flere forskjellige faktorer spiller en viktig rolle for læringsprosessen ved normal aldring som for eksempel trening eller en oppgaves vanskelighetsgrad, vil endringene i oppmerksomheten forårsake en svekkelse i læringen hos friske eldre.

Logikken bak en slik påstand er at svekket oppmerksomhet forhindrer den korrekte lagring eller "innkodning" av ny informasjon. Feilaktig lagring kan i utgangspunktet forklare hvorfor eldre personer sliter mer med håndtering av umiddelbar informasjon, altså med kortidshukommelse, enn med håndtering av langvarig informasjon, eller langtidshukommelse. Med andre ord betyr dette at vi klarer å opprettholde konsentrasjonsnivået i ungdomstiden og voksenlivet - gjerne om flere ting samtidig dersom det er nødvendig - og under relativt lange perioder slik at vi registrerer og lagrer informasjonen i nervesystemet. I motsetning til dette opplever eldre mennesker en svekkelse i oppmerksomhetsprosessen, som forårsaker at konsentrasjonsnivået senkes og at man lettere blir forstyrret av ulike hendelser og gjenstander som eksisterer i omverden. Konsekvensene er at viktig informasjon som er nødvendig i øyeblikket, ikke blir tatt inn i systemet eller "lært". Dette resulterer i det velkjente problemet hukommelsessvikt. Det er både logisk og naturlig at man ikke klarer å huske noe man aldri har lært.

Oppfølging av oppmerksomhetshypotesen

Tanken om at oppmerksomhetsvansker ligger til grunn for generell hukommelsessvikt er nå en velbegrunnet og akseptert forklaring. Man skulle tro at etter å ha funnet en slik forklaring ville forskerne være tilfredse. Imidlertid ble dette ikke tilfel-

le og nye og mer komplekse forklaringer er senere blitt fremsatt. Hvorfor? Var det noe feil med den ovennevnte oppmerksomhetshypotesen? Et rimelig svar på dette spørsmålet må nødvendigvis gjøre rede for flere andre viktige moment. La oss begynne med det faktum at mange forskere hele tiden har betraktet oppmerksomhetsforklaringen som ufullstendig. Den ble oppfattet som utilstrekkelig i forhold til det å kunne forklare alle typer hukommelsessvekkelse hos eldre. Det er også viktig å minne om at fordypning i studiene av hukommelse har gitt som resultat en omfattende inndeling av hukommelsesfunksjonen. Derfor eksisterer det per i dag utallige undertyper av minne, for eksempel episodisk minne, semantisk minne, prosedurell, deklarativt, prospektivt minne osv. Flere blant oss forskere frykter at multipliseringen av hukommelsestyper snart blir uten kontroll. Uansett innebærer dette at når noen forskere rapporterer alders effekter i én bestemt type hukommelse krever dette en egen spesifikk forklaring. Det problematiske er også at det med såpass mange varianter av samme funksjon, blir vanskelig å skille alle underkategoriene fra hverandre. Og i tillegg desto vanskeligere å skreddersy én forklaring for hvert enkelt tilfelle. En ikke fullt så overraskende konsekvens av denne situasjonen er at varierende konklusjoner fremstilles avhengig av hvilken type hukommelse forskerne fokuserer på. Hvis vi legger til det allerede velkjente problemet om urepliserbare studier (som for gerontopsykologien økte enormt med den abrupte dataeksplosjonen på 1990-tallet) blir inntrykket man sitter igjen med mer eller mindre kaotisk.

Parallelt med utviklingen av forskjellige forklaringer om de ulike aldersrelaterte hukommelsesvanskene, oppstod spørsmålet om hvordan endringer i oppmerksomhet og

hukommelse ville påvirke andre høyere, kognitive aktiviteter. La oss huske på at den dominerende tanken i dag understreker at komplekse funksjoner som oppmerksomhet og hukommelse, ikke kan inntreffe atskilt fra hverandre.

Måten å besvare denne problemstillingen på var at man fant en overordnet forklaring, som favnet alle de kognitive endringene ved normal aldring. Etableringen av en slik overordnet teori representerte også en overgang fra studier om det relativt "enkle" problemet, hukommelsessvikt, til en erkjennelse av problemet med "å være glemsk" innebar en hel del endringer i alle de mentale prosessene. Forskerne forstod at studiet av normal aldring ikke kunne innskrenkes til én enkel kognitiv funksjon. På samme måte som for oppmerksomhetshypotesen, representerte denne tankegangen et teoretisk fremskritt. Dessverre førte dette også med seg en god del komplikasjoner. Disse bestod fremfor alt i å forstå hva man snakket om når man refererte til "komplekse funksjoner". For å presisere denne påstanden må jeg referere til den frontalhypotesen om kognitiv aldring (Dempster, 1992) som muligens er blant de mest innflytelsesrike teoriene.

Hypotesen foreslår at endringer i nervesystemet under aldersprosessen påvirker spesifikke deler av hjernen, som nettopp er avgjørende for å opprettholde de mest avanserte kognitive funksjonene, de såkalte "eksekutive funksjonene". Dette dreier seg om en gruppe mentale prosesser som på en overordnet måte styrer menneskets atferd. For de som ikke er helt vant med begrepet "eksekutive funksjoner", kan det være nyttig å sammenligne det med en gammel term som delvis representerer samme idé, nemlig Freuds overjeg. Denne sammenlikningen er riktig i den forstand at overjeget vokter og forhindrer upassende atferd som har

opphav i individets ubevissthet. I dag hevdes innen moderne nevropsykologi at samme "hemmende evne" er delegert til eksekutive funksjoner. I tillegg er andre psykologiske egenskaper også blitt forstått som eksekutive funksjoner, noe som har bidratt til at selve begrepet har havnet i samme problematiske situasjon som sin tid skjedde med intelligensbegrepet. Vi kan godt si at "eksekutive funksjoner" har på en måte erstattet "intelligensbegrepet" som det har vært minst like vanskelig å definere.

Det er ikke mitt ønske å gjennomgå utviklingshistorien til disse begrepene i denne sammenheng, men heller å fokusere på de vanskelighetene som oppstod da de eksekutive funksjonene ble foreslått som den viktigste grunnen til kognitiv aldring. Til tross for at alle er enige om at eksekutive funksjoner eksisterer og er nødvendige for å gjennomføre alle typer handlinger, har det, som nevnt, vært nesten umulig å enes om én felles definisjon. I tillegg er det heller ingen enighet om hvilke og hvor mange funksjoner som bør inkluderes i selve begrepet. Kanskje på grunn av denne manglende enigheten, har vi i dag også et ikke minst like viktig problem, nemlig en mangel på en konsis og objektiv måte for evaluering av eksekutive funksjoner.

Integrering av biologiske målinger i studien av kognitiv aldring

En nærmere analyse av forskningen jeg har referert ovenfor, viser hvor vanskelig det faktisk er å bestemme hvorvidt alle disse hypotesene og oppfatningene har bidratt til eller forhindret vår forståelse av det som skjer med mentale funksjoner ved normal aldring. Selv om vi har skaffet oss en del kunnskaper, er vi fortsatt i villrede når det gjelder spørsmålet om hva som egentlig forårsaker de kognitive endringene. Min personlige oppfatning er at vi foreløpig har

nøyd oss med å forklare at endringer i en abstrakt funksjon (hukommelse) skyldes endringer i andre abstrakte funksjoner (oppmerksomhet/eksekutive funksjoner). Når man ser kritisk på hvilke funn og konklusjoner vi disponerer i dag, er det åpenbart at vi savner en forståelse om hva som foregår i kroppen og som forårsaker endringer i kognisjonen ved økende alder. Til tross for alle moderne metoder som registrerer aktiviteter i nervesystemet, virker det som om en viktig del av forskningsfeltet fortsatt beveger seg i den cartesianske tradisjonen der sinne og kropp ikke har funnet noe annet skjæringspunkt enn epifysen. La meg presisere dette.

Det er allment akseptert at endringer i nervesystemet spiller en avgjørende rolle for endringer i mentale funksjoner i aldringen. Imidlertid ble det og har vært et stort problem å koble alle hypotesene om kognitiv aldring til de reelle fysiske endringene i kroppen. Problemstillingen er særlig aktuell når vi per i dag kan oppnå ny informasjon om organismens tilstand ved bruk av høyteknologiske apparaturer. For eksempel har vi i dag mulighet for å bruke magnetisk resonanse (MR) og positronemisjonsmografi (PET), som er ideelle verktøy for beskrivelsen av anatomiske og fysiologiske endringer i nervesystemet. Tilgang til slike metoder har åpnet et nytt univers for veldig mange studiefelt og ikke minst for aldringsforskning.

Det naturlige spørsmålet å stille er hva som skjer når informasjonen fra nye teknikker knyttes til den tradisjonelle teoretiske tilnærmingen til studiet av aldring? Svaret er at det har utviklet seg to trender i denne forskningen. I den ene retningen prøver noen forskere å relatere nervesystemets tilstand til tidligere hypoteser. Målet er å kunne bekrefte hypotesene ved hjelp av faktuelle, håndgripelige data som kan legitimere teoriene. Det er åpenbart at dette

fører til en spesiell måte å tolke funn fra for eksempel billeddiagnostiske teknikker eller andre biologiske målinger. Dette i sin tur forårsaker en stor "skjevhet" i forskningen og forhindrer vår forståelse av aldringsprosessen. Det er for så vidt fullt forståelig at det ikke går an å kaste i søppelet de mange komplekse hypoteser som er et resultat av årevis av intensiv jobb og tenkning. Det ville være dramatiske for mange å innrømme at noen av de gode gamle historiene som ble skapt i god tro ikke har rot i virkeligheten.

Imidlertid finner vi i den andre retningen noen forskere som prøver å samle funn basert på nye teknikker og på eksperimentelle studier som foregår både hos andre pattedyr enn mennesket og hos mennesket for å kunne komme frem til saklige konklusjoner. Her er man mer objektiv og det tas et moderat hensyn til hypotesene. Med andre ord er det ingen stor katastrofe om nye funn gjør slutt på en teori. Vi må stole på at en økende andel av forskningsaktiviteten beveger seg mot en fornuftig bruk av både gamle hypoteser og avanserte teknikker, samtidig som man oppnår et integrert samarbeid mellom spesialister.

Et forskningsalternativ for integrering av endringer i kroppen og sinne i alderdommen

Her vil jeg drøfte et alternativ for å bryte med den onde sirkelen der man analyserer abstrakte begrep - som hukommelse - ved hjelp av nye abstraksjoner eller gjennom komplekse fortolkninger. Man kan tenke seg at én løsning er å sette til side eller avgrense bruken av innviklede teorier. I realiteten kan dette synes umulig ettersom man allerede har jobbet hardt for å utvikle teoretiske rammer, som tross alt er basert på mange verdifulle kunnskaper. En annen mulighet er å gjennomføre

nye teorier som baserer seg på solide observasjoner og undersøkelser om nervesystemets endringer under aldringsprosessen.

For eksempel vet vi at det eneste sikre tegn på aldring hos alle pattedyr er nedgang i motorisk funksjon (Birren, 1965). Nedsatt motorikk assosiert til aldring er blitt studert i detalj siden begynnelsen av 1900-tallet. Begrepet psykomotorisk funksjon ble fort foretrukket fremfor "motorikken" fordi man mente at fenomenet ikke bare omfattet langsommere bevegelser i musklene, men også en tregere kontroll over muskulaturen. I et slikt perspektiv blir psykomotorisk funksjon en viktig del av kognitive funksjonene i alderdommen. Redusert hastighet i bevegelsene til eldre mennesker skyldes både endringer i muskulaturen og i sansene samt sentrale endringer i nervesystemet/hjernen. Alle disse endringene forårsaker at informasjonen som tas inn fra omverden overføres saktere. Derfor har det i denne sammenheng vært særlig interessant å forske på responstiden. Responstiden (RT) er altså den tiden det tar å oppfatte en stimulus til man reagerer på den. RT representerer da alle behandlinger av signaloverføring som i psykologien betegnes som "prosessering av informasjon".

Veldig mange studier har resultert i økt kunnskap om endringer i responstiden hos eldre som løser svært varierende typer oppgaver. Hittil vet vi lite om hva som er grunnen til at hurtigheten i overføringen av informasjon minskes ved normal aldring. Det er meget sannsynlig at unøyaktigheter og/eller mangel av gode metoder i måling av denne overføringen har forhindret fremgangen i feltet. Imidlertid vet vi at langsomhetseffekten i normal aldring påvirkes av høyere sensoriske terskler og fremfor alt av endringer i hvit substans.

Det er få studier som har beskrevet de normale endringene i motorisk funksjon ved aldring og dermed har dataene om prosesseringshastighet ennå ikke blitt ordentlig koblet til endringene i de kognitive funksjonene. Likevel finnes det noen forskere som utfra forskjellige forskningsområder har gjort en glimrende jobb med å forstå sammenhengen mellom nedsatt motorikk og sansetap og generell aldersrelatert kognitiv svikt. Blant annet finnes det data som tyder på at svekkelse i motorikken kan finne sted før en alvorlig hukommelsessvikt inntreffer. Dette betyr med andre ord at svekket psykomotorisk funksjon vil spille en viktig rolle når noen blir "glemske" på sine eldre dager.

Nettopp denne oppfatningen av assosiasjoner om psykomotorisk funksjon og kognitiv svikt innebærer en viktig erkjennelse for psykologisk forskning på feltet. Mange av de testene som brukes ved målingen av kognitive funksjoner hos eldre, involverer verbale ferdigheter, altså språk. Dessuten er mange av disse testene tidsbegrenset. På denne måten blir det også fruktbart å undersøke normale psykomotoriske endringer i taleproduksjonen. Slike kan tenkes å påvirke testresultatene til friske eldre.

Psykomotoriske endringer i talefunksjon ved normal aldring

Når vi anvender nevropsykologiske tester i form av verbale oppgaver for å undersøke Eldres kognitive funksjoner, tenker vi ikke på alt som ligger til grunn for en optimal testprestasjon. Vi er opptatt av å få vite om vedkommende "husker" en rekke ord som ble sagt eller om han/hun svarte "riktig" på et bestemt spørsmål. Etter testingen kan vi sette "karakter" i form av en testskår. Den kan vi bruke for å sammenligne vedkommendes prestasjon opp mot en bestemt gruppe. Ved klinisk utredning er sammenligningen rettet mot

standardiserte normer som i veldig mange tilfeller ikke stammer fra norske populasjoner. I forbindelse med forskning vil man ofte sammenligne de Eldres prestasjon med resultater fra yngre deltagere eller med egne resultater dersom man ønsker å studere endringer i prestasjonen over tid.

Etterpå kommer fortolkningen av resultatene. I denne fasen er det mulig å bli klar over flere tvilsomme aspekter. Det eksakte problemet avhenger av om det her er snakk om klinisk utredning eller forskning. I det første tilfellet kan jeg nevne vanskelighetene som oppstår i forbindelse med anvendelsen av standardiserte data. I tillegg til manglende norske normer finnes det få tester som er normerte for mennesker over 70 år. Et annet spørsmål er om vi i det hele tatt kan si noe som helst om kognitive endringer hos eldre dersom vi hadde gode normerte tester. Vi må huske at eldre er den mest heterogene gruppen å forske på når det gjelder prestasjonsnivå i psykologiske tester. I forbindelse med fortolkninger av forskningsresultater overser man som oftest også psykomotoriske svekkelser som er relatert til talefunksjonen. Når forskerne en sjelden gang tar hensyn til langsomhetseffekten av aldring er det høyst sannsynlig at dette blir gjort i forbindelse med kun en generell "nedsatt overføring av informasjon", altså den rent kognitive forsinkelsen av informasjonsbehandlingen, eller i kombinasjon med tydelig sansetap (hørselstap eller svekket syn).

Til nå har psykomotoriske svekkelser blitt ignorert i forbindelse med talefunksjonen i testsituasjonen, særlig i verbale oppgaver som er tidsbegrenset. For å kunne forstå hvor i systemet endringene skjer, bør alle aspekter av muntlig språkproduksjon tas i betraktning. La oss foreta en kort sammenfatning av noen av disse aspektene som endrer seg

naturlig ved økende alder. Først oppstår det endringer i respirasjonssystemet, det vil si i nesen, munnhulen, strupehodet, stemmebåndene, luft-røret, lungene, diafragma pluss alle musklene rundt brystkassen, i halsen og i ansiktet. Alle disse endringene påvirker pustemekanismene hos eldre og dette kan forårsake at vedkommende tar seg flere og lengre pauser for å snakke, samt får en redusert artikuleringshastighet. Videre vet vi at muskelstyrken i tungen svekkes, at strupehodesmekanismer kan bli mer ustabil, og at stemmebånd endrer seg. Dette medfører at man enkelt kan gjenkjenne en eldre stemme på grunn av skjelvningen.

På hvilken måte kan alle disse endringene påvirke den verbale testprestasjonen under psykologiske utredningen? La oss ta et eksempel: Som tidligere nevnt øker reaksjonstiden (RT) ved aldring. RT i ordproduksjon er ingen unntak. Denne typen RT har blitt rapportert i en rekke tester, for eksempel i afasitesten der bilder av varierende gjenstander presenteres. På samme måte har det blitt rapportert lengre aldersrelatert RT ved utførelse av andre verbale tester. Noen av dem brukes hyppig i forbindelse med nevropsykologisk utredning, for eksempel verbal flyt og lesing. Fortolkningene av disse testresultatene er nesten alltid rettet mot langsommere informasjonsprosessering eller overføring. Samme forklaring gis i forbindelse med utførelsen av mer krevende verbale tester hvor eldre mennesker skårer betydelige lavere enn yngre.

Et eksempel kan være tester av verbal flyt. I disse verbal flyt-testene ber man forsøkspersonen om å produsere alle mulige ord som begynner med en bestemt bokstav (fonetisk flyt) eller som passer inn i en spesifikk kategori (semantisk flyt), som for eksempel dyr, i løpet av et minutt. Her blir som oftest fortolk-

ning av lave resultater hos de eldre forklart delvis med hukommelsessvikt og delvis med langsommere informasjonsprosessering. Dette er sannsynligvis riktig siden man må innhente adekvat informasjon fra "lageret" som stemmer overens med de spørsmål om bokstav eller kategori det blir bedt om. Men disse forklaringene er dessverre diffuse og uten objektiv begrunnelse. De er diffuse fordi vi ikke kan være sikre på hvilken funksjon som er nedsatt. Det kan dreie seg om hukommelsessvikt eller/og andre funksjoner som interfererer. For eksempel kan det dreie seg om et lavere konsentrasjonsnivå eller om tilsynekomsten av tanker og gjenstander som forhindrer en optimal konsentrasjon. Dessuten mangler slike fortolkninger i tillegg objektive begrunnelser fordi vi ikke kan etterprøve hva slags ordforråd en bestemt person har skaffet seg tidligere i livet. Med andre ord hviler fortolkningen på forutsetninger, altså på idéen om at den som blir testet har kunnskap om noe, men disse forutsetningene gir på ingen måte noe objektive støttepunkt for å kunne forklare på hva som skjer når noen ikke greier å skåre høyt på disse testene.

Med denne fremgangsmåten prøvde noen kollegaer og undertegnende å analysere om verbal flyt kunne henge sammen med talehastighet. Vi kunne påvise at lesehastighet predikerer verbal flyt i muntlig prestasjon. For skriftlig prestasjon kunne vi også påvise at skrivehastighet predikerer prestasjon i skriftlige verbal flyt (Rodríguez-Aranda, 2003). Videre brukte vi spektrografiske teknikker, altså teknikker for lydanalyse, for å vurdere en rekke mål på taleproduksjon, som reaksjonstid, taleintensitet og ordvarighet dvs. den tiden som er nødvendig for å artikulere ord. Resultatene viste at alle de ovennevnte aspektene av taleproduksjonen var sterkt nedsatt hos friske eldre i sytti-

årsalder sammenlignet med personer i trettiårsalder (Rodríguez-Aranda, Waterloo, Sparr, & Sundet, 2006).

Dessverre er det få studier som har prøvd å forstå eldres prestasjon i psykologiske tester ut fra et perspektiv der motoriske aspekter i ordproduksjon er tatt med. For eksempel kunne man forske på hvilken innflytelse aldersrelaterte endringer i pustemekanismer eller nedsatt styrke i de musklene som er involvert i talefunksjonen har for den muntlige testprestasjon. Mange andre motoriske endringer assosiert med taleproduksjon burde også bli analysert. Dersom vi evner å forstå psykomotoriske endringer i taleproduksjon ved økende alder, vil det også bli mulig å oppdage hvilken kognitiv funksjon som er primært nedsatt hos eldre mennesker. Da ville man også kunne vurdere hva som skyldes psykomotoriske svekkelse og hva som er ren hukommelsessvikt. Dette igjen kunne gi oss en sikrere diagnostisering av den patologiske aldringsprosessen. Hvis det er slik at vesentlige endringer i motorisk talefunksjon finner sted før en alvorlig kognitiv svikt blir synlig, vil en evaluering av de psykomotoriske funksjonene være av stor betydning for muligheten til å stadfeste en tidlig diagnose av for eksempel demens.

Mitt poeng i denne redegjørelsen er å understreke at når vi som forskere eller fagfolk, prøver å forstå hva det betyr "å bli glemsk" bør vi unngå å tolke data fra et skjevt synspunkt og ta mer hensyn til faktorer som vanligvis neglisjeres. I denne sammenheng har jeg lagt vekt på at redusert ordproduksjon hos friske eldre ikke bare skyldes hukommelsessvikt, men også andre biologiske endringer som har betydning for de psykologiske prosessene. Endringer i psykomotorisk funksjon hos eldre er et kjent fenomen i aldringsprosessen og det må undersøkes grundigere i forhold til talefunksjonen. Et lite miljø i geronto-

psykologien med forbindelser til psykolingvistikken har bidratt med det lille vi vet om talefunksjonen hos eldre. Jeg måtte lete lenge og vel i flere bibliotek for å få tak i slik informasjon. Tiden er kanskje inne til å "fjerne støvet fra" tidligere tiders studier og koble dem sammen med en konstruktiv analyse om psykomotorikkens betydning for kognitiv svekkelse i alderdommen.

Referanser

- Birren, J. E. (1965). Age changes in speed of behavior: its central nature and physiological correlates. In A.T.Welford & J. E. Birren (Eds.), *Behavior, aging, and the nervous system*. (pp. 191-216). Springfield: IL: Thomas.
- Birren, J. E. & Schroots, J. J. F. (2001). The history of geropsychology. In J.E.Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (5th ed., pp. 3-28). San Diego, Ca: Academic Press.
- Dempster, F. N. (1992). The rise and fall of the inhibitory mechanism: toward a unified theory of cognitive development and aging. *Developmental Review*, 12, 45-75.
- Kallus, K. W., Schmitt, J. A. J., & Benton, D. (2005). Attention, psychomotor functions and age. *European Journal of Nutrition*, 44, 465-484.
- Kausler, D. H. (1994). *Learning and memory in normal aging*. San Diego, CA: Academic Press.
- Rodríguez-Aranda, C. (2003). Reduced writing and reading speed and age-related changes in verbal fluency tasks. *The Clinical Neuropsychologist*, 17, 203-215.
- Rodríguez-Aranda, C., Waterloo, K., Sparr, S., & Sundet, K. S. (2006). Age-related psychomotor slowing as an important component of verbal fluency. Evidence from healthy individuals and Alzheimer's patients. *Journal of Neurology*, 253, 1414-1427.

LOGOPEDISK HVERDAG I TANZANIA

Karianne Berg er ansatt som logoped ved Helsesenteret Sonjatun/Statped Nord i Nordreisa kommune. Det foregående året har hun kombinert ferdigstilling av hovedfag i Pedagogikk med eksotiske opplevelser i Tanzania.
karianne.berg@statped.no



Tanzania er et land i Øst-Afrika med i underkant av 40 millioner mennesker. Ved foten av Kilimanjaro fant jeg, mest sannsynlig, den eneste aktive logopeden i Tanzania skoleåret 2006/2007. Det sier det seg selv at denne ENE logopeden hadde en krevende oppgave foran seg når hun beveget seg ut i felten.



Joyse Mallya

Joyse Mallya er opprinnelig Kenyaner. Hun er utdannet logoped med en major i Speech Pathology og en minor i audiologi fra University of Western Michigan, USA i 1977. Siden 1980 har Joyse jobbet mer eller mindre ensom som logoped i Tanzania. Hovedvekten av arbeidet har vært tilknyttet helsevesenet og arbeid med barn.

I dag jobber Joyse Mallya som leder for et kommunebasert rehabiliteringssenter (CCBRT-Kilimanjaro). Senteret arbeider etter en modell som best kan sammenliknes med den norske habiliteringstjenesten for barn. De har kapasitet til å ta inn opp til 40 barn pr uke for opphold. Det skal da sies at 4 barn + foreldre bor på hvert av rommene. Ved senteret får barna tilbud om utredning og behandling/undervisning av ergoterapeut, fysioterapeut og logoped. I tillegg har de ett tett samarbeid med en av barnelegene ved ett av de lokale sykehusene. Under oppholdene er også viktigheten av at foreldrene får tid til å utveksle erfaringer vektlagt.

Generelt kan man si at de brukerne som kommer inn til CCBRT har sammensatte vansker. Slik Joyse beskriver brukergruppene så er det mange som har forsinket språkutvikling som sekundærvanske i forhold til CP eller ulike syndromer. I tillegg ser man at mange barn også får avvikende språkutvikling som følge av en tidligere malaraiinfeksjon.



Tanzania senteret

det er mulig å søke hjelp for denne typen vansker.

I forhold til rekruttering av logopeder til Tanzania har det vært prøvd ut ulike tiltak. I perioden 1990-1995 sende organisasjonen Voluntary Service Overseas logopeder til Tanzania. Målet for dette arbeidet var blant annet å hjelpe til med å bygge opp et logopedisk tilbud, samt å rekruttere personer til logopedyrket. Arbeidet stoppet, i følge Joyse, opp pga at det ikke kom noe ut av planene om å starte opp med logopedutdanning i Tanzania. I tillegg har det vært gjort forsøk på å sende interesserte studenter til utlandet for utdanning i logopedi. Pr. i dag er det ingen som er kommet tilbake til Tanzania med logopedutdanning. Slik situasjonen med logopedtilgang i Tanzania er pr. i dag så vet vi at Joyse Mallya snart planlegger å pensjonere seg, landet står da i fare for å være helt uten logopedressurs. For å unngå en slik situasjon arbeides det derfor nå med en form for kompetanseutviklingsprogram for lærere. Arbeidet er helt i startfasen og tar i første omgang sikte på å informere om språk- og kommunikasjonsvansker. Det er også tenkt at man skal få i gang en modulbasert kurspakke for lærere hvor de får grunnleggende kunnskaper om språk- og språkvansker, samt hvordan man kan tilrettelegge for barn med denne typen vansker i skolen.

På grunn av mangel på utdannede logopeder i Tanzania har Joyse Mallya valgt å lære opp en "logopedassistent". Hun beskriver selv at hun lenge var sterkt i tvil om hvorvidt dette var den riktige veien å gå, men etter flere mislykkede forsøk på å få tak i kvalifisert hjelp har hun altså gjort dette valget.

I sitt arbeid i Tanzania har Joyse Mallya også hatt god bruk for sin minor i audiologi, dette har sammenheng med relativt høy forekomst av døve barn og barn med ulike former for hørselshemming. Lite utbredt vaksinasjonsarbeid i forhold til røde hunder er medvirkende årsak til denne høye forekomsten. Røde hunder hos mor i svangerskapet var også her i Norge en vanlig årsak til hørselshemming fram til midten av 70-tallet. (www.kildenett.no).

Gjennom de snart 30 årene som Joyse har jobbet som logoped kan hun fortelle at hun har møtt noen få personer som har stammet og svært få barn med artikulasjonsvansker. Slik Joyse beskriver det har det vært liten kunnskap om og oppmerksomhet rettet mot språk- og kommunikasjonsvansker generelt, men at det nå ser ut til at foreldre og skole-/helsepersonell er blitt mer kjent med at



Kontoret i Tanzaniasenteret

NLL ETTERUTDANNINGS NY VITEN PÅ GAMMEL GRUNN BRITANNIA HOTEL

Torsdag 19.juni 2008

Registrering og åpning

Professor **Tanya Gallagher** fra University of Illinois vil først forelese om kartlegging av språkvansker med vekt på *Social-Pragmatic Pattern Analysis* og om tiltak med fokus på *Pragmatic Language Intervention with Behaviorally Disordered Children*. Hun vil avslutte sine forelesninger med å snakke om *Child Language Disorders and the ICF* som supplerer WHO's diagnosemanual ICD-10 og legger vekt på den enkeltes sosiale fungering og deltakelse, ikke bare årsak eller biologisk dysfunksjon.

Tanya M. Gallagher har blant annet arbeidet med effekten av logopedisk behandling, kartlegging av språkvansker med vekt på syntaktisk og pragmatisk mestring og tiltak for barn med språkvansker og høy risiko for psykososiale vansker. Hun er også medlem av Executive Board i IALP (International Association for Logopedics and Phoniatrics).

Amanuensis **Steinar Theie, ISP**, Universitetet i Oslo vil fortsette forelesningen om ICF ved å ta opp *ICF i spesialpedagogisk arbeid med vekt på afasi, dysleksi og stemmevansker*. **Steinar Theie** arbeider blant annet med forskningsmetode, sosiale og emosjonelle vansker og inkludering i barnehage og skole (nasjonalt og internasjonalt)

Fredag 20.juni 2008

vil det være praktisk rettede parallelle sesjoner

Professor **Anita McAllister**, Lindköping Universitet vil forelese om *Praktisk arbeid med dyspraksi hos barn*.

Anita McAllister har forsket på stemmevansker, men parallelt med interessen for barnestemmer har hun deltatt i flere prosjekt om munnmotorikk, artikulasjonsvansker og dyspraksi. Hun har blant annet vært med på å starte et behandlings- og utredningssenter for pasienter med slike vansker.

Dosent **Jan Tinge**, Syddansk Universitet vil ta for seg blant annet gjennom presentasjon av kasus ta opp *Logopædisk stemmebehandling av voksne; undersøkelse, symptomatologi, diagnostikk og behandlingstiltak*.

Jan Tinge er logoped og stammeterapeut opprinnelig fra Holland, men har vært bosatt i Danmark siden 1977. Han er spesialist innen stemmebehandling og har forsket på organiske og funksjonelle stemmelidelsers symptomatologi.

Cand.paed **May-Britt Monsrud**, Bredtvet kompetansesenter *Utredning av språk-, lese- og skrivevansker hos minoritetsspråklige*.

May-Britt Monsrud, arbeider ved dysleksisenteret på Bredtvet kompetansesenter med minoritetsspråkliges språkutvikling, lesing og kartlegging, spesielt med utvikling og utprøving av kartleggingsverktøy for minoritetsspråklige barn.

Utstilling av materiale og læremidler; orientering og demonstrasjoner

Landsmøte i Norsk Logopedlag

Lørdag 21.juni 2008

Landsmøtet fortsetter

Kortforedrag og plakater (posters)

Forslag og sammendrag til kortforedrag samt forslag til plakater må sendes Fagutvalget innen 31.mars 2008 på e-post. Det blir satt av 30 minutter til hvert kortforedrag (20 minutter til selve foredraget og 10 minutter til spørsmål). Målet er med denne sesjonen er å bidra til å spre logopeders praktiske og teoretiske erfaringer gjennom at de formidles til kollegaer fra hele landet. Derfor vil vi oppfordre alle til legge fram modeller, metoder, problemstillinger og spørsmål fra egen faglig-praktiske hverdag.

Festmiddag

S KURS OG LANDSMØTE 2008**N - NLL 60 ÅR - 19.-22. juni 2008****TELL - TRONDHEIM****Søndag 22.juni 2008**

Førsteamanuensis **Liv Engen**, Lesesenteret, Universitet i Stavanger forelese om **Logopediske utfordringer i den fortsettende leseopplæringen; Leseforståelse, språklige ferdigheter og læring**

Liv Engen arbeider bredt med ulike aspekter ved lesing, begynneropplæring og fortsettende opplæring i lesing, kartlegging av leseferdigheter og rådgivning til foreldre. Hun har gitt ut mange lærebøker knyttet til temaene.

Avslutning av kurset

Med forbehold om endringer

Har du noen spørsmål kan du ta kontakt med:

Anne-Lise Rygvold
Institutt for spesialpedagogikk, UiO
Postboks 1140 Blindern, 0317 Oslo
Tlf: 22 85 80 78
E-post: a.l.rygvold@isp.uio.no

Monica I. K. Knoph
Bredtvet kompetansesenter
Postboks 13 Kalbakken, 0901 Oslo
Tlf: 22 90 28 17
E-post: monica.knoph@statped.no

Kristine Gilleberg
PP-tjenesten i Skedsmo/Bredtvet
kompetansesenter
Tlf: 41 44 08 94
E-post: kristine.gilleberg@statped.no

Priser for deltagelse på kurs og Landsmøte og 19.-22.juni 2006

Kursavgift

	Påmelding før 01.04.08	Påmelding etter 01.04.08
Medlemmer NLL	1900,-	2500,-
Ikke-medlemmer NLL	2500,-	3000,-
Studenter	1000,-	1200,-

Påmelding NLLs hjemmeside fra mars 2008

Overnatting;

Britannia hotell

Enkeltrom med helpensjon	1595,- pr døgn
Dobbeltrom med helpensjon for kursdeltakere (pr person)	1395,- pr døgn

P-Hotels

Enkeltrom m/frokost på døra	695, pr døgn
Dobbeltrom m/frokost på døra	795, pr døgn

Les mer om hotellet på www.britannia.no

I marsnummeret av Logopeden kommer detaljert program og nærmere opplysninger om påmelding, priser for lunsj for deltakere som ikke bor på Britannia hotell, festmiddag og konsert i Nidarosdomen.

Som nevnt i oktobernummeret av "Logopeden", kan kursavgift betales inn til kasserer i inneværende budsjettår. Dette gjelder logopediske sentra, logopedtjenester eller andre arbeidsssteder der flere deltar. Dette fordi det kan være lettere for arbeidsgivere å finansiere kostnadene over to år. Henvendelse gjøres til kasserer Randi Fosser e-mail: lar-fo@online.no. Hotellregning gjøres opp direkte med hotellet.

Konferanse om taleflytvansker

21.-23. okt., Bredtvet kompetansesenter



Walter Manning foreleser og MC-entusiast.

"Att förstå stamning: Vad kan forskning om hjärnan lära oss om hur stamning fungerar?" ved Per Alm

Per Alm er professor og forsker i nevropsykologi ved universitetet i Lund, men arbeider også ved DAVS (Dansk Vitencenter for Stammen) i København. Han har forsket mye på årsaksteorier til taleflytvansker. Per Alm sa han ville legge frem deler til en forklarende teori om årsaker til stamming og løpsk tale.

Per Alm har en idé om at stamming har en årsak som er mer enn følelser. Han mener nervøsitet ikke kan være årsak til stamming fordi han vet om mange svært nervøse personer som ikke stammer, og personer med stamming som ikke er nervøse.

Hans årsaksteorier tar utgangspunkt i at hjernen har to parallelle system, og at stamming/løpsk tale kun er relatert til det ene systemet. Stamming og løpsk tale kan ses som to motsatte forstyrrelser i forhold til initiering av talemotoriske segment.

I forbindelse med ISAD (International Stuttering Awareness Day), 22. oktober ble det arrangert en tre dagers konferanse på Bredtvet. Arrangementet rundt den internasjonale stammedagen, foregikk i samarbeid med NIFS (Norsk Interesseforening for Stamme), Bredtvet kompetansesenter, Logopedisk senter i Nordland, Logopedisk senter i Trondheim og Statped Vest. Konferansen hadde program både for personer med stamming og logopeder. Kapasiteter på området var forelesere: Per Alm fra Sverige, John C. Harrison og Walter H. Manning fra USA.

"Timing" er svært viktig for god taleflyt; ikke for tidlig og ikke for seint. Alm mener at stamming er mer et premotorisk problem enn et motorisk problem.

To system: Basalgangliene (midt-systemet) og cerebral cortex (sidesystemet)

Basalgangliene tar imot informasjon fra nesten hele hjernebarken (cerebral cortex). Når det gjelder tale er det Brocas område i cerebral cortex som sender signaler til basalgangliene, hvor midterste del arbeider med automatisering av bl.a. talemotorikk. Deretter sendes signalene fra basalgangliene til frontale områder i cortex for talemotorisk utførelse. For seint eller for tidlig "timing"/forsendelse av signaler fra basalgangliene mener Alm vil skape hhv stamming eller løpsk tale. Liknende teorier om stamming knyttet til basalgangliene oppstod allerede i 1920 (Stier) hvor hjernebetennelse i mange tilfeller førte til stamming. I senere tid har flere forskere (Seeman 1970, Lebrun



Per Alm

1996) ment at stamming/løpsk tale skyldes forhold i basalganglienes motoriske system. Det hender også at stamming oppstår etter hjerneslag og skade i basalgangliene. En person kan ha både stamming og løpsk tale, noe Alm mener sannsynliggjør at årsaken ligger i samme system (midt-systemet).

I midtsystemet har dopaminreseptorene D1 (hemmere) og D2 (fremmere) en viktig rolle, hvor balansen mellom D1 og D2 er avgjørende for om stamming eller løpsk tale utløses. Alm mener for mye D2 (svært høy motorisk hjerneaktivitet) er mest interessant i forhold til stamming, og kan kanskje forklare hvorfor stamming ofte oppstår i kraftig språkutviklingsfase, og sammenhenger mellom ADHD og taleflytvansker.

Automatisert tale styres av midtsystemet, mens synging, korlesing, tale med DAF/FAF, taleteknikker utføres av sidesystemet. Flytende automatisert tale krever i følge Alm et automatisert midtsystem. Basalgangliene er svært plastisk før puberteten og kan

da trenes til automatisering via side-systemet. Etter puberteten er de mindre formbare og taleteknikker vil derfor i følge Alm ikke nødvendigvis bli automatiserte, men kan fungere med større eller mindre bevissthet.

Per Alm vil skrive en utdypende artikkel om dette i et senere nummer av Logopeden.

"Choosing a Path for Successfully Managing Stuttering", Walter H. Manning

Walter Manning er Ph.d. ved universitetet i Memphis, og har 40 års forskningsmessig og klinisk erfaring med stamming. Han stammet kraftig som barn og ungdom, og slapp å dra til Vietnam som soldat i 1964 fordi han stammet. I forelesninga på taleflytkonferansen var "Mål for forandring" sentralt: Å forbedre flyt, forbedre kommunikasjonen, og utvikle større ansvarlighet for egen stammebehandling. Manning presiserte at det er mange veier til målet.

Personen som stammer bør i størst mulig grad ta ansvar og gjøre valg i stammebehandlinga og bli selvstendig (sin egen logoped). I motsetning til Alm, mener Manning at den emosjonelle faktoren er viktig, og viser til at stamming i voksen alder ofte opphører – kanskje fordi personen ikke bryr seg så mye om egen stamming.

Manning brukte mye humor i forelesninga og mente at ei optimistisk holdning til livet er viktig for å mestre stamming. For å bevege seg fra ikke suksess til suksess er det viktig med støtte fra andre personer, virkningsfulle teknikker for den enkelte og eget ansvar (egentrening) med positiv atferd og tenking i forhold til å møte utfordringer i kommunikasjon. Personen med stamming må også være innstilt på mye øving, hvor det som gjøres av egentrening mellom logopedtimene har størst effekt.

Referent Signhild Skogdal

FORGET THE FEAR, DISCOVER THE FUN EXPLORING THE STUTTERING SYSTEM

På taleflytkonferansen på Bredtvet kompetansesenter 22. og 23. oktober 2007 holdt John C. Harrison fra San Francisco to foredrag, "Forget the Fear, discover the Fun" og "Exploring the Stuttering System". Harrison har holdt mange workshops og presentasjoner for stammere og profesjonelle fagfolk, samt gjort et viktig arbeid når det gjelder selvhjelpsgrupper for personer som stammer.

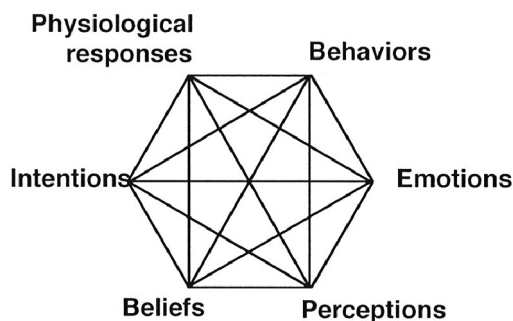
THE STUTTERING HEXAGON

Harrison har utviklet "The Stuttering Hexagon", en modell som forklarer hvordan stamming ikke bare er et taleproblem, men involverer hele personen. The Stuttering Hexagon er et levende og interaktivt system som består av seks komponenter:

atferd, følelser, persepsjoner, tro, intensjoner og fysiologiske responser. Alle delene påvirker hverandre, og systemet søker å være i balanse. Hvis man endrer en av delene (for eksempel endrer talemønstret/stamminga), vil systemet påvirke den endrede delen til å gå tilbake til det opprinnelige. Poenget er å endre hele systemet hvis en ønsker varig forandring. Hvis en endrer stamminga men ikke de andre komponentene, vil ikke systemet bevare taleflyten, mener Harrison.



John Harrison til høyre



Ved å bruke modellen the Stuttering Hexagon kan man bli mer bevisst på hva som bidrar til stamming. Modellen er brukt som forklaring til barn ned i 8-9 års alder. Konsekvensen av denne modellen blir en multifaktoriell behandling som tar hensyn til de ulike faktorene som påvirker systemet.

John understreker betydningen av å være i et støttende miljø, samtidig som miljøet gir både utfordringer og muligheter. Mange med taleflytvansker tror de ikke kan fordi de stammer. Det som i utgangspunktet er oppfatninger blir til trossystemer over tid. Når personen overviner frykten og gjør ting for første gang, vil det endre synet han har på seg selv. Han vil oppleve at dører åpner seg og han får nye muligheter. John ser nå på talen sin som en del av hele ham, en del av den han er blitt. Tidligere prøvde han å kontrollere stamminga, men den virkelige utfordringen er å gi slipp, eller "let go!", som John sier. Han sammenligner det med å prøve å ro motstrøms i en stri elv. Når en kjemper mot strømmen blir en sliten og må ha pauser. I pausene driver man tilbake til utgangspunktet. I stammebehandling må man, for å ha suksess, finne støtte som gir flytende tale.

John snakket om betydningen av å "kle av" underliggende årsaker til stamming. Han legger vekt på at mange som stammer holder tilbake noe av seg selv og framstår som en annen enn den de er. Det kan være ulike årsaker til dette. Gjennom for eksempel å holde tilbake sinne, blokkerer man energien. Det er typisk for den som stammer at han gir bort kontrollen og makten til lytteren. Den som stammer føler seg devaluert som taler, og han tror han må snakke høyere og raskere fordi det er hans feil at lytteren ikke lytter. Dette kan føre til flere blokkeringer. Den som stammer har stort behov for å bli verd satt som taler.

Det hendte tidligere at John hadde blokkeringer som kom plutselig, uten at han var forberedt. Dette kunne skje selv om han ikke hadde stammet på flere måneder. Dette mener han skyldtes at det var faktorer ved den aktuelle situasjonen som minnet om tidligere erfaringer der han hadde mislyktes, og dermed ble "det gamle programmet" som han sa, koblet inn. Han sammenligner det med et dataprogram der noen kriterier er fastsatt i utgangspunktet (for eksempel skriftstørrelse, marg, linjeavstand etc. i word). Når man åpner word vil det opprinnelige systemet komme automatisk. Hvis man for eksempel ønsker en annen skrifttype, må man endre innstillingene.

John mener at mange som stammer holder energien nede fordi de tror de er "for mye" av noe. Dette kaller

han "kognitiv dissonans". Et eksempel er personer som i utgangspunktet snakker med lav stemme og som synes de roper når de blir bedt om å heve stemmen. For oss andre høres volumet deres helt vanlig ut. For å forstå dette trenger personen tilbakemeldinger som viser ham hva de andre faktisk opplever.

THE VARIOUS KINDS OF STUTTERING

Harrison bruker fem termer for å forklare ulike måter å stamme på. Pathological disfluency er stamming som skyldes skader eller endringer i hjernen, som hodeskader eller Parkinsons sykdom. Developmental disfluency er lette og ubevisste brudd i taleflyten, oftest hos små barn, og de går vanligvis over av seg selv. Bobulating er lette flytbrudd som oppstår når man er oppkavet og forvirret og leter etter ord. Blocking er forstyrrelser i talen karakterisert ved taleblokkeringer og deretter strev for enten å komme gjennom eller unngå blokkeringene. Stalling refererer til flytbrudd fordi man er redd for å si neste ord og derfor repeterer ordet foran.

Som nevnt har den som stammer to muligheter når det gjelder blokkeringene: komme seg gjennom dem eller unngå dem. Strategiene for å komme gjennom blokkeringene er synlige for andre, for eksempel å legge press på lyden/ordet, forlenge lyden eller gjøre bevegelser med hodet, øyne, fingre eller lignende. For å unngå blokkeringen kan personen gjenta foregående ord eller lyd (stalling), noe som er synlig for andre. Personen kan også være stille til blokkeringen går over, erstatte ordet med et annet, snakke rundt tema eller velge ikke å prate. Disse strategiene er skjult strev, ikke synlig for andre.

SPEAKING CIRCLE

Speaking Circle er et treningsprogram for selvhjelpsgrupper der man trener taleteknikker. Mange, både med og uten taleflytvansker, har en frykt for å snakke offentlig. Målet med taletreningsprogrammet er å gi deltakerne en opplevelse av å "tale fritt", det vil si kunne snakke fritt om hva som helst, samtidig som man får positive erfaringer med å presentere noe muntlig. Harrisons eget program heter "Speaking freely" og har lignende mål og innhold som The Speaking Circle.

En slik selvhjelpsgruppe består av 4-10 personer. Den som har ordet snakker i 3-5 minutter om et tema. En kan også velge å ikke prate, og målet er da å være i situasjonen som taler, ha oppmerksomheten fra lytterne og "eie rommet". Alle har sin tur til å ha ordet. Når tiden er ute får taleren applaus og tilbakemelding på det positive fra alle tilhørerne. De gir også maksimal støtte og oppmerksomhet under framlegget. Slike positive erfaringer er

spesielt viktige for de som har taleflytvansker. Man utvikler positive erfaringer med muntlige framlegg, slik at en får lyst til å gjøre det igjen. Først når du er deg selv blir det morsomt å opptre offentlig, sier Harrison.

JOHNS EGEN HISTORIE

John ble født i New York. Han var et veldig følsomt barn, opptatt av å gjøre alle til lags og var veldig tilbaketrukket. Han stammet for første gang da han var 3 år, og stammingen varte gjennom både oppvekst og voksen alder. Taleflytvanskene hans i barneårene var ikke voldsomme, men de hindret ham i å være slik som alle andre. Han spilte en rolle som ikke var den egentlige ham.

Da John var 8 år ble han nesten kvalt da han satte spinat i halsen. Denne følelsen av å bli kvalt sammenligner han med å miste kontroll når han får blokkeringer av taleflyten. Angsten for å miste kontrollen gjør at han unngår situasjoner der han kan komme til å stoppe opp når han prater, og dette fører til en form for sosial hjelpsløshet.

John ble med i en gruppe sammen med andre med taleflytvansker da han var 18 år. Dette var mest sosialt, men han begynte å bruke ordet "stamming" om vanskene sine. Det ble starten på prosessen med å arbeide med taleflyten. Det andre året på universitetet ble han med i en "Speech Class", og læreren forklarte hva som skjer i kroppen, blant annet med musklene, når man produserer tale. Da skjønnte han at blokkeringene ikke skjer utenfor kroppen, men inne i personen. Dette ga ham håp. Var det likevel mulig å gjøre noe med stammingen?

I løpet av de neste årene gjorde han ulike erfaringer og ble stadig kjent med nye sider av seg selv. Det gjorde ham tryggere, han oppdaget sine styrker og fant mer ut

av hvem han var som person. Han valgte å flytte til San Francisco i en alder av 25 år, noe som ble avgjørende for livet hans videre. Han oppsøkte aktivt ulike kurs både for selvutvikling og stammebehandling, han gikk i psykoanalyse og engasjerte seg i selvhjelpsgrupper for personer med ulike problemer. Blant annet var han med i workshops for stammeforeningen, og han deltok i en "Toastmaster Club" for å bli trygg på å snakke offentlig. Det som ikke dreper deg, gjør deg sterkere, sier Harrison.

I 1977 ble han et av de første medlemmene i The National Stuttering Organization. Her fikk han mulighet til å bidra, og han følte seg nyttig. Ved å holde seminarer og workshops endret han rollen sin fra tidligere. Før var det å snakke i forsamlinger hans største frykt, nå holdt han selv kurs og ledet andre. John har lært gjennom observasjon av egen og andres stamming i 70 år. Nå omtaler han seg som en "helbredet stammer".

AKTUELLE NETTSTEDER

Harrison tar imot mail på følgende adresse: stutterhexagon@aol.com

Han anbefaler dessuten følgende nettsteder:

www.speakingcircles.com

www.mnsu.edu/comdis/kuster/infoaboutstuttering.html

www.stutteringhomepage.com

www.neurosemantics.com

<http://groups.yahoo.com/group/neurosemanticsofstuttering>

www.stuttering.com

www.stutteringchat.com

www.wordsthatwork.info

Referenter: Torunn Hovd og Mari-Ann Halsetrønning

HØSTKURS I ROGALAND

18. oktober var det duket for Rogaland logopedlags høstkurs. Denne gangen var det vi som hadde gleden av å lytte til Ernst Ottem og Arild Lian. Tema for kurset var "Hva er spesifikt i spesifikke språkvansker? - tradisjonelle definisjoner og ny kunnskap fra forskning og klinisk praksis. Hva kan språkprøven 6 - 16 si oss?" Kurset samlet både logopeder, spesialpedagoger, lærere, førskolelærere og PPansatte fra hele fylket.

Hovedmedlem MNLL eller stadig studentstatus?

Dersom du ikke har endret status etter endt utdanning kan du gå glipp av noe. Du vil for eksempel ikke få tilsendt autorisasjonsplakat.

Endring kan meldes til:
kasserer

Randi Fosser

telf. 41 28 43 93 eller e-mail: lar-fo@online.no

Referat fra Afasidagene på Bredtvet 2007

Tema for årets Afasidager var todelt; "Praktisk arbeid med afasirammede" og "Afasi i et psykososi-

alt perspektiv". Denne framstillingen vil være et referat av de to hovedforelesningene.



Tone Sandmo

PRAKTISK ARBEID MED AFASIRAMMEDE

Dag en var i sin helhet viet det første temaet og hovedforelesningen ble holdt av Tone Sandmo. Sandmo er nå trådt inn i pensjonistenes rekke etter å ha jobbet en årrekke som logoped ved Logopedtjenesten Helse Bergen.

I sin forelesning tok Tone Sandmo utgangspunkt i hverdagen, slik man møter den i arbeidet med afasirammede. Hun tok for seg hele forløpet fra man får en bruker tilmeldt til det tidspunkt hvor man må vurdere å avslutte tilbudet hos logoped. Noen viktig stikkord fra forelesningen:

Tilmelding

Hvordan kan man best mulig beskrive afasityper? Den beskrivelsen som er mest vanlig å finne i henvisninger fra leger er ekspressiv/impresiv afasi, men Sandmo fremmer ikke-flytende og flytende talepreg som bedre beskrivelser med bakgrunn i at alle afasirammede har både ekspressive og impressive språkvansker

Utredning

Mye har skjedd i den senere tid og mer kommer til å skje på test og utredningsfronten innenfor afasilogopeden i Norge. Likevel understreker Sandmo at det redskapet vi har for testing og utredning av afasi pr. i dag er Norsk Grunntest for Afasi (NGA). Hun poengterer også at NGA fortsatt bør være en viktig del av testbatteriet også etter at for eksempel PALPA er kommet på norsk

Praktisk arbeid

Generelt var Sandmos forelesning svært praktisk rettet med mange konkrete eksempler og tips både i forhold til hvordan man bør og ikke bør arbeide med afasirammede. Hun gikk igjennom ulike typer vansker og brukte videoklipp for å illustrere.

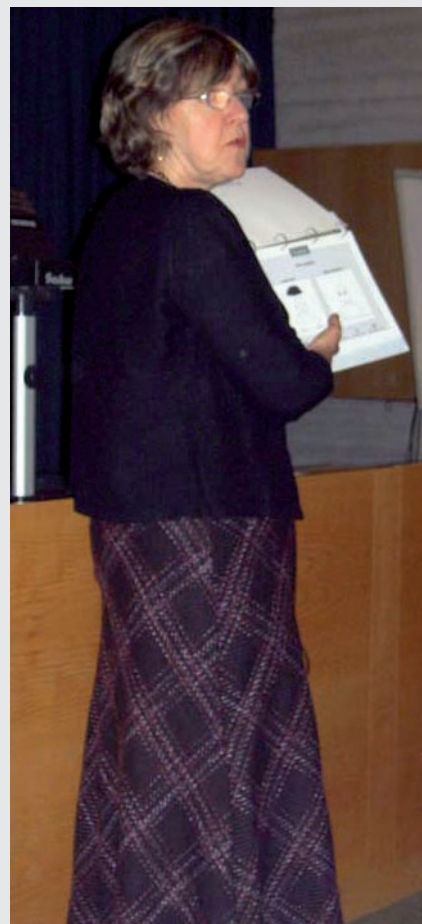
Logopedisk behandling – hva er målet?

Den afasirammedes kommunikasjonsevne skal bedres så langt som mulig, ved direkte språk- og kommunikasjonstrening, og ved å tilrettelegge miljø og muligheter for best

mulig deltakelse i hjemmemiljøet og samfunnet. (ICF-tenkning)

AFASI I ET PSYKOSOSIALT PERSPEKTIV

Den andre hovedforelesningen på Afasidagene ble holdt av Dr. Shelagh Brumfitt. Brumfitt jobber til daglig som Director of Teaching and Learning ved The University of



Dr. Shelagh Brumfitt

Sheffield. Hun ble utdannet logoped i 1971 og har nå sin hovedinteressen innenfor afasilogopedien knyttet til psykososiale konsekvenser av afasi og andre kommunikasjonsvan-ker. Hun har blant annet utarbeidet VASES (Visual Analogue Self Esteem Scale), som senere er oversatt til norsk – VASAS (Visuell Analog SelvAktelsesSkala), av Eli Quenild.

Brumfitts forelesning på Afasidagene var todelt – først snakket hun gene-relt om måling av velvære (well-being) hos personer med afasi. I den andre delen av forelesningen tok hun for seg bruken av VASAS i Storbritannia.

Ved måling av velvære hos personer med afasi tar Brumfitt utgangspunkt i et velværebegrep som dekker føl-gende; depresjon, engstelse/bekym-ring, selvaktelse og livskvalitet. I Storbritannia gjøres disse målingene enten av logopeder, psykologer eller i et tverrfaglig team. Det som blir spesielt i fht å måle velvære hos afa-sirammede er at de ofte har vanske-ligheter med å uttrykke følelser ved hjelp av verbalspråket.

Afasirammede kan også ha vansker med å forstå instruksjoner og spørs-mål som brukes i vanlige spørreskje-ma.

Det viser seg blant annet at språk-bruken i eksisterende skjema ofte består av ord/setninger som kan tol-kes på flere måter, og at flere av tolkningene kan være aktuelle for den afasirammede. Det kommer ikke nødvendigvis klart fram for alle afa-sirammede hvilken tolkning det spørres etter. F.eks. "I feel as if I am slowed down" – dette er et uttrykk som for mange afasirammede kan være passende både i fysisk- og psykisk forstand. I et skjema som søker å måle velvære er man som oftest ute etter det følelsesmessige og ikke det fysiske hinderet.



Afasiteam

Andre forhold som kan gjøre det vanskelig for afasirammede å svare på spørreskjema er:

- bruk av metaforer
- lange og vanskelige setninger
- bruk av lavfrekvente ord/ ord med lav billedlighet

Brumfitt beskriver følgende punkter som har vist seg å være nyttige i denne typen spørreskjema:

- skriftstørrelse 12-14 (minimum)
- bruk av små, trykte bokstaver
- punktmerking eller bruk av tekst-bokser
- matt papir, gjerne ikke helt hvitt

I forelesningen viste Brumfitt også til at det ikke nødvendigvis er like enkelt å bruke bilder som uttrykk for følelser. Hun ga blant annet eksempler fra utprøvingen av den engelske versjonen av VASAS – flere av bildene måtte forkastes fordi de ikke var entydige nok. Hvordan framstiller man for eksempel "kom-petent" gjennom bruk av bilder?

VASAS er prøvd ut i Storbritannia og den viste:

- god reliabilitet i fht begrepet selv-aktelse (self esteem)
- spørreformen var tilgjengelig for afasirammede
- at man ikke trengte leseferdighe-ter for å kunne svare
- bildene var tydelige nok sett i fht hva det ble spurt om
- kan brukes i fht selvrapporing

Slik Brumfitt framstilte det jobber logopeder indirekte med selvaktelse og livskvalitet – dette ut fra en for-ståelse av at språk- og kommunika-sjonsvan-ker ofte har innvirkning på disse områdene.

Som en oppfølger til denne foreles-ningen kunne det vært interessant å få mer kunnskap i fht hvordan man tar fatt i de resultatene som kommer fram gjennom bruken av skjema. Det er et tema som jeg hørte flere logopeder diskutere etter denne interessante forelesningen.

Karianne Berg

BOKOMTALE

LESEFORSTÅELSE

LESNING I KUNNSKAPSSAMFUNNET – TEORI OG PRAKSIS

Ivar Bråten (redaktør)
285 sider
Cappelen Akademiske Forlag
ISBN: 978-82-02-26175-7

Ivar Bråten er dr. philos. og professor i pedagogisk psykologi ved Pedagogisk forskningsinstitutt ved Universitetet i Oslo og professor II. i spesialpedagogikk ved lærerutdanningen ved Høgskolen i Østfold. Han har skrevet en hel rekke bøker relatert til ulike aspekt ved læring. I mars i år kom Bråten ut med en ny bok der leseforståelse er hovedtema. Han har med seg sju medforfattere som på ulike måter belyser boka tema.

Boka består av elleve kapitler som representerer stor spennvidde innenfor boka tema. Bråten har et innledningskapittel som gir oversikt over boka innhold og temaets aktualitet, mens Helge Strømsø har en historisk gjennomgang av hva leseforskningen har vært opptatt av. I disse to kapitlene utdypes boka hovedbegrep. Senere i boka har Bråten et kapittel om komponenter, vansker og tiltak når det gjelder leseforståelse. Kapittelet gir en god oversikt over sentrale sider ved leseopplæringen. Det meste i dette kapittelet bør være velkjent for logopeder, men også logopeder kan ha nytte av å lese kapittelet om lesemotivasjon i rådgivningsarbeidet.

Monica Reichenberg har et interessant og tankevekkende kapittel der hun synliggjør utfordringene leseren møter i letlestbøkene. Eksempelene hun bruker gjør det lett for leseren å følge hennes argumentasjon. Dette kapittelet bør leses av alle som arbeider med lesere som har vansker med å tilegne seg innholdet i en tekst.

Også Rune Andreassen har et meget lesverdig kapittel om eksplisitt opp-

læring i leseforståelse. Kapittelet gir både teoretisk oversikt over tre ulike programmer der eksplisitt leseforståelse er tematisert, utprøving av programmene og resultater. Framstillingen inneholder konkrete eksempler, og i siste del av kapittelet gis det anvisninger til iverksettelse i skolen.

Boka har to kapitler som tar opp leseforståelse hos minoritetsspråklige elever. Vibeke Grøver Aukrust og Veslemøy Rydland stiller to sentrale spørsmål: Hva er felles for første- og andrespråkslesere, og hva skiller dem? Det er to punkt som holdes fram som sentrale. Det er fonologisk bevissthet, og her stiller andrespråksleserne som gruppe med en fordel. Det andre er vokabular. Her er det stor variasjon innenfor begge gruppene, men størst innenfor gruppen med andrespråkslesere. Dette utdypes teoretisk og gjennom praktiske eksempler. Også Rita Hvistendahl skriver innsiktsfullt om unge lesere fra språklige minoriteter. Hun beskriver både personlig utvikling og kulturell oppdragelse som sentralt i utviklingen. Det Hvistendahl skriver om skolens rolle i lesesosialiseringen, er tankevekkende også for utvikling av leseferdighet hos enspråklige elever.

Vibeke Grøver Aukrust har også skrevet en artikkel om talespråket som ressurs for leseforståelsen. Hun retter spesielt oppmerksomheten mot sammenhengen mellom vokabular i førskolealder og senere leseforståelse. Det er av stor betydning at barnas kunnskap om samtalsjanger som ramme for språklig mening utvikles tidlig. Innholdet i denne artikkelen bør være kjent for logopeder, men de praktiske eksemplene gjør den lesverdig også for logopeder som skal gi råd til førskolelærere og lærere.

Øistein Anmarksrud tar utgangspunkt i ulike forskningsprosjekt som viser at lærerfaktoren er den mest nærliggende forklaringen på at det er så store forskjeller i leseferdighet mellom klasser. Det har ført til spørsmålet om hva de dyktige lærerne gjør. I første del av kapittelet presenteres sentrale moment mer overordnet, og i siste del av kapittelet praktiske eksempler fra læreres undervisning på ulike klassetrinn. Kombinasjonen synliggjør felles trekk og spesifikke tiltak rettet mot undervisning i leseforståelse, men også forskjeller som går på ledelse og organisering.

Ivar Bråten og Helge I. Strømsø har to opplysende artikler om forståelse av multiple tekster og forståelse av digitale tekster. Lesning i kunnskapssamfunnet setter nye krav til leseferdighet. For å oppnå forståelse må leseren knytte forbindelser mellom ulike tekster; noen tekster som har samsvarende innhold, og noen utfyller hverandre eller som står i et motsetningsforhold. Elevene trenger veiledning i hvordan de skal arbeide med multiple og med digitale tekster. Artiklene gir både overordnet forståelse av temaet og nødvendige forutsetninger og pedagogiske virkemidler i arbeidet med forståelse av denne type tekster.

Ambisjonen med boka er å presentere nyere forskning med praktisk relevans innenfor leseforståelse. Teori og praksis er integrert i alle kapitlene. Det gjør boka godt lesbar for lærerstudenter og lærere. Boka formidler grunnleggende kunnskap om leseforståelse, og er derfor viktig også for spesialpedagoger og logopeder som arbeider med lesevansker og skal veilede lærerne til disse elevene. Mange kapitler kan føre til at hvert emne får for liten plass til fordypning. Hvis en ser på kapitlene i sammenheng, m.a.o. som en multiple tekst, er det ikke vanskelig å anbefale boka.

Jorun Høier
logoped MNLL



**Mer tid til det
som betyr noe**

LingDys og LingRight er skriveverktøy utviklet for personer med dysleksi eller andre lese- og skrivevansker. LingDys gir støtte for norsk, LingRight for engelsk, og begge kan brukes sammen med både Microsoft Office og OpenOffice.org.

LingDys og LingRight gjør det enklere å skrive, slik at du kan bruke mindre tid på skrivefeil og mer tid til det som virkelig betyr noe.

Er du sertifisert til å utrede for lese- og skrivevansker? Ta i så fall kontakt med LingIT for å få fullversjoner av LingDys og LingRight.



LingDys

- fungerer for bokmål og nynorsk
- fire forskjellige ordbøker
- dialekttilpasset
- norsk talesyntese



LingRight

- takler typisk norske feil
- engelsk-norsk blå ordbok
- kan slå opp feilstavede norske ord
- engelsk talesyntese

 **lingIT**

Ettersendes ikke ved varig adresseendring, men sendes i retur med opplysninger om den nye adressen.

Retur: NLL v/ Marit M. Koss
Bredtvet kompetansesenter
Bredtvetveien 4, 0950 Oslo

KURS & KONFERANSEKALENDER

Tidspunkt	Tema	Sted	Kontakt
11.-12.januar 2008	Klosterkurs" NOT-S	Utstein Kloster Hotel	H.Andersen helgea@jkn.no
23.- 24. januar 2008	Fra kartlegging til tiltak	Bredtvet kompetansesenter	bredtvet@statped.no
29.-30. januar 13.-14. mars 22.-23. mai 25.-26. sept. 2008	Digitale lære- og hjelpemidler i særskilt tilrettelagt opplæring: en 15 studiepoengs videreutdanning	Bredtvet kompetansesenter	bredtvet@statped.no
6.- 8. februar 2008	Hvordan arbeide med spisevansker hos barn? -en tverrfaglig tilnærming	Stavanger	Torunn Sundgot, suto@sus.no Kristin Ravndal, ravk@sus.no
8.februar 2008	Leseopplæring for minoritetsspråklige barn	Bredtvet kompetansesenter	bredtvet@statped.no
12. mars 2008	Læringsstrategier	Bredtvet kompetansesenter	bredtvet@statped.no
28.mars 2008	Hvordan bruke symbolprogram	Bredtvet kompetansesenter	bredtvet@statped.no
19.mai 2008	Ut med språket	Kurssenter til Statped vest, Bergen	Sonja.Ofte@statped.no
Etter avtale	Leppe-kjeve-ganespalte	Bredtvedt kompetansesenter	LKG-teamet bredtvet@statped.no
19.-22.juni 2008	Landsmøte og etterutdanningskurs	Britannia hotell Trondheim	
30 juni 2008	13th International Aphasia Rehabilitation Conference	Ljubljana, Slovenia	www.aphasia2008.org <http://www.aphasia2008.org>

Informasjon om Kurs/konferanser skal innholde **Dato/Tema/Sted/Kontaktpersoner**