

Norsk tidsskrift
for logopedi

Desember 2011
Årgang 57

Logo

PEDEN 411



ARTIKKEL/DEBATTINNLEGG

Norsk Tidsskrift for Logopedi er åpent for ulike faglige standpunkt. Meningsytningene som kommer frem i de ulike innleggene står dermed for forfatterens egen regning – og deles ikke automatisk av redaksjonen. Norsk Tidsskrift for Logopedi fungerer som meldingsblad for alle medlemmer av Norsk Logopedlag. 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) Artikkler inkludert overskrifter skal skrives i Times New Roman og enkel linjeavstand.
- 2) Ikke bruk bindestrek ved orddeling på slutten av en linje. Linjelengden i tidsskriftet er ikke det samme som i ditt dokument.
- 3) Avsnitt markeres med dobbelt linjeskift uten innrykk. Bruk linjeskift kun ved markering av avsnitt.

PRAKTISK RÅD

- 4) Artikkelen innledes med hovedoverskrift. Bruk blokkbokstaver punkt 20 og fet skrift.
- 5) Artikkelen overskrifter skal ikke være nummererte. I tillegg til hovedoverskriften skal det brukes overskrifter på to nivå. Ved overskrifter i teksten på to nivå, skal første nivå være med **BLOKKBOKSTAV** pkt 12 fet skrift. Og andre nivå med **trykkbokstaver** pkt 12 og fet skrift.
- 6) Artikkelen skal ha en appetittvekker på ca. 50-70 ord. Bruk punkt 12 og kursiv.
- 7) Kun litteratur som er brukt i artikkelen skal oppføres som kilde.
- 8) Lengden på artikkelen bør ikke overstige 5 sider i tidsskriftet. En side i tidsskriftet utgjør ca 830 ord. (5 sider utgjør ca 4200 ord). Trykkeriet gjør nødvendige tilpasninger.
- 9) Artikkelen skal ha en presentasjon av forfatter, faglig bakgrunn, nåværende arbeidssted og e-post adresse. Ca 20-50 ord.
- 10) To eksemplarer av bladet sendes forfatteren etter publisering. Adressen bladene skal sendes til må oppgis.
- 11) Bilder og logoer lagres i JPG, TIFF, EPS i så stor oppløsning som mulig.
- 12) Alt sendes til redaktør på e-post logoped.m.kirmess@gmail.no

FAGFELLEVRURDERING

Norsk Tidsskrift for Logopedi, Logopeden er anerkjent som vitenskapelig tidsskrift. Dette innebærer at redaksjonen har system for fagfelle-vurdering av vitenskapelige artikler. Fagfelle-vurdering avtales med den enkelte artikkelforfatter. Materiellfrist for artikler som skal gjennom fagfelle er én måned før ordinær materiellfrist.

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
1/2 (175 x 110 mm - 3 sp. x 110 mm) side - s/hv – kr. 1.100
1/3 (175 x 74 mm - 1 sp. x 220 mm) side - s/hv – kr. 900,-
- Fargetillegg kr. 700,-
Annonser fra regionlag i NLL er gratis.

Grafisk formgiver kan være behjelpelig med utforming av annonsens utseende (faktureres separat).
Annonsekontakt: lisabaal@hotmail.com



STYRET I NLL

Leder Fossler, Randi
Anton Schjøthsg. 18, 0454 Oslo
randifossler@logopedix.com
Tlf.: 412 84 393

Nestleder Berg, Elisabeth
Kortbolgen 10, 9017 Tromsø
logoped.elisabeth@online.no
Tlf.: 77 67 68 35

Kasserer Tendeland, Eli
Bydalsveien 36,
4628 Kristiansand
elitendeland@gmail.com
Tlf.: 959 89 398

Sekretær Sve, Bjørg Tulluan
Sve, 6200 Stranda
bjorgsve@online.no
Tlf.: 70 26 06 14

Styremedlem
Petersen Oftedal, Marit
Slupparmen 8, 4056 Tananger
mpo@online.no
Tlf.: 480 33 653

Varamedlem Lie, Bjarte
Ramsdalen 1 a, 4517 Mandal,
logoped@bjartelie.no
Tlf.: 934 01 484

Varamedlem Toft, Torild
Marikollen 43, 5136 Mjølkeråen,
torhild.toft@hjemme.no
Tlf.: 95967645

YRKESETISK RÅD

Leder Reichmann, Erik
Knattenvegen 7 a,
2005 Rælingen
ere@bluezone.no
Tlf.: 996 21 601
Medl. Haukeland, Ingjerd
Medl. Granhus, Astrid
Varamedl. Hoier, Jorun

ORGANISASJONSUTV.

Leder Koss, Marit Molund
Hellerudstubbene 46 a, 0671 Oslo
maritmoss@gmail.com
Tlf.: 959 16 133
Medl. Vanebo, Kristin Hovstein
Medl. Berntsen, Mari
Varamedl. Brubak, Stine

PEDAGOGISK UTVALG

Leder Højsgaard, Elsebeth
Sjøvegen 36, 4120 Tau
elsebeth.hojsgaard@lyse.net
Tlf. privat: 51 74 66 18
Tlf. jobb: 51 74 30 20
Medl. Rankin, Louise
Medl. Lea, Inger
Varamedl. Ravndal, Kristin

FAGUTVALGET

Leder Rygvold, Anne-Lise
Grindbakken 26, 0764 Oslo
a.l.rygvold@isp.uio.no
Tlf.: 22 85 80 78
Medl. Knoph, Monica I. K.
Medl. Gilleberg, Kristine
Varamedl. Klem, Mari-
anne

NTL: NORSK TIDSSKRIFT FOR LOGOPEDI

Kirmess, Melanie
Lensmannsjordet 52,
1352 Kolsås, Tlf. 95129142
logoped.m.kirmess@gmail.com
Medl. Skogdal, Signhild
Medl. Røste, Ingvild
Medl. Baal, Lisa

SALGSREPRESENTANT

Nakling, Monica
Sædalsvegen 71 A, 5099 Bergen,
mnakling@online.no
Tlf.: 55 27 05 10 / 474 48 601

ARKIVAR

Arkivar Hekland, Eli
eli.hekland@statped.no
Arkivar Moe, Marianne
sembmoe@yahoo.com

PRIVAT UTVALG

Leder Andersen, Ole Petter
Marikosveien 20, 1715 Yven
opa@halden.net, Tlf.: 918 87 572
Medlem Solgård, Berit
Medlem Kvisgaard, Katrine
Medlem Sandland, Gry

Medlem Holmsen, Ole-Andreas

VALGKOMITÉ
Leder Holmsen, Ole-Andreas
Gml Strømsv 116,
2010 Strømmen
oleandreas@gmail.com
Tlf.: 926 14 691
Medl. Hartveit, Gro
Medl. Lund, Kari Sandvik
Varamedl. Berge, Solveig
Molland

LEDERE I REGIONSLAG

Bu-Te-Ve Hiorth, Brith
brith.hiorth@c2i.net
Tlf.: 32 05 35 90

Akershus Hauglund, Brit
brit.hauglund@online.no
Tlf.: 408 82 802

Oslo Live, Günther
liveg.oll@gmail.com
Tlf.: 958 44 462

Møre Roms Hunnes, Elisabet
elisabet.hunnes@eide.kommune.no

Agder Nordbo, Gro
grosnord@online.no
Tlf.: 37 26 15 00

Hedm. Oppl. Møller, Arnt Ivar
iv-moell@online.no
Tlf.: 922 68 878

Nordland Sørensen, Jenny
jennysorensen@hotmail.no
Tlf.: 99 43 34 29

Troms Fin. Sormo, Ågot Marie
agot.marie.sormo@statped.no
Tlf.: 75 75 72 22

Østfold Hansen, Froydis Elseth
froydis11@hotmail.com
Tlf.: 97 04 19 52

Rogaland Lea, Inger Flatekvål
inger.lea@randaberg.kommune.no
Tlf.: 51 69 77 46

Trøndelag Slaatsveen, Gerd
gerd.slaatsveen@trondheim.kommune.no
Tlf.: 922 02 607

Hord. SognFj
Brøgger, Solvi Ellefsen
solvi@brogger.no
Tlf.: 55 27 01 13

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: Melanie Kirmess – Lensmannsjordet 52, 1352 Kolsås,
logoped.m.kirmess@gmail.com – Tlf. 95129142
Red.medl.: Signhild Skogdal – Tlf. 928 67 932 – signhild@tromso.online.no
Red.medl.: Ingvild Røste – Tlf. 22 25 58 81 – ingvildroste@hotmail.com
Red.medl/annonser: Lisa Baal – Tlf. 911 78 201 – lisabaal@hotmail.com

Norsk Logopedlags web-side: www.norsklogopedlag.no
Web-ansvarlig: Bjarte Lie – logoped@bjartelie.no

Grafisk formgiver/Trykk: Lura Trykkeri AS
Forside: Harry Welten **Forsidefoto:** Ketil Born/Samfoto
ISSN: 0332-7256

Kultur for språk

Atter nærmer et år seg slutten. Høstens faglig-litterære høydepunkt kom i begynnelsen av oktober, i tilnærmet perfekt timing med Nordisk Afasidag – tildeling av Nobelpris i litteratur til poeten Tomas Tranströmer. Gratulerer så mye! At det er mulig å få Nobelpris i litteratur med afasi bør være en inspirasjon for alle som jobber med personer med språk- og talevansker. Som hyllest har vi inkludert en kort presentasjon av Tomas Tranströmer i denne utgaven.

I løpet av høsten har jeg fått anledning til å reise på studieturer til Kina og Russland, som en del av det internasjonale samarbeidet Sunnaas har. Disse korte oppholdene har vært svært lærerike og inspirerende, og jeg er blitt mer ydmyk i forhold til det å være en ung kvinne med høy utdanning innen et fagfelt som logopedi. Jeg er ikke minst stolt av utdanningsmuligheten vi har i Norge. Med et mulig unntak av Hongkong, finnes det per i dag ingen systematisert logoped-utdanning i Kina, mens det i Russland hovedsakelig er tilknyttet Universitetene i Moskva og St. Petersburg. På den annen side vises en stadig voksende interesse for logopedi i Kina ved at man for første gang hadde en egen parallellsesjon for språkerapi under den 6. Internasjonale rehabiliteringskonferansen i Beijing, som med sine 1000 deltakere er et av Kinas viktigste møtepunkter innen rehabilitering. Samtidig har det vært veldig givende å se andre tilnærmingsmåter til afasirehabilitering og da spesielt hvordan den Luria-inspirerte helhetsdiagnostikken anvendes i Russland.

I Russland fikk jeg den sjeldne muligheten til å besøke et av landets største rehabiliteringssykehus med over 1000 sengeplasser fordelt på ti avdelinger, hvorav seks nevrologiske.

Sykehuset har 6 logopedstillinger, 11 fysioterapeutstillinger og en god del terapeutiske assistenter. Ergoterapi og trening av daglige aktiviteter er foreløpig svært lite utviklet i rehabiliteringen i Russland generelt. Med forbehold om at jeg ikke kjenner godt nok til rehabiliteringsteorien bak sykehusets struktur og fokusområder, kan det synes som om rehabiliteringen omfatter en stor grad av mekanisk/sensorisk passiv stimulering i tillegg til selvstyrt aktivitet. Med andre ord fikk bemanning, arbeidsoppgaver og intensitet av rehabilitering en litt annen kontekst sammenlignet med ulike norske forhold. Det gjorde også inntrykk å oppleve de store kontrastene ved å se det nyeste utstyr til sensorisk og motorisk trening i millionklassen, mens det i følge russiske logopeder finnes svært lite bildemateriell for voksne med afasi. Det å være henvist til å bruke materiell beregnet for barn og unge opplevdes ikke motiverende for personene med afasi. Da føler jeg at vi norske logopeder kan være stolte over det vi faktisk har tilgjengelig av både materiell, tester og hjelpemidler. At det derimot ligger mye tid og jobb bak å muliggjøre dette, fikk vi atter en gang bekreftet under Afasidagene på Bredtvet som du kan lese referat om i denne utgaven.

Hovedartiklene i denne utgaven omhandler tema innenfor overlappende fagområder til logopedi som kognitiv atferdsterapi for personer med Asperger syndrom, skrevet av psykolog Nils Kaaland og om språkutvikling og sosio-emosjonelle vansker hos barn og unge med velo-cardio-fascial-syndrom (VFSC), forsket på av Inger-Lise Sæther. De to fagfelt viste seg å ha overraskende sammenhenger, i hvert fall for meg. Videre byr denne

utgaven på et dansk bidrag av Åse Ørsted. Det er vanskelig å vite om man skal kalle det en artikkel, et kursreferat eller en

dannelsesreise i stemmebruk, uansett ordvalg er det inspirerende lesing, selv når man ikke jobber med stemme til daglig.

At ikke alt er bra i helsestaten Norge og spesielt når det gjelder logopedtilbud har vært tema i leserbrev om manglende tilbud til barn allerede i siste utgave, og har også vært en sak i NRK Nordland i høst. Dette videreføres i denne utgaven i lederen av Randi Fosser, innlegg fra Signhild Skogdal om HELFO og fra Are Albrittsen som representerer brukerorganisasjonens syn.

I tillegg byr utgaven på anmeldelser av pedagogisk materiell, bruk av moderne teknologi og apps, bokomtaler og mer. Fremmedspråk har preget denne høsten for meg, spesielt gjennom reiser til land hvor det ofte ikke er nok å kunne engelsk. Jeg har stor respekt for den jobben en god tolk gjør, og fått fornyet lærdom om hvordan det er når språket ikke strekker til. Derfor passet det utmerket at årets internasjonale tema på Afasidagene omfattet flerspråklighet. I den forbindelsen fikk jeg anledning til å intervju en av fagets ledende personligheter, Professor Loraine Obler, for denne utgavens skattekiste.

På vegne av redaksjonen vil jeg gjerne takke alle som har bidratt til at vi også i år har kunne lage fire flotte utgaver av tidsskriftet!

Vi ønsker alle våre lesere en riktig god jul og et godt nyttår!



Hilsen

Melanie Kinnup

Nytt fra lederen

Helsedirektoratet og NLL har samarbeidet om en spørreundersøkelse i forbindelse med autorisasjonssaken. Dette ble omtalt i Norsk Tidsskrift for Logopedi, 3/2011. Det foreligger nå noen resultater: Spørreundersøkelsen viser en svarprosent på ca 60 % sett i forhold til antall antatt spurte. Av disse er det 71 % som arbeider som logopeder full tid og 20 % som arbeider delvis som logoped. Det er 66 % som er ansatt i kommunen, 19% arbeider i staten og 27% som privatpraktiserende. Den viser, ikke uventet, at den store gruppen er det vi kan kalle godt voksne (45-64år). Bare 10 % av de spurte var under 34 år og 11 % var over 65 år. Når det gjelder antall konsultasjoner, er det et stort sprik med en variasjon fra 0 til 1600 i løpet av et år. Ca 10 % har ingen konsultasjoner. Undersøkelsen viser at mange av logopedene samarbeider med helsetjenesten (anslagsvis 43 %).

Helsedirektoratet har i tillegg sendt ut en spørreundersøkelse til logopeder med avtale om direkte oppgjør fra Helfo. Denne undersøkelsen ble sendt ut som «snail –mail» og fikk sannsynligvis av den grunn en lavere svarprosent (32%).

I slutten av september arrangerte Helsedirektoratet et møte knyttet til prosjekt om ansvarsfordeling på rehabiliteringsområdet. Helsedirektoratet ønsker en gjennomgang av dagens pasientforløp for grupper innen somatiske fagområder, der rehabilitering eller opptrening er en sentral del av forløpet. Profesjonsorganisasjonene ble bedt om å uttale seg og NLL var representert sammen med tolv andre organisasjoner. For å skaffe nødvendig informasjon om dagens praksis og fremtidig ønsket praksis, tok styret kontakt med logopeder ansatt på sykehus i ulike deler av landet. En stor takk til de som bidro! Hvordan opplysningene blir vurdert og behandlet gjenstår å se. Fortsettelse følger.

I Norge har vi mangel på logopeder. Det er interessant for styret å merke seg at mangelen på logopeder og utdanning av logopeder opptar mediene. Styret ved leder har i løpet av de seneste månedene gitt intervju til Telemarksavisa, Forsvarets Forum, NRK-Bodø, NRK-Møre og Romsdal, samt Nationen – Distriktenes Næringsavis. Sistnevnte intervju ligger på vår hjemmeside.

Svenska logopedforbundet har nå oppe til debatt at det er nødvendig med logopedisk kompetanse i skolen, og at disse må ha kunnskaper om pedagogikk. Interessant, etter som vi

lenge har hørt at svenske logopeder er rettet mot helsevesenet og at barn og skoleelever må til sykehus for ulike logopediske vansker.

Artikkelen sier at logopedutdanningen bør kompletteres med pedagogikk som en obligatorisk del og bør tilpasses de krav som logopeder møter i sin fremtidige yrkesutøvelse i skolen. Debattinnlegget er å finne i Logopednytt 3/11.



Randi Fosser
Leder NLL

e-post: randifosser@logopedix.com

Mange av våre medlemmer har sin utdanning fra ISP ved Universitetet i Oslo og har et godt og nært forhold til denne institusjonen. ISP feiret nylig sitt 50-års jubileum (11.10.11) og programmet for dagen var «Spesialpedagogisk kompetanse i inkluderende opplæring». Norsk logopedlag gratulerer jubilanten!

En annen jublant er den islandske logopedforeningen (Felag Talkennara og Talmeinafræingja) som feiret sitt 30-års jubileum i september. Styret i NLL var invitert og var til stede på kurs, festmiddag og på en utrolig flott busstur arrangert av tidligere leder og nåværende leder av foreningen. På turen var også svenske representanter fra Svenska logopedforbundet og danske representanter fra Audiologopedisk forening. I en liten 16-mannsbuss tilhørende tidligere leder, ble vi kjørt og guidet av nåværende og tidligere leder på «gullruten» til Geysir, Gullfoss og Thingvellir gjennom eksotiske treløse landskap med svart lavastein og med dampende «gryter». De få trærne som finnes på Island er plantet, fikk vi vite. Representantene for den andre svenske logopedforeningen (SFFL – Svensk forening for foniatri og logopedi) dro dessverre hjem tidligere, og fikk ikke med seg denne uforglemmelige nordiske forbrødrings bussturen.

Styret ønsker alle en fredelig og stressfri førjulstid.

Randi Fosser, Leder NLL

Forslag til gode organiseringsformer mottas med takk:
randifosser@logopedix.com



Hordaland og Sogn og Fjordane Logopedlag

Velkommen til årsmøtekurs

Rica Hotell, Bergen • 27.-28. januar 2012

Foredragsholder: **Professor Solveig Lyster**, forskningsleder v/Institutt for Spesialpedagogikk, UiO

Tema: **Barns leseutvikling og kartlegging og forebygging av språk- og lese- og skrivevansker (dysleksi)**

Fredag 28.januar

Kl. 16.30-17.00	Registrering og rundstykker
Kl. 17.00	Åpning
Kl. 17.00-19.00	Leseutvikling – det språklige og kognitive grunnlaget. Hva vet vi – hvordan forebygger vi vansker?
Kl. 19.15-20.30	Årsmøte Hordaland og Sogn og Fjordane logopedlag
Kl. 21.00	Festmiddag

Lørdag 29.januar

Kl. 09.00-11.00	Dysleksi. Kartlegging og tiltak
Kl. 11.15-14.00	Språk- og lesevansker. Språkarbeidet i leseopplæringen. Et hovedfokus på ordforrådsarbeide og morfologisk kompetanse
Kl. 14.00	Avslutning
Kl. 14.00-15.00	Lunsj

Spørsmål vedrørende kurset rettes til:

Signe Torsvik, Tlf. 951 72 189, e-post: hsf.log@gmail.com

Overnatting på Rica Hotell. Vi er blitt tilbudt følgende pakkepris:

Standard enkeltrom: 895,-

Festmiddag: 265,-

Hotell må bestilles innen 16.12.2011.

Kursavgift: **1000,-** (for medlemmer av NLL), **1200,-** (for andre)

Bindende påmelding med innbetaling av kursavgift **innen 16.12.2011**: 1503.18.84400, HSFL, v/Karen Mathiessen, Strandebarnsvegen 395, 5630 Strandebarm

Integrativ stemmeterapi

Den 25.-31. juli 2010 deltog jeg i et tyskledet kursus: «Stimmt's?» - Integrative Stimmtherapie. Aufbauseminar, i Perugia, Italien. Kurset var arrangeret af den tyske kursusorganisation, Prolog-Wissen, som en kollega havde fundet på internettet, og blev ledet af docent Evemarie Haupt, der har udviklet systemet og skrevet bogen «Stimmt's?», der udkom i 2000. Jeg kendte intet til systemet i forvejen, mente egentlig heller ikke, jeg havde brug for at lære flere måder at drive stemmeterapi på, men var alligevel nysgerrig efter at se, hvordan man griber tingene an i Tyskland. Som erfaren stemmeterapeut havde jeg ikke lyst til at starte på et begynderkursus, hvilket – set i bakspejlet – måske nok var lidt arrogant. På mine egne kurser tillader jeg jo ikke, at folk går direkte ind på de videregående kurser uden først at have deltaget i Grundkursus! Resultatet var da også, at jeg i begyndelsen følte mig lidt dum og «udenfor» i en gruppe blandt meget, meget dygtige tyske kolleger, som kendte øvelserne til punkt og prikke og var fuldt fortrolige med det teoretiske grundlag!

Evemarie Haupt

Evemarie Haupt voksede op i Leipzig i det gamleDDR. Hun er uddannet sanger og har arbejdet som sanger, æstetisk talelærer og musikkritiker, inden hun skiftede over til logopædi. Hun har været docent på logopædiske uddannelsessteder i Tyskland og Østrig og bor nu i Salzburg. Hun har uddannet sig til Qigong-lærer ved ni studiebesøg i Japan og Kina.

Stemmefunktionskredsen

Da Evemarie Haupt i 1982 var begyndt at undervise logopædistuderende, savnede hun en overskuelig model,



Åse Ørsted

Åse Ørsted er logopæd og gik på pension fra Taleinstituttet i Hellerup i 2000. Har lige siden været privatpraktiserende.

der kunne give et grundlæggende overblik over den komplekse stemmefunktion. Hun udviklede derfor Stemmefunktionskredsen (se figur I), der er kernen i hele systemet. Nedenstående teoretiske beskrivelse er overvejende foretaget

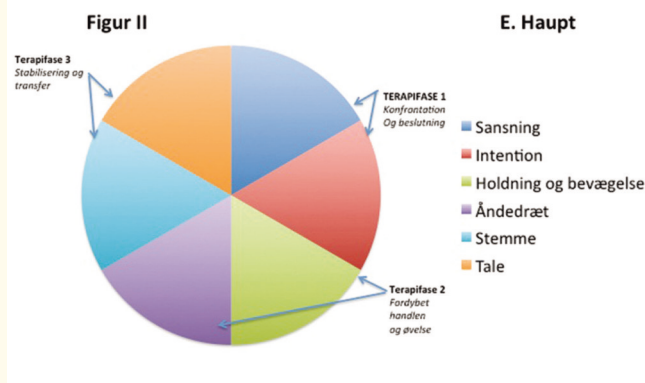
på grundlag af EvemarieHaupts bog: «Stimmt's» (Haupt 206), der naturligvis er langt mere omfattende og grundig endmin korte gennemgang. Jeg kan anbefale interesserede kolleger, at de læser bogen - eller endnu bedre - tager på et kursus.

Stemmefunktionskredsen er ikke en ny metode, men en forklaringsmodel, som man kan orientere sig efter i arbejdet med at diagnosticere ogbehandle stemmeproblemer. Integrativ Stemmeterapi er baseret på Stemmefunktionskredsen og er præget af Evemarie Haupts holistiske syn på stemmefunktionen som udtryk for hele personligheden, idet alle delområder virker sammen.

Ud over at give et overblik over stemmefunktionen kan Stemmefunktionskredsen også bruges til at indordne de forskellige terapimetoder, mulige stemmeforstyrrelser, terapiplanlægning ogterapeutkompetence, såvel som evaluering af enterapi. Integrativ Stemmeterapi egner sig derfor til behandling af alle stemmeforstyrrelser, ermetodeorienteret, lidelsesspecifik og patientcentreret.

Stemmefunktionskredsen læses med uret og begynder foroven ved «kl. 12» – «Wahrnehmung», der på dansk nærmest må oversættes medsansning eller indtryk. Derpå følger intention, holdning og bevægelse, ånde-

De tre terapifaser



dræt, stemme og til sidst tale. For det nyfødte barn sker der under fødslen en sansepåvirkning ved passagen gennem den snævre fødselskanal, overgangen fra vand til luft og til kulde og lys, befrielse for slim og berøring af læge/jordemoder. Herved sker en forarbejdning i det centrale nervesystem, der endnu er ubevidst og ytrer sig i uvilkårlige refleksbevægelser. Disse bevægelser får lungerne til at folde sig ud, så åndedrættet strømmer ind. Herved udløses det første skrig, senere kommer talen til. Alle seks områder af stemmefunktionskredsen bliver altså gennemløbet. Ydre eller indre sansepåvirkning ses som udløser for stemmefunktionen. Først kommer indtrykket, at man bemærker og registrerer, og så kan udtrykket, stemmen, opstå. Udtryk forstås først og fremmest som svar på et indtryk. Enhver menneskelig stemmeytring følger i princippet denne lovmæssighed, og enhver stemmeforstyrrelse vil have sit udspring i ét af områderne.

De seks terapiområder og deres forbindelseslinjer

De forskellige former for terapi, der kan sættes ind, er sammenfattet i Stemmefunktionskredsens seks områder. Derved bliver det tydeligt, hvilke forudsætninger stemme- og talefunktionen egentlig beror på.

Ved inddragelsen af de to første områder, sansning og intention, er Evemarie Haupt meget inspireret af Horst Gundermann («Akupädie», 1982) og Horst Coblenzer («Intentionale Stimmgebung», 1976). Disse to første områder er det egentligt nye i Stemmefunktionskredsen sammenlignet med tidligere terapikoncepter og gør det klart, at stemmeterapi ikke blot skal være et træningsprogram, men også omfatter bevidsthedsprocesser.

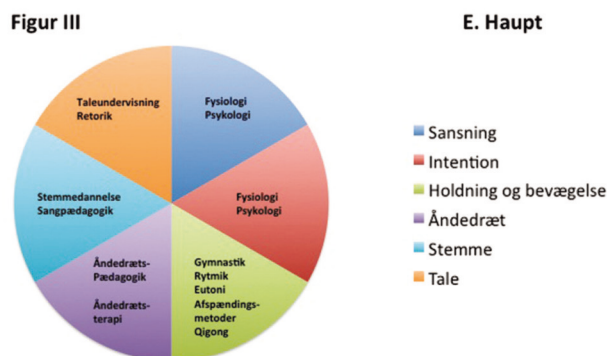
For kolleger, der kender til Coblenzers VRF metode, kan det ikke komme som nogen overraskelse, at de forskellige områder indbyrdes påvirker hverandre. Heraf følger, at terapien i højere grad samtidigt integrerer arbejdet med flere store områder frem for at handle om isolerede successive øvelser med små delelementer.

De tre terapifaser

Stemmefunktionskredsen kan inddeles i tre faser: Første terapifase dækker de to første områder, hvor der sker en konfrontation, lægges behandlingsplan og træffes en afgørelse. I terapifase 2 sker en fordybet handling og øvelse, og terapifase 3 handler om stabilisering og transfer (se figur II).

For stemmeterapien betyder det konkret: At forstyrrelser og styrkeområder kortlægges gennem anamnese og undersøgelse, derpå udvikles målsætning - intention,

Videreførende områder



og terapien gennemføres i de enkelte områder: holdning og bevægelse, åndedræt, stemme, tale og deres sammenhænge. Videreførende områder inden for det fysiologiske, psykologiske, sociologiske, pædagogiske eller kunstneriske arbejde kan nu sættes i relation til de enkelte terapifelter, hvorved yderligere impulser modtages. Evemarie Haupt giver nogle ideer i figur III.

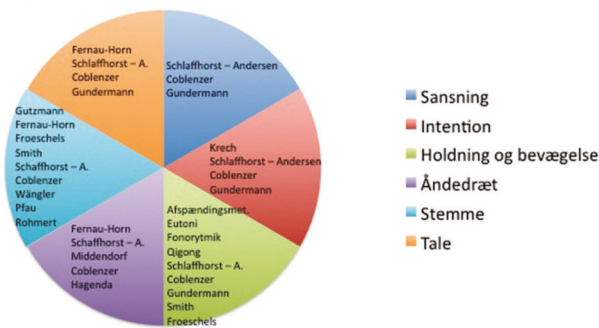
Den historiske udvikling af forskellige terapimetoder

De forskellige terapimetoder kan også indordnes i Stemmefunktionskredsen. Principielt indeholder de enkelte metoder det hele, ellers kunne der ikke opnås resultater; men synsvinklerne, fremgangsmåderne - og resultaterne - er totalt forskellige. Historisk set er de

Forskellige stemmemetoder

Figur IV

E. Haupt



symptomorienterte metoder blevet utviklet først, og senere kom de holistiske til. Med Stemmefunktionskredsen bliver der givet en prinsipiell orienteringshjælp m.h.t. metodiske innsatser, også for et stort antal nye metoder, der i dag innsættes supplerende (se figur IV).

Overblik over stemmeterapi i Tyskland siden 1900

Stemmeterapiens rødder ligger såvel i medicinsk-terapeutiske som pædagogiske og kunstneriske virkefelter. De rækker til dels langt tilbake i det 20. århundrede.

- 1900 – 1920: *Symptomorienterte innsatser.*

Store foniaternavnene kendetegner denne periode:

Gutzmann, Stern, Seemann, Froeschels med centre i Berlin, Prag og Wien.

- 1920 – 1940: *Åndedrætspædagogiske øvelser.*

Før stemmen kommer åndedrættet. Åndedræts pædagogiske øvelser blev inndraget i stemmearbeidet. Schlaffhorst-Andersen og Fernau-Horn, som fremmede utviklingen af behandlingsmåden i holistisk retning.

- 1940 – 1970: *Bevegelse og afspænding.*

Det blev tydelig, at åndedræt fordrer bevegelse og afspænding. I disse år blev rytmisk bevegelse (Sven Smith, Horst Coblenzer) og afspændingsmetodik (Autogen trening, Progressiv muskelaftspænding, Eutoni) intensivt inndraget. Dette kropsarbeide blev basis for den helhedsorienterte stemmeterapi.

- 1970 – 1990: *Psykologisk fordybelse.*

Da afspændingsøvelsene bl. a. lod den hyppigst tilgrunnliggende psykiske problematik træde tydeligere frem, opstod der interesse for psykologisk fordybelse.

- Fra 1990: *Komplementære metoder.*

Der sker en yderligere utvikling, idet nye komple-

mentære metoder, der har til formål at aktivere de menneskelige energireserver, i høyere grad blev innsat og åpenbart med gode resultater. De kommer dels fra USA, dels fra det fjerne Østen, Japan og Kina.

Desuden findes der også adskillige nye innsatser i det europeiske rum. På grunnlag af en «klassisk» logopedisk stemmeterapiuddannelse har mange kolleger videreuddannet og kvalifisert seg i tilleggslidiscipliner, fra Psykologlingvistik over Logoterapi, Gestaltterapi, Familierapi og andre psykologiske muligheter like til Kraniosakral Terapi, Neurolingvistisk Programmering og lignende metoder. Evemarie Haupt arbeider personlig isit stemmeterapeutiske arbeide med kombinasjoner af de nevnte metoder. Dertil kommer - som noget nytt - elementer fra Kinesiologi, Reiki, Shiatsu, Qigong, og hun synes selv, at denne integrasjon gir gode resultater.

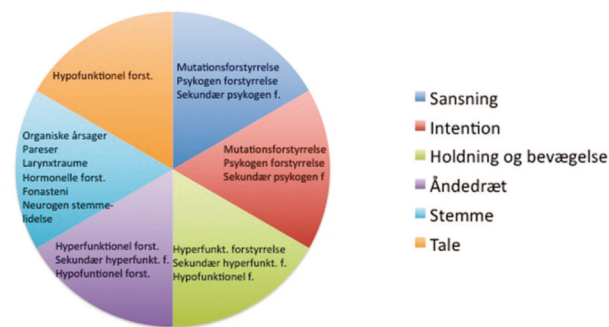
Sammenfattende

Evemarie Haupt mener, at det store antal terapeutiske muligheter gir gode chanser for at gjennomføre en effektiv stemmeterapi, hvilket efter hendes mening bekræftes af stemmeterapiens tiltagende gode resultater, som tillige har en afsmittende effekt på patienternes almene sundhetstilstand. Man må dog ikke være blind for, at der kan bestå en fare i at sprede seg for meget, «halvstuderte røvere», utilstrækkelig gjennomprøvede metoder og i det hele taget et alt for stort tilbud. Det er derfor påkrævet, at den ansvarsfulde terapeut forstår at udvælge og kontrollere kritisk, og det er tilsvarende terapiens formål, at patienten blev i stand til at overtae ansvaret for seg selv og sin sundhet.

Stemmediagnoser

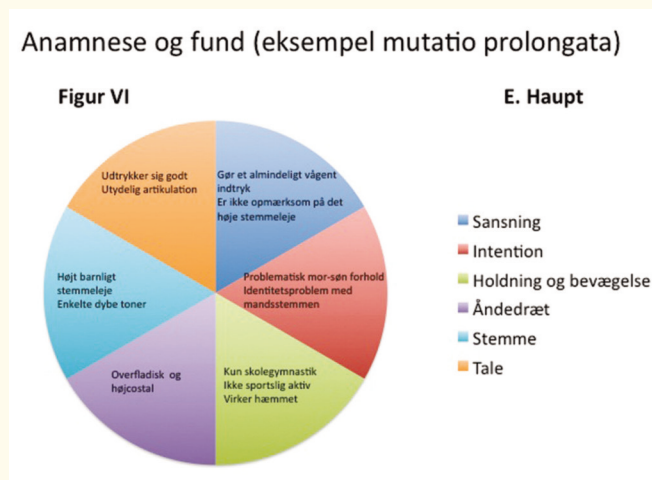
Figur V

E. Haupt



Stemmediagnoser

De forskellige stemmediagnoser kan sættes i relation til terapiområderne. Det drejer sig ligesom ved metoderne om en anordning, der systematisk viser terapeuten de forskellige målsætninger. Hele Funktionskredsen er selvfølgelig til enhver tid inddraget. Forbindelsen til metodeudvalget er tydelig, da det er let at se i hvilket område af Stemmefunktionskredsen, stemmelidelsen og metoden svarer til hinanden (se figur V).



Patientanamnese- og fund

Figur VI viser den patientcentrerede planlægning på grundlag af Stemmefunktionskredsen. Anamnese og fund bliver sammen med patientens styrkeområder og problemer tilordnet de enkelte terapiområder, som den individuelle terapiindsats bygger på. Det er vigtigt, at man idet terapeutiske arbejde tager udgangspunkt i patientens potentialer. Det viste eksempel handler om en mutatio prolongata hos en ung mand, hvor mangler og færdigheder er blevet antydnet med få ord. Derfra udledes den specielle terapiindsats. I terapiområdet «Sansning» står derf. eks. under potentiale: «Gør i almindelighed et vågent indtryk» og under mangler: «Er ikke opmærksom på det høje stemmeleje». Som følge heraf vil terapien handle om øvelser i at skelne mellem forskellige stemmelejer via lydoptagelser. På tilsvarende måde går man frem indenfor de øvrige terapiområder.

Kurset i Perugia

Kurset var tilrettelagt, så det fulgte bogens disposition. Da det var et videregående kursus, hvor de øvrige deltagere allerede var fortrolig emed Stemmefunktions-

kredsen og dens overbygninger, blev der ikke ofret meget tid på den grundlæggende teori.

Hver morgen indledtes med en halv times musikmeditation, derpå en halv times Qigong øvelser under åben himmel. Vi arbejdede også hvermorgen med profylaktiske stemmeøvelser for deltagernes egne stemmer, fine små øvelser, som deltagere forventedes at skulle kunne udenad.

En stor del af programmet bestod af arbejde med forskellige terapiformer til børn og unge samt ved funktionelle, organiske, neurogene og psykogene stemmelidelser ved terapiplanlægning og workshops.

Kurset var præget af EH's fortid som sanger med dejlige sangøvelser, der hos mig lokkede høje toner frem, som jeg troede for længst var mistede. På holdet deltog også en tysk sangerinde og en japansk operasangerinde, der gav nogle spændende workshops i sang og stemmedannelse. Hver aften sang vi flerstemmigt Franzaf Assisis Solsang.

Vi var 15 deltagere, der sad i en åben rundkreds i fællestimerne eller i små grupper ved gruppearbejde. Der blev ikke brugt audiovisuelle hjælpemidler overhovedet. Tilgangen var ret intellektuel med meget overhøring og «hukommelseskunst». Sidste dag blev programmet gennemgået, og det forventedes, at hver enkelt deltager på grundlag af sine notater kunne gøre rede for, hvad der var foregået hver eneste time i ugens løb!

Med min baggrund synes jeg selv, at jo mindre snak og jo mere «action» des bedre, og at det er vigtigere, at man i praksis selvstændigt forstår og kan omsætte de store retningslinjer, end at man kan huske bittesmå detaljer udenad; men det er jo nok en smags sag.

Jeg er ikke enig med Evemarie Haupt i alt. Hun opfatter intention som en målbevidst reaktion, der kan fremkaldes ved intellektuel påvirkning, som samtale og planlægning, medens Coblenzer, der definerer intention som en ydelse fra CNS, der har at gøre med, hvordan man optager, bearbejder og reagerer på stimuli, har en mere emotionel – og effektiv – tilgang, idet han bruger fantasi og forestillingsevne til at fremkalde en skærpet opmærksomhed, der øger kroptonus, energi og motivation hos klienten.

Evemarie Haupt er meget glad for Accentmetoden,

der - sådan som jeg lærte den på min grunduddannelse, med vilkårlig pumpen af bugvæggen - ikke er kompatibel med Coblenzers VRF. Men hun udførte accentøvelserne på en langt blødere måde, end jeg hidtil har set, brugte endda også randregistret, hvilket må være hendes egen opfindelse.

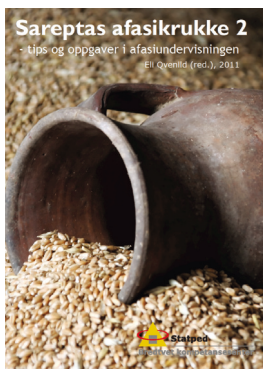
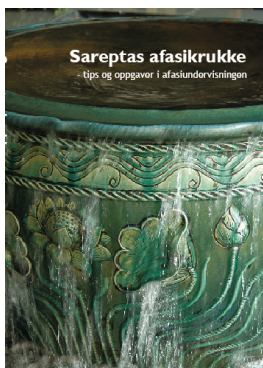
Normalt har kursusledere ikke så meget lyst til at høre andre meninger end deres egne; men da det jo drejer sig om en *integrativ* stemmeterapi, var der ægte interesse for, hvordan der arbejdes med stemmeterapi i Danmark. Jeg var rørt over denne åbne og elskelige holdning, og da jeg rent faktisk kendte nogle teknikker, som var ukendte for de tyske deltagere, blev jeg bedt om at lave en miniworkshop. Det førte til en god udveksling, der måske kan danne grundlag for et videre samarbejde.

Jeg er glad for, at jeg tog med på dette kursus, der foregik et naturskønt sted sammen med venlige og dygtige kolleger. Mine bedste oplevelser var Qigongøvelserne, der giver en god opvarmning til stemme-

arbejdet, og sangøvelserne. «Integrativ stemmeterapi» svarer til min egen idé om eklektisk stemmearbejde, hvor man orienterer sig bredt og sammensætter dele af kompatible stemmemetoder, når man skræddersyr træningsprogrammer til hver enkeltstemmeklient. Jeg kan forstå, at Stemmefunktionskredsen er vidt udbredt og anerkendt på uddannelses- og behandlingssteder i Tyskland. For ikke at fare vild og fægte i blinde på det vanskelige stemmeterapiområde, er der så afgjort brug for en model at orientere sig efter. Hertil har jeg selv anvendt den tredelte fonationsmodel; men Stemmefunktionskredsen synes bredere anvendelig. Det kunne da være et forsøg værd at undersøge den nærmere på de danske logopædiske uddannelser.

Litteratur:

Evemarie Haupt: Stimmt's? Stimmtherapie in Theorie und Praxis. Das Gesundheitsforum. Schulz-Kirchner Verlag. 5. überarbeitete Auflage 2010.



Sareptas afasikrukke - en idébank i den logopædiske hverdagen

"Sareptas afasikrukke" er nettbasert oppgavebank, hvor ca. tretti afasilogopeder utveksler tips og oppgaver til bruk i afasiundervisningen.

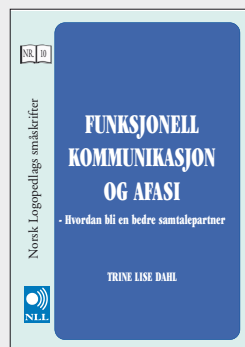
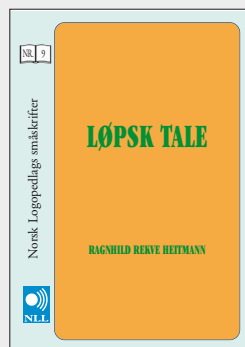
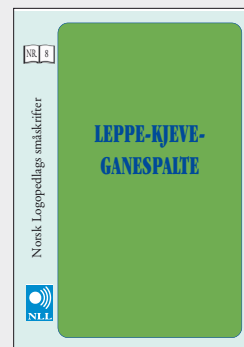
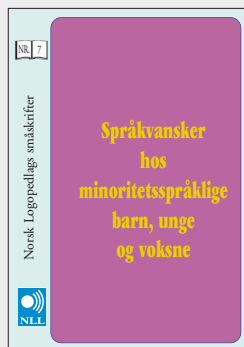
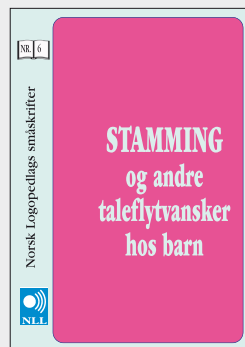
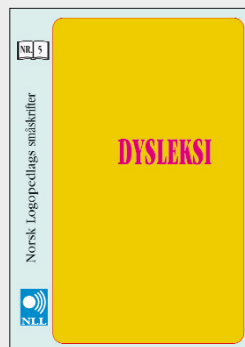
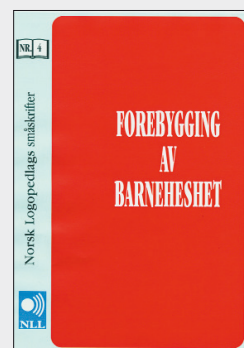
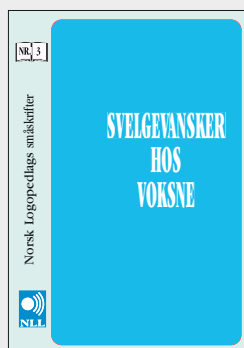
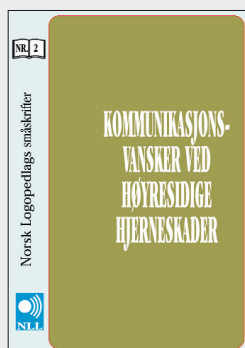
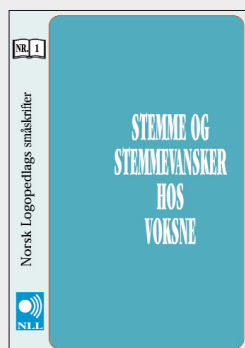
Det foreligger to CD-ROM som inneholder en del av det stoffet som er sendt inn. Av innholdet kan nevnes: tekster med ulik vanskegrad, utfyllingsoppgaver, ordmobiliseringsoppgaver, matcheoppgaver, metodiske tips m.m.

Redaktør: Eli Qvenild, Bredtvet kompetansesenter.

Hver CD-ROM koster kr. 150 + porto. De kan bestilles fra Bredtvet kompetansesenters nettbutikk: <http://www.statped.no/Tema/Spraktalevanser/Publikasjoner/Sareptas-afasikrukke/>

NORSK LOGOPEDLAGS SMÅSKRIFTSERIE

Bestilling på Internett: www.norsklogopedlag.no



- Nr. 1 Stemme og stemmevansker hos voksne
- Nr. 2 Kommunikasjonsvansker ved høyresidige hjerneskader
- Nr. 3 Svelgevansker hos voksne
- Nr. 4 Forebygging av barneheshet
- Nr. 5 Dysleksi
- Nr. 6 Stammer og andre taleflytvansker hos barn
- Nr. 7 Språkvansker hos minoritetsspråklige barn, unge og voksne
- Nr. 8 Leppe-kjeve-ganespalte
- Nr. 9 Løpsk tale
- Nr. 10 Funksjonell kommunikasjon og afasi

Hvordan kan kognitiv atferdsterapi (KAT) hjelpe engstelige barn med en autismespektertilstand?

Abstrakt: Kognitive atferdsterapi (KAT) har vist seg å ha en dokumentert effekt på angst hos personer med en tilstand innenfor autismespekteret (AST). Eksperimentell forskning viser at KAT virker godt overfor barn og ungdom med AST når man bruker alternative elementer i terapien som forskjellige visuelle hjelpemidler. Da de sosiale vanskene hos barn og ungdom med AST er betydelig, er det en fordel å jobbe med KAT og trening i sosiale ferdigheter parallelt. Andre viktige elementer i KAT er mestringstrategier og å trekke veksler på sterke sider hos denne målgruppen. Foreldremedvirkning i terapiprosessen er også en viktig del av et KAT. Fagpersoner som har gode forutsetninger for å utføre KAT, er psykologer, logopeder, sosialarbeidere, psykiatere og pedagoger.

INNLEDNING

Kognitiv atferdsterapi (KAT) (eng. Cognitive Behavior Therapy, forkortet CBT) er en form for psykoterapi, som opprinnelig ble utviklet for behandling av depresjoner i den alminnelige befolkningen (Beck, 1993). Kognitiv kommer av *kognisjon*, som betyr bearbeiding av informasjon. I modifisert form er KAT en forholdsvis ny og spennende tilnærming når det gjelder å behandle angst og depresjoner hos barn og ungdom med en autismespektertilstand (AST, dvs. *autisme*, *atypisk autisme* og *Asperger-syndrom* (AS)). Sentrale elementer i KAT er å la barnet lære mer om egne og andres følelser, og ett av målene i denne tilnærmingen er å endre personens ulogiske og ufunksjonelle antakelser. KAT egner seg godt overfor høytfungerende barn og ungdom med AST og har blitt omtalt som «the treatment of choice» når det gjelder å redusere angst og bedre stemningslidelser hos barn og ungdom med AST (White mfl., 2010).

Fagpersoner som har gode forutsetninger for å utføre KAT, er ifølge Valerie Gaus (2007) psykologer, logopeder, sosialarbeidere, psykiatere og pedagoger. Hun oppfordrer samtidig disse faggruppene til å praktisere KAT, slik at flere av de innenfor autismespekteret kan få hjelp til å takle sine kognitive og emosjonelle vansker.



Nils Kaland

er 1. amanuensis ved Høgskolen i Lillehammer. Han har spesialisert seg innenfor området autisme og Asperger syndrom og har publisert en rekke artikler om emnet i norske og internasjonale fagtidsskrifter.

E-post: nils.kaland@hil.no
nils@kaland.net

VANSKER HOS PERSONER MED AST

KOGNITIVE VANSKER

Det er veldokumentert at personer med AST har svekket evne til innlevelse i andres sinn, svekket evne til emosjonell gjensidighet og verbal og nonverbal sosial kommunikasjon (Baron-Cohen, 1995; Kaland, Mortensen & Smith, 2011; Kuusikko mfl., 2009). De sosiale-kognitive samspillproblemene oppleves mest akutte i ungdomsårene, og det gjelder særlig de høytfungerende med AST (Tse, Strulovich, Tagalakakis, Meng & Fombonne, 2007).

Personer med AST har dessuten en tendens til å fokusere på detaljer i omgivelsene og oppfatter i mindre grad det egentlige innholdet i et språklig budskap (McCrary, Henry & Happé, 2007). Mange er flinke med systemer og fakta, men har forholdsvis dårlig hverdagspsykologisk sans (Baron-Cohen, 2000). De fleste innenfor AST har dessuten vansker med å tenke og handle på fleksible måter i hverdagslivet (Ozonoff, Dawson & McPartland, 2002), og det samme gjelder evnen til å planlegge aktiviteter og takle endringer (Howlin, 1997). Mange er langsomme og omstendelige

og bruker mer tid på å respondere på eksempelvis forespørsler enn typisk utviklede personer (Kaland, Smith & Mortensen, 2007).

SENSORISKE VANSKER

Rundt 95 prosent av personer innenfor AST har vansker med reaksjoner på sensorisk påvirkning (Billstedt, Gillberg & Gillberg, 2007). Det er ikke uvanlig at en og samme person rapporterer om overømfintlighet i flere sansemodaliteter, og det kan dreie seg om fornemmelser relatert til lys, lukt, lyder og taktil berøring (Rogers & Ozonoff, 2005).

PSYKISKE VANSKER

Nyere forskning viser at angst og depresjoner forekommer relativt hyppig sammen med AST. En psykisk lidelse i tillegg til autismen er regelen, ikke unntaket ved disse tilstandene (Ghaziuddin, 2005). Det kliniske bildet er komplisert, og de psykiske vanskene synes å være relatert til de sosiale og kognitive vanskene (Meyer mfl., 2006).

STERKE SIDER HOS PERSONER MED AST

En del personer med AST skårer relativt høyt på IQ-tester, og det gjelder særlig de med AS. På enkelte områder kan personer med høytfungerende autisme eller AS prestere bedre enn de fleste ikke-autistiske personer (Gillberg, 1998) - med en god observasjonsevne, et naturlig talent for eksempelvis matematikk, fysikk, kunst, litteratur, musikk, vitenskap og en rekke andre, fortrinnsvis «fysiske», ikke-mentale emner (Fitzgerald, 2005; Hermelin, 2001). Ifølge Søderstøm mfl. (2001) er personer med AST minst like utholdende som ikke-autistiske personer og kan arbeide med «kjedelig» arbeid som andre ikke vil ha.

TILPASNING AV KAT

TIL BARN OG UNGDOM MED AST

Som følge av de kognitive særtrekkene og den spesielle evneprofilen som karakteriserer personer med AST (Happé, 1994), samt deres spesielle måte å kommunisere på, både verbalt og nonverbalt (Kaland mfl., 2002; Tantam, 2009), har det vært nødvendig å tilpasse KAT til denne målgruppen. KAT er basert på å gi barn og ungdom med AST teknikker som kan hjelpe dem til å reflektere over og ta kontroll over egne følelser, oppfatninger og atferd (White mfl., 2010). Det foreligger

imidlertid litt forskjellige forslag til hvordan KAT best kan tilpasses personer med AST (White mfl., 2010), og metoden har også hatt god effekt overfor voksne med AST (Weiss & Lunsy, 2010).

I løpet av de siste årene har det blitt publisert en rekke eksperimentelle studier av behandling med modifiserte versjoner KAT overfor engstelige barn og ungdommer med AST, særlig overfor de med høytfungerende autisme eller AS. KAT har vist seg å ha god effekt når det gjelder å redusere angstsymptomer hos denne målgruppen (Cardaciottto & Herbert, 2004; Chalfant, Rapee & Carroll, 2007; Greig & MacKay, 2005; Sofronoff, Attwood & Hinton, 2005; Sze & Wood, 2007). Et viktig moment er at de lærte ferdigheter fra terapitimen snarest mulig bør trenes i hverdagslige situasjoner (Wood mfl., 2009).

INDIVIDUELL- OG GRUPPETERAPI

KAT praktiseres vanligvis som individuell terapi, men kan også utføres som gruppeterapi (Weiss & Lunsy, 2010). I individuell terapi kan barnet eller ungdommen sitte sammen med terapeuten, i et trivelig rom med tilgang til datamaskin, whiteboard, arbeidsbok, penner/papir og annet kontorutstyr. Timen bør forberedes godt, og eventuelle regler bør fastsettes i begynnelsen av første time. Hver time bør ikke være for lang - for å unngå at barnet blir overbelastet eller kjeder seg.

HVA TERAPEUTEN BØR TENKE OVER

Når man arbeider klinisk med personer med AST, blir ens egen evne til god følelsesmessig innlevelse (empati) viktig. Primært bør man la barnet og ungdommen få trene på å utvikle evnen til innlevelse i eget og andres sinn og å samspille bedre sosialt. Dette er av betydning for å kunne redusere angstnivået (White mfl., 2010). Som terapeut bør man unngå å bruke snirklete ord og vendinger, for det kan forvirre barn og ungdom med AST. Dessuten bør man tenke nøye over om man er for påtrengende i sin kommunikasjon, for nonverbal kommunikasjon som blikkontakt, ansiktsuttrykk og gester, som vanligvis brukes til å formidle respekt og forståelse, kan mistolkes av barn med AST som fiendtlige og i verste fall som truende.

PERSONER MED AST

OG BOKSTAVELIG TOLKNING AV SPRÅKET

Høytfungerende personer med AST bruker ofte språket

på uvanlige måter, og de har en klar tendens til å tolke språket bokstavelig (Baron-Cohen, 2000). Språket er rikt på metaforer og idiomatiske uttrykk, og de fleste av disse uttrykkene gir liten mening bokstavelig talt (Kaland mfl., 2002). Man bør derfor unngå denne type uttrykk for ikke å forvirre eller villed. Det er imidlertid lett å snuble her, selv for personer med god kjennskap til de kognitive særtrekkene ved AST. Gaus (2007), som behandler voksne med AS, fikk seg en skikkelig påminnelse da hun (G) i en KAT-time ville formidle et i og for seg positivt budskap til en voksen klient (M), en mann med AS:

G: Når man sammenligner livet ditt nå med slik det var for ti år siden, høres det virkelig ut som du har vokst.

M: Nei, det har jeg ikke. Jeg er like høy nå som da jeg var 18 år, det vil si at jeg er 1,78 meter høy.

HVORDAN KAN KAT MØTE SENTRALE BEHOV HOS BARN OG UNGDOM MED AST?

Nedenfor presenteres noen av de sentrale elementene i KAT, rettet mot barn og ungdom innenfor AST, med kommentarer til hvert punkt.

MÅL, DELMÅL, SAMARBEIDSPARTNERE – OG TILBAKEHOLDENHET I BEGYNNELSEN

- Lag realistiske mål, som om nødvendig kan deles opp i delmål – og gjør eksplisitt rede for hvem som er involvert i terapiprosessen.
- Vær konkret og spesifikk – og presenter en skriftlig oversikt over innholdet i timen.
- Foreldrene kan bidra til å forsterke de lærte ferdighetene, slik at de generaliseres til andre områder i barnets liv.
- Unngå å opptre emosjonelt påtrengende i begynnelsen av terapien

Innledningsvis bør man klargjøre og nedtegne hva som er målet for terapien, og hvilke forventninger man har til de terapeutiske samtalene. Det bør også gis enkel informasjon om timens struktur, deriblant bruk av visuell eller skriftlig informasjon. Man bør være klar over at terapi med personer innenfor AST er generelt tidkrev-

ende; Myles (2005) påpeker at terapeuten bør sette seg realistiske mål, som innebærer at man rekker «... half as much done in twice as much time (s. 13).

I tillegg til dette bør man avklare den rollen barnet med AST spiller, og det samme gjelder foreldrenes medvirkning. Personer med AST mangler ofte støttesystemer utenfor familien, systemer som utvikles naturlig rundt de fleste andre, ikke-autistiske unge mennesker. Dette understreker også betydningen av støtte fra familien. Foreldrene bør derfor oppmuntres til å praktisere nye ferdigheter hjemme sammen med barnet, dets søsken og øvrige familie.

Når det gjelder foreldrenes og familiens rolle og samarbeidet med dem, bør terapeuten kontakte dem før den første KAT-timen. Foreldrene bør i samråd med terapeuten følge opp hjemme og sørge for at eventuelle hjemmeoppgaver blir gjort. Sammen med barnet bør foreldrene trene på dagligdagse situasjoner, fortrinnsvis på emner som har vært tatt opp i KAT-timen. Det forutsetter nært samarbeid mellom terapeuten på den ene siden og barnets familie på den annen. Effekten av foreldremedvirkning angis være vel så effektiv som individuell terapi alene (Creswell & Cartwright-Hatton, 2007; Kendall & Choudhury, 2003; Sofronoff mfl., 2005). Medvirkningen kan også styrke foreldrene og få dem til å føle seg mer kompetente.

Da sosiale relasjoner kan bli en kilde til forvirring og angst hos barn med AST, anbefales det at terapeuten innledningsvis opptre litt «tilbaketrukket» og som nevnt minimaliserer blikkontakt, da dette kan øke angstnivået (Bjåstad, 2011). Det kan derfor være en fordel å ha oppmerksomheten rettet mot et felles ytre objekt i stedet for å sitte vendt mot hverandre. Det ytre objektet kan være visuelt materiell med relasjon til KAT - som whiteboard, bildebok arbeidsbok eller datamaskin. Ved å ta hensyn til de spesifikke vanskene kan man bidra til at barnet med AST greier å konsentrere seg om samtalen og de oppgavene han eller hun får å løse.

UTVIKLINGSNIVÅ OG KOGNITIVE SÆRTREKK HOS PERSONER MED AST

- Språket man bruker, bør være presist og konkret og matche barnets kognitive utvikling og språknivå.

- Kognitive vansker; svikt i evnen til å mentalisere, dvs. å ta andre mentale perspektiv og eksekutive vansker.

Det er ikke angitt noen nedre aldersgrense for KAT, men metoden må tilpasses barnets utviklingsnivå og «kognitive stil», slik at man ikke snakker over hodet på klienten og på den måten risikerer å ta bort motivasjonen for å delta i terapien.

Når det gjelder språk og kommunikasjon, må man ta i betraktning at barn og ungdom med AST har problemer med innlevelse i eget og andres sinn (Baron-Cohen, 1995; Kaland mfl., 2002). Høytfungerende personer med autisme eller AS kan til en viss grad mentalisere, men de gjør det ikke spontant (Senju mfl., 2009). De trenger derfor prompts for å kunne svare på sentrale spørsmål om mentale tilstander (Kaland mfl., 2011). Svikt i evnen til å mentalisere kan resultere i at de feiltolker det som sies eller skrives. Dessuten bruker barn og ungdom med AS lengre tid enn matchede, typiske kontrollpersoner på å prosessere sosial informasjon (Kaland mfl., 2007). Det betyr at man må gi dem tid – slik at de kan få si det de ønsker. Mer komplekse og abstrakte begreper bør formidles på enkle, konkrete måter. Metaforer, ironiske bemerkninger eller idiomatiske uttrykk bør vanligvis unngås, i hvert fall i første omgang og inntil man eventuelt begynner å lære slike inntrykk mer spesifikt.

Barn med AST har som nevnt ofte eksekutive vansker som svakt arbeidsminne, dårlig evne til planlegging, særlig relatert til tid, og problemer med å fullføre oppgaver på en hensiktsmessig måte. En oversikt over emner og aktiviteter vil derfor hjelpe barnet til å vite hva det skal gjøre, og hva som forventes av det (Ozonoff mfl., 2002), også når det gjelder hjemmeoppgaver. En skriftlig oversikt vil også gjøre det lettere å skifte mellom aktiviteter og bidra til at timen blir mer forutsigbar. Forutsigbarhet reduserer angsten.

En del personer med AST, særlig de innenfor AS-gruppen, kan imponere tilhørerne med et velutviklet vokabular og avanserte formuleringer. Slik kan de av og til få andre til å tro at de kan mer enn det de faktisk kan. Deres *receptive* språk, det språket de oppfatter, kan være betydelig dårligere enn det talte. Av den grunn kan det tenkes at de i realiteten ikke får med seg det terapeuten

sier, selv om de kan gi skinn av at de har forstått det (Koning & Magill-Evans, 2001). For å sjekke om personen har oppfattet informasjonen, kan man stille kontrollspørsmål, der man spør om han eller hun kan sammenfatte sentrale deler av innholdet. Loggføring over sentrale emner i KAT-timen er også å anbefale.

Å LÆRE OM EGNE FØLELSER

- lære å tolke egne følelser – og graden av dem
- bruke tegneserier og sosiale historier

Mange barn og ungdommer med AST er spesielt utsatt for å bli mobbet og trakassert av jevnaldrende barn, særlig på skolen. Forskning viser at disse barna og ungdommene må slite i årevis med traumene etter disse negative hendelsene, oftest i form av langvarig angst og depresjon (Dubin, 2010).

Klinisk erfaring tilsier at det kan være spesielt vanskelig for personer med AST å regulere tanker, følelser og atferd (Attwood, 2006). Dette kan komme til uttrykk ved at de mangler «føleord» i sitt vokabular, og at de kan ha vanskelig for å differensiere mellom forskjellige typer følelser og følelsenes intensitet (Donoghue, Stallard & Kucia, 2011). Får de i oppgave å velge følelsesuttrykk på en skala fra 0 til 10, velger mange enten null eller 10 (Bjåstad, 2011).

Å representere emosjonelt materiale visuelt har også vist seg å være gunstig. Barnet bør få lære å gradere intensiteten av følelser, slik at det lærer at man kan ha følelser som tilsvarer 3, 6 eller 8 på en «følelesskala» (Bjåstad, 2011). KAT-kassen (Callesen, Nielsen & Attwood, 2005) er et kreativt instrument med tanke på å hjelpe barn å identifisere følelser og til å bli mer bevisst på ulike grader av dem. Den kan hjelpe barnet til å bli bevisst på egne følelser gjennom å identifisere forskjellige typer emosjonelle tilstander som angst, tristhet, glede, stolthet og sinne. Et annet godt hjelpemiddel er heftet «Å utforske følelser» (Attwood, 2009), som også foreligger i norsk utgave. Her dreier seg om affektiv trening, spesielt tilrettelagt for personer med AS.

I følgende kasus vises det hvordan en person med AST kan få hjelp til å tolke ansiktsuttrykk og kroppsspråk, lære om ulike følelser og grader av disse og hvordan følelsene er knyttet til ulike aktiviteter på skolen:

Kent skal velge ansikter fra KAT-kassen som representerer grader av følelser. Han får hjelp av en terapeut og av foreldrene sine, noterer ned sin erfaring med disse følelsene og kjenner dem til spesielle aktiviteter i løpet av dagen. Ved hjelp av «ansiktene» i KAT-kassen forstå han bedre sine egne følelser og kan identifisere sitt emosjonelle mønster. Han fører logg, og av denne lærer han at han blir skremt av ustrukturerte pauser på skolen. Derimot blir han glad når han kan sitte foran datamaskinen. Han blir sint og redd når det oppstår uventede endringer og brudd på rutiner. Over tid lærer han å vurdere intensiteten i hver følelse, og han lærer om nye følelser (Etter Donoghue mfl., 2011, s. 94).

Tverrfaglig samarbeid, eksempelvis mellom logoped, lærer og barnets foreldre og øvrig familie, er fordelaktig. Dette fordi det er viktig at barnet med AST blir eksponert for sosiale situasjoner der de får trent de nye ferdighetene i praksis (Wood mfl., 2009). På hjemmebane kan begivenheter og erfaringer fra barnet hverdagsliv formidles gjennom TV-programmer, filmer, bøker og fiksjon. Disse tingene kan også brukes til å demonstrere på mer konkrete måter de sammenhenger som foreligger mellom tanker, følelser og atferd.

Etablerte strategier som kan brukes på kreative måter innenfor en KAT-ramme, er *tegneseriesamtaler* og *sosiale historier*TM (Gray, 1998). En tegneseriesamtale dreier seg om å tegne en hendelse, der strekfigurer representerer forskjellige personer. Snakke- og tenkebobler representerer ord og tanker – for at personen skal kunne gjenkjenne tankene, følelsene og intensjonene. En utdypende *sosial historie*TM om hva en følelse er, kan også være effektiv:

Hva er en følelse?

Følelser handler om hvordan vi føler oss. Vi har mange slags følelser.

Å være glad er en følelse. Vi kan være litt glad eller kjempeglad.

Når vi er glad, smiler eller ler vi ofte. Å være glad er en god følelse.

Å være lei seg er også en følelse. Vi kan være litt lei oss eller veldig lei oss.

Når man er lei seg, får man ofte lyst til å gråte.

Da har man vonde følelser.

Noen ganger når man er lei seg, kan det være godt å få være litt for seg selv.

Når vi får snakke med noen vi kjenner godt, får vi det ofte bedre.

Å UTFORSKE BARNET OG UNGDOMMENS STERKE SIDER

- Ta i bruk barnets sterke sider.
- Vektlegg begivenheter og erfaringer fra barnets hverdagsliv – og prøv å vise sammenhengen mellom barnets tanker, følelser og kroppslige fornemmelser og atferd.
- Lag oversikt over enkle, logiske og konkrete regler som, om mulig, kan anvendes i ulike situasjoner.

De sterke sidene hos personer med AST bør kartlegges og tas i betraktning når oppgaver tilrettelegges. For å trekke vekslers på personenes spesielle interesser og sterke sider kan datamaskiner være en kreativ og motiverende måte å engasjere barn og ungdom med AST på, også fordi mange er flinke med data. Bilder, tegneserier, spill, gjetteleker, dokker og fortellinger er også relevant å bruke overfor denne målgruppen (Attwood, 2006).

Hos mange med AST, og særlig innenfor AS-gruppen, er regning og matematikk populære emner. Daniel Tammet, som har AS, har utviklet en lidenskapelig interesse for tall (Attwood, 2006, s. 187):

Jeg elsker tall. Det er ikke bare en intellektuell eller nerdete sak, for jeg føler at jeg har en emosjonell tilknytning til og en forkjærlighet for tall. Jeg mener dette er menneskelig på samme måte som når en dikter gjennom en metafor, menneskeliggjør en elv eller et tre. I min verden får jeg en følelse av tall som noe personlig. Tallene er mine venner.

Dette er et eksempel på hvordan eksepsjonelle ferdigheter på et spesielt område kan kanaliseres til å gi grunnlag for høyere utdanning innenfor emnet. En del personer med AS har også interesse for vitenskap eller science fiction (Sofronoff mfl., 2005).

Skrevne tekster kan brukes til å minne personer med AST om å praktisere eller bruke ferdigheter som kan lette generalisering til hverdagslige situasjoner. På samme måte kan man kommunisere gjennom å bruke et digitalkamera til å fotografere dagligdagse situasjoner og samtale om dem. En tekstbok, pluss arbeidsbok, som

omhandler sosiale relasjoner, kan brukes til å gi hjemmeoppgaver i gjennom KAT-perioden (Weiss & Lunsky, 2010); valg av bok vil være avhengig av personens funksjonsnivå.

Barn med AST har vansker med å se ting i sammenheng (Happé, 1994) og med å søke avklaring på et problem, tenke nye, alternative tanker, endre oppfatning eller å se løsning på et problem (Attwood, 2006). Av den grunn kan det være nødvendig for terapeuten å praktisere en mer direkte tilnærming og gi konkrete alternativer, støttet av logiske fakta (Anderson & Morris, 2006). Noen ganger kan enkle, logiske og konkrete regler være vel så effektive som å få presentert nye og utfordrende tanker (Reaven & Hepburn, 2003).

Barn med AS responderer ofte godt på logikk og kan derfor nyttiggjøre seg av en for-og- imot-samtale, der et saksforhold kan være sant eller tvilsomt (Attwood, 2006). Forhold som er relatert til statistisk risiko i en bestemt situasjon, kan gi objektiv informasjon som på en effektiv måte kan utfordre fordreide oppfatninger om et saksforhold. Her kan internett nevnes som en god kilde til saklig informasjon.

PÅ OPPDAGELSESFERD I DEN SOSIALE VERDEN

- Tren sosiale ferdigheter i naturalistiske situasjoner.
- Oppmuntre barnet til å lære om sine egne og andres tanker og følelser – og å ta andres mentale perspektiv.
- Kognitiv «restrukturering», dvs. å hjelpe barnet til å reflektere over egne tanker og til å stille spørsmål ved noen av sine nåværende oppfatninger.
- Praktiser rollespill for å hjelpe personen til å utforske hvordan han eller hun kan komme til å føle, tenke og handle i bestemte sosiale situasjoner.

Tradisjonell trening i sosiale ferdigheter overfor personer med AST har ofte bestått i å øve sosiale ferdigheter i tenkte situasjoner. I KAT bør man legge vekt på øvelser i mest mulig naturalistiske settinger, kombinert med samtaler om hvordan man kan håndtere sosiale utfordringer:

Jane ble henvist til KAT for depressive symptomer og angst. Som en intelligent 17-åring trivdes hun med fagene på skolen, og hun var særlig flink i matematikk, fysikk og TIL å huske og organisere fakta på en systematisk måte. Hun manglet imidlertid sosiale relasjoner og følte seg ensom og isolert. I løpet av utredningen ble det klart at hun ikke visste hvordan hun skulle vise interesse for andre personer.

Et opplegg som gikk ut på å tenke på andre og på seg selv (Winner, 2002) hjalp Jane til gradvis å akseptere at det å utvikle vennskap, er en gjensidig prosess, som krever noe av en selv. Hun noterte i en arbeidsbok og lærte å huske detaljer som hadde tilknytning til de andre elevene i klassen. Gjennom denne prosessen lærte hun å vise mer interesse for andre og å redusere følelsen av ensomhet og isolasjon (Etter Donoghue mfl., 2011, s. 98).

Dette er et eksempel på hvordan atferdsmessig endring kan gi en kognitiv omstrukturering og en mer rasjonell oppfatning av fenomener i omgivelsene. Hos mange barn med AST kan praktiske erfaringer, i tillegg til en teoretisk tilnærming, være effektivt. Ikke minst er læring ved gjøring viktig; gjennom praksis får barnet mulighet til å teste sine oppfatninger:

12 år gamle George har AS. Han hadde en forestilling om at dersom han spurte læreren om hjelp, ville læreren le av ham og tro at han var dum. Hans strategi om å la være å stille spørsmål, resulterte bare i mer frustrasjon og angst. Etter å ha rollespilt situasjonen i KAT-timen med terapeuten og moren sin, greide han å finne noen lærere på skolen som han kunne spørre om hjelp. Over tid lærte han at lærerne tok spørsmålene hans på alvor (Etter Donoghue mfl., 2011, s. 97).

Blant en rekke teknikker som brukes til å lette prosessen med å undersøke den sosiale verden, er den sokratiske jordmorkunsten, dvs. spørsmål som gir hint om hva som er det korrekte svaret. Gjennom denne prosessen kan barn med AST få ny informasjon, som kan utfordre deres nåværende og ofte rigide tankesett. De kan også oppmuntres til å reflektere over og stille spørsmål ved sin oppfatninger. Slik kan det få et nytt perspektiv på sine antakelser og komme frem til alternative måter å

tenke og handle på. Evnen til abstrakt tenkning varierer innenfor autismespekteret, og ikke alle med AST vil ha nytte av denne metoden (Reaven & Hepburn, 2003).

Høytfungerende barn og ungdom med AST bør oppmuntres til å observere og utforske sosiale situasjoner - som «sosiale detektiver» (Spence, 1995) og dessuten øve seg på å bli bedre «tankelesere» (Sofronoff mfl., 2005).

Attwood (2004) anbefaler, særlig overfor jenter med AS, å rollespille en person man beundrer. Diane Willey Holliday (1999) beskriver hvordan hun bedret sine sosiale ferdigheter ved å observere, imitere og rollespille kjente personer. Rollespill kan være verdifullt, særlig for barn med høytfungerende AST, og det gir mulighet for å praktisere nye sosiale ferdigheter. Barn med AST som er lite fleksible og rigide i sin atferd, vil særlig ha nytte av rollespill.

Motivasjon er en viktig faktor for barn AST – som for barn flest. Terapeuten trenger derfor å sikre seg at KAT blir praktisert på måter som opprettholder og styrker barnets motivasjon. Ulike hjelpemidler, der man i mange tilfeller kan bevege seg inn mot barnets spesielle interesser, kan fremme motivasjon for å delta i en samarbeidsprosess i KAT (Safran, Safran & Ellis, 2003). Spesielle interesser representerer sterke motiverende krefter og kan derfor være en kongevei til læring og utvikling (Winter-Messiers, 2007).

Endelig bør en annen viktig faktor nevnes, nemlig humor. Humor kan spille en viktig rolle i terapi – selv om personer med AST kan synes det er vanskelig å forstå verbale og mer abstrakte former for humor. Man bør likevel prøve seg forsiktig frem – etter hvert som man lærer personen å kjenne. Humor, sier Elisabeth Newzon (1993), kan fungere som smørølje når det gjelder å øke tankefleksibiliteten hos personer med AST.

KONKLUSJON

Nyere eksperimentelle studier har vist positive resultater av en modifisert form av KAT, tilpasset barn og ungdom med AST som også lider av angst. For å tilpasse KAT til den kognitive profilen til disse barna og ungdommene, vil bruk av ulike visuelle hjelpemidler være til god hjelp. De sosiale utfordringene hos barn og ungdom

med AST er betydelige, og det er derfor en fordel å jobbe med KAT og trening i sosiale ferdigheter parallelt. Å øke tankefleksibiliteten, refleksjonsnivå og evne til innlevelse i eget og andres sinn, er også viktige faktorer i KAT.

Foreldremedvirkning er en viktig del av behandlingen, slik at barnet og ungdommen kan få trene de nye ferdighetene i naturalistiske settinger. Et annet viktig aspekt er å utvikle mestringsstrategier og trekke veksler på de spesielle interessene som er karakteristiske for personer med AST. I sum kan dette øke selvtiliten, bedre sosial kompetanse og redusere angsten.

Referanser:

- Andersen, S. & Morris, J. (2006). Cognitive behavior therapy for people with Asperger syndrome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 293-303.
- Attwood, T. (2004). Cognitive behavior therapy for children and adults with Asperger's syndrome. *Behaviour Change*, 21(3), 147-161.
- Attwood, T. (2006). *The complete guide to Asperger's syndrome*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Attwood, T. (2009). Asperger syndrom, høytfungerende autisme og beslektede vansker. Å utforske følelser. Kognitiv atferdsterapi for sinnemestring. Stavanger: Hertevig forlag/Stifelsen psykiatrisk opplysning.
- Attwood, T. (2009). Asperger syndrom, høytfungerende autisme og beslektede vansker. Å utforske følelser. Kognitiv atferdsterapi for angstmestring. Stavanger: Hertevig forlag/Stifelsen psykiatrisk opplysning.
- Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness. An essay on autism and theory of mind*. Cambridge: The MIT Press.
- Baron-Cohen, S. (2000). Is Asperger syndrome/high-functioning autism necessarily a disability? *Development and Psychopathology* 12, 489-500.
- Baron-Cohen (2004). *Mind-reading. Emotional library. The interactive guide to emotions*. Cambridge: University of Cambridge.
- Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: Past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 194-198.
- Billstedt, E., Gillberg, I. C., & Gillberg, C. (2007). Autism in adults: Symptom patterns and early childhood predictors: Use of the DISCO in a community sample followed from childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 1102-1110.

- Bjåstad, J. F. (2011). Kan barn med og ungdom med Asperger-syndrom og høytfungerende autisme ha nytte av kognitiv atferdsterapi? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 69-74.
- Callesen, K., Møller-Nielsen, A. & Attwood, T. (2005). KAT-kassen. Kognitiv-affektiv trening. København: CAT-kit.com.
- Cardaciotto, L. & Herbert, J. D. (2004). Cognitive behavior therapy for social anxiety disorder in the context of Asperger's syndrome: A single-subject report. *Cognitive and behavior Practice*, 11, 75-81.
- Chalfant, A. M. Rapee, R. & Carroll, L. (2007). Treating anxiety disorders in children with high functioning autism spectrum disorders: A controlled trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1842-1857.
- Creswell, C. & Cartwright-Hatton, S. (2007). Family treatment of child anxiety: Outcomes, limitations and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(3), 232-252.
- Donoghue, K., Stallard, P. & Kucia, J. (2011). The clinical practice of cognitive behavioural therapy for children and young people with a diagnosis of Asperger's syndrome. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16, 89-102.
- Dubin, N. (2010). Asperger syndrom og mobbing. Strategier og løsninger. Oslo: Kommuneforlaget.
- Fitzgerald, M. (2005). The genesis of artistic creativity. Asperger's syndrome and the arts. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Gaus, V. L. (2007). Cognitive-behavior therapy for adults Asperger syndrome. New York: Guilford Press.
- Ghaziuddin, M. (2005). Mental health aspects of autism and Asperger syndrome. London. Jessica Kingsley Publishers.
- Gillberg, C. (1998). Barn, ungdom og voksne med Asperger syndrom. Normale, geniale, Nerder? Oslo: Ad Notam, Gyldendal.
- Gray, C. (1998). Social stories and comic strip conversations with students with Asperger syndrome and high-functioning autism. I E. Shopler, G. M. Mesibov & L. J. Kuncie (red.), *Asperger's Syndrome or High Functioning Autism?* (ss. 167-198). New York: Plenum Press.
- Greig, A. & MacKay, T. (2005). Asperger's syndrome and cognitive behavior therapy: New applications for educational psychologists. *Educational and Child Psychology*, 22, 4-15.
- Happé, F. (1994). *Autism - an introduction to psychological theory*. London: UCL Press.
- Hermelin, B. (2001). *Bright splinters of the mind. A personal story of research with autistic*
- Howlin, P. (1997). *Autism: Preparing for adulthood*. London: Routledge
- Kaland, N., Mortensen, E. L. & Smith, L. (2011). Social communication impairments in children and adolescents with Asperger syndrome: slow response time and the impact of prompting. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 1129-1137.
- Kaland, N., Møller-Nielsen A., Callesen, K., Mortensen, E. L., Gottlieb D. & Smith, L. (2002): A new '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., Smith, L. & Mortensen, E. L. (2007). Response times of children and adolescents with Asperger syndrome on an advanced test of theory of mind. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 197-209.
- Kendall, P. C. & Choudhury, M. S. (2003). Children and adolescents in cognitive-behavioral therapy: Some past efforts and current advances and challenges in our future. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 89-104.
- Koning, C. & Magill-Evans, J. (2001). Social and language skills in adolescent boys with Asperger syndrome. *Autism*, 5, 23-36.
- Kuusikko, S., Haapsamo, H., Jansson-Verkasalo, E., Hurtig, T., Mattila, M. L., Eberling, H., Jussila, K., Bølte, S. & Moilanen, I. (2009). Emotion recognition in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 938-945.
- McCrory, E., Henry, L. A. & Happé, F. (2007). Eye-witness memory and suggestibility in children with Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 482-489.
- Meyer, J. A., Mundy, P., Vaughan, A. H. & 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.
- Myles, B. S. & Southwick (2005). *Asperger syndrome and difficult moments. Practical solutions for tantrums, rage, and Meltdowns*. Shawnee Mission, Kansas: Autism Asperger Publishing.
- Newzon, E. (1993). Att öva upp flexibilitet och förmåga till empati hos högtfungerande barn med autism. Stockholm: Riksföreningen Autism.
- 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.
- Ozonoff, S., Dawson, G. & McPartland, J. (2002). *A parent's guide to Asperger syndrome and high-functioning autism. How to meet the challenges and help your child thrive*. New York: Guildford Press.

- Reaven, J. A. & Hepburn, S. (2003). Cognitive-behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder in a child with Asperger's syndrome: A case report. *Autism*, 7, 145-164.
- Rogers, S. & Ozonoff, S. (2005). Annotation: What do we know about sensory dysfunction in autism? A critical review of the empirical evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 1255-1268.
- Safran, S. P., Safran, J. S., & Ellis, K. (2003). Intervention ABCs for children with Asperger Syndrome. *Topics in Language Disorders*, 23, 154-165.
- Senju, A., Southgate, V., White, S., & Frith, U. (2009). Mindblind eyes: An absence of spontaneous theory of mind in Asperger syndrome. *Science*, 325, 883-885.
- Sofronoff, K., Attwood, T. & Hinton, S. (2005). A randomised controlled trial of a CBT intervention for anxiety in children with Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 1152-1160.
- Spence, S. H. (1995). *Social skills training: Enhancing social competence with children and adolescents*. Windsor: NFER.
- Sze, K. M. & Wood, J. J. (2007). Cognitive behavioural treatment of comorbid anxiety disorders and social difficulties in children with high-functional autism. A case report. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37, 133-143.
- Söderström, H., Råstam M. & Gillberg, C. (2002). Temperament and character in adults with Asperger syndrome. *Autism*, 6, 287-297.
- Tantam, D. (2009). *Can the world afford autistic spectrum disorder? Nonverbal communication, Asperger syndrome and the interbrain*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Tse, J., Strulovich, J., Tagalakakis, V., Meng, L. & Fombonne, E. (2007). Social skills training for adolescents with Asperger syndrome and high-functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 1960-1968.
- Weiss, J. A. & Lunsby, Y. (2010). Group cognitive behavior therapy for adults with Asperger syndrome and anxiety or mood disorder: A case series. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 438-446.
- White, S. W., Albano, A. M., Johnson, C. R., Casary, C., Ollendick, T., Klin, A., Oswald, D. & Scahill, L. (2010). Development of a cognitive-behavioral intervention program to treat anxiety and social deficit in teens with high-functioning autism. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13, 77-90.
- Willy, L. H. (1999). *Pretending to be normal. Living with Asperger's syndrome*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Winter-Messiers, M. A. (2007). From tarantulas to toilet brushes. Understanding the special interest areas of children and youth with Asperger syndrome. *Remedial and Special Education*, 28, 140-152.
- Wood, J. J., Drahota, A., Sze, K., van Dyke, M., Decker, K., Fujii, C., Bahng, C., Renno, P., Wei-Chin, H. & Spiker, M. (2009). Brief Report: Effect of cognitive behavior therapy on parent-reported autism symptoms in school-age children with high-functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 1608-1612.

Afasitreff på Bredtvet 12.-16. mars 2012

Bredtvet kompetansesenter inviterer personer med afasi til kurs.

Kurset er beregnet for voksne som:

- har lyst til å høre mer om hvordan andre lever med sin afasi
- har lyst til å lære mer om språk og kommunikasjon
- har lyst til å treffe andre med afasi
- har utbytte av å delta i grupper med andre afasirammede

Maks. 8 afasirammede kan delta på afasitreffet. Hver deltaker kan ha med seg maks. én pårørende. For deltakere som ikke er selvhjulpne, må en pårørende (eller en annen hjelpeperson) være med under hele afasitreffet. De pårørende vil eventuelt få tilbud om å delta i ulike samtalegrupper.

Kurs og opphold er gratis Påmelding innen 13. februar 2012. NB! Påmelding bør skje via logoped. Deltakerne kan på forhånd søke NAV på hjemstedet om dekning av reiseutgifter. Alternativt dekker deltakerne dette selv.

Påmelding pr. e-post: ingvild.roste@statped.no. Pr. post: Bredtvet kompetansesenter, Statlig spesialpedagogisk støttesystem, Postboks 13 Kalbakken, 0901 Oslo

Spørsmål? Spør etter afasiteamet på telefon 22 90 28 00. **Vel møtt!**



Nobelpris i litteratur til Tomas Tranströmer

Den svenske lyrikeren Tomas G. Tranströmer ble 6. oktober 2011 tildelt årets Nobelpris i litteratur. Tranströmer beskrives som en av de fremste lyriker i sin generasjon og er oversatt til mer enn femti språk (www.DN.se, 6.10.2011). Det som gjør pristildelingen spesielt sett med en logopeds øyene, er at Tranströmer har afasi og høyresidige lammelser som følge av en hjerneblødning i 1990. Til tross for dette har han utgitt flere diktsamlinger i etterkant.

Tranströmer, som fylte 80 år i år, er utdannet psykolog og arbeidet blant annet med ungdommer i fengsel. Han har i tillegg studert historie, religion og litteratur.

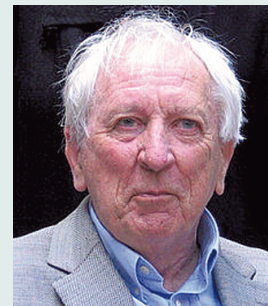
Tranströmer debuterte med boken «17 dikter» 1954. Hans forfatterskap omfatter en 20-talls diktsamlinger. Tranströmers lyrikk beskrives som «vardaglig med en med drag av mystik och naturlyrik» (www.DN.se, 6.10.2011) med hyppig bruk av metaforer. Tranströmer fikk Nordisk Råds litteraturpris for diktsamlingen «För levande och döda» i 1990. Hans poesi frem til 1990 var kjennetegnet av de lange diktene, mens afasien synes å ha vært en av faktorene som har ført til endring av stilen hans til det kortere haikuformatet de siste årene. På norsk har Tranströmers dikt ble oversatt av Jan Erik Vold.

Tranströmers såkalte andre debut etter slagtilfellet kom i 1996 med boken «Sorgegondolen». Tittelen er hentet fra Franz Listz' pianostykke komponert ved svigersønnen Richard Wagners sykeleie (www.wikipedia.no). Tranströmer er også en anerkjent pianist og hans interesse for musikk reflekteres på mange områder og i hans verk. Det nevnes for eksempel at musikken framtrer som et alternativt språk når talespråket svikter i «Sorgegondolen» (www.wikipedia.no). I hans foreløpig siste diktsamling «Den stora gåtan» (2004) fremtrer dødsmotivet i en økende grad.

Tranströmers arbeid og innflytelsen av afasien er vakkert omtalt og analysert i en artikkel for den svenske legetidsskriften av overlege innen rehabilitering, Anders Ludin (Ludin, 2004) og begynner med ordene «I år borde Tomas Tranströmer få Nobelpriset i litteratur.»

(Ludin, 2004, side 2838). Det måtte gå noen år før ønsket om denne anerkjennelsen endelig ble oppfylt. Den høytidelige prisoverrekkelsen finner sted 10. desember 2011 i Stockholm.

Artikkelen i Aftenposten (6.10.2011) i forbindelse med prisutdeling siterer noen av Tranströmers mest kjente ord og kan være til inspirasjon for alle og en hver.



*Skäms inte för att
du är människa, var stolt!
Inne i dig öppnar sig valv
bakom valv oändligt.
Du blir aldrig färdig,
och det är som det skall.*

Kilder:

Ludin, A. (2004). Afasin och döden – två motiv i Tomas Tranströmers diktning. *Läkartidningen*, 37 (101), 2838-9.

http://www.afasi.no/aktuelt/nyheter/nyhetsarkiv_2011/nobelpris_til_transtroemer ved Line Haaland-Johansen.

<http://www.dn.se/kultur-noje/nobelpriset-i-litteratur-2011>

http://no.wikipedia.org/wiki/Tomas_Tranströmer

<http://www.aftenposten.no/kultur/article4247077.ece>

Språk- og kommunikasjonsvansker og andre medfødte vansker hos barn og unge med Velocardiofacialt Syndrom

En pilotstudie

Velocardiofacialt syndrom (VCFS) er et av de vanligste syndromer hos mennesket, men er ennå lite kjent i Norge. Denne pilotstudien tar sikte på å sette søkelys på språk- og kommunikasjonsvansker hos barn og unge med VCFS. Forskning om sjeldne kroniske sykdomstilstander er viktig for å vekke oppmerksomhet om de utfordringene som må tas i betraktning når hjelp fra flere faggrupper skal organiseres.



Inger-Lise Sæther

Dr. scient. Forsker,
Regionsenter for barn og
unges psykiske helse,
Helseregion Sør-Øst.

E-post:

inger-lise.saether@r-bup.no

BAKGRUNN

Velocardiofacialt syndrom er et av de vanligste syndromer hos mennesket og det vanligste i sammenheng med ganespalte og medfødte hjertefeil (McDonald-McGinn & Sullivan, 2011; Green, Gothelf & Eliez 2009; Shprintzen, 2008; Swillen, Feyes, Adriaens, et al., 2005). Nyere studier viser fortsatt usikkerhet når det gjelder forekomst, men stadig flere antyder at det gjelder 1:2000-1:4000 levende fødte (McDonald-McGinn & Sullivan, 2011; Shprintzen, 2008, Green et al., 2009). McDonald-McGinn & Sullivan (2011) antyder også at tallet kan være økende fordi flere som er rammet, selv får barn. Syndromet skyldes en skade på den lengste armen(q) på kromosom 22. Det er stor variasjon i vanskegrad og vansketype. Hyppigst er hjertefeil, nedsatt muskulær- og nevrologisk funksjon i svelg, skjult/åpen ganespalte, karakteristiske ansiktstrekk, lærevansker, kognitive vansker, motoriske vansker og sosiale vansker (McDonald-McGinn & Sullivan, 2011; Shprintzen, 2008; Swillen, et al., 2005). Den store variasjonen i typiske sykdomsfaktorer kan kanskje bidra til å forklare den store variasjon i oppgitt forekomst. Uten diagnosen kan det være vanskelig for foreldre å få tilfredsstillende hjelp og en ordentlig forklaring på hvorfor barnet har så mange og alvorlige vansker. Hjelpetjenestene kan være

fragmenterte og ikke tilpasset det enkelte barns spesifikke behov, noe som legger ekstra byrder på foreldre når det gjelder å finne frem til adekvat hjelp.

Ulike benevelser

Det har vært brukt ulike benevelser på syndromet. 'Di George syndrom' har tidligere vært mest benyttet i Norge. I internasjonal fagpresse er 'Velocardiofacialt syndrom' (VCFS) ofte brukt. Blant fagfolk benyttes i økende grad den genetiske betegnelsen '22q11.2 Delesjon syndrom' (DS) som viser direkte til kromosomfeilen. I 2009 besluttet Helsedirektoratet at Velocardiofacialt syndrom (VCFS) skal være den foretrukne betegnelsen i Norge. Denne betegnelsen vil også benyttes i denne artikkelen.

UTVIKLINGSRELATERTE VANSKER

Det er vel dokumentert at barn med VCFS ofte er forsinket i sin utvikling, og forsinket tale og språk vekker ofte bekymring når barnet forventes å begynne å snakke (Swillen, Devriendt, Legius et al., 1999; Sherer, D'Antonio, Kalbfleisch et al., 1999; Solot et al., 2000, Golding-Kushner, 2007, 2005; Roizen, Antshel, Fremont, et al., 2007). Mange barn med VCFS er nesten non-verbale de første 30 månedene (Sherer et al., 1999;

D'Antonio et al., 2001), men mange kan ha en påfallende rask utvikling i løpet av 3-4 års alderen (Shprintzen, 2005; Solot, Gerdes, Krishner, et al. 2001). De første setningene kommer gjerne ikke før 3-6 års alder (Eliez, 2007). En studie av ferdighetene hos fem 8-åringer når det gjaldt å gjenfortelle en historie, fonologi, syntaks og reseptivt vokabular, viste at barna hadde vansker på alle de undersøkte områdene (Persson, Lohmander & Soderpalm, 2003). 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 VCFS. Persson et al. (op.cit.) understreker videre at dette innbærer at barna trenger språk- og taleoppfølging, ikke bare i førskolealder, men gjennom hele oppveksten. Hos de minste barna synes reseptivt språk å være det relativt sterkeste området. Solot, Gerdes, Krishner et al. (2001) fant at barn yngre enn seks år oppnådde høyest skårer på de reseptive språkprøvene, mens barn fra seks år og oppover oppnådde de høyeste skårene på de ekspressive prøvene. Roizen et al. (2007) understreker likevel at selv små forsinkelser når det gjelder språkforståelse må tas alvorlig hos disse barna. Når barna nærmer seg skolestart tyder studier på at barna har sin styrke på det ekspressive språkområdet. Også Glasser, Mumme, Blasey et al. (2002) og Moss, Batshaw, & Wang (1999) fant at barna i skolealder skåret høyest på de ekspressive språkprøvene.

Barn med språkvansker kan også ha kommunikasjonsvansker som ikke så lett lar seg avdekke ved en språktest der kommunikasjonssituasjonen er strukturert en til en. Flere studier tyder på at autismespektervansker forekommer hos en stor del av barna. Niklasson, Rasmussen & Oskarsdottir et al. (2009) undersøkte en gruppe på 100 barn, og fant at mer enn 40 % av barna tilfredstilte autismespekterkriterier. Lignende funn er gjort i flere studier (Kates, Antshel, Fremont et al. 2007; Niklasson et al., 2001).

Før treårsalder har mange av barna større somatiske plager som krever sykehusinnleggelser. Det kan blant annet være knyttet til hjertefeil og immunforsvarssykdommer, spisevansker og forstoppelse og øreproblemer. Allerede fra førskolealder rapporterer foreldre og lærere

ofte om svake sosiale ferdigheter og sosial tilbaketrekking, problemer i forhold til jevnaldrende og oppmerksomhetsvansker (Swillen, Devriendt, Legius et al., 1999; Lima, Følling, Eiklid et al., 2010).

KOGNITIVE FERDIGHETER

Flere studier har vist at syndromet er forbundet med milde til moderate kognitive vansker (Antshel et al., 2008, Green et al., 2009). Fullskala intelligenskvotient (FSIQ) kan også synes å være negativt korrelert med alder. Moss et al. (1999) rapporterte at gjennomsnittlig FSIQ var 71 i deres utvalg på 33 barn og voksne, og 17 (52%) av personene i utvalget hadde lærevansker. En studie av Green et al. (2009) fant at gjennomsnittlig FSIQ var 76.4 (+/- 14.3) hos barn under 12 år. Både verbal intelligenskvotient (VIQ) og utføringsintelligenskvotient (PIQ) var negativt korrelert med alder. En spesiell nevropsykologisk profil har også vært beskrevet, der VIQ synes å være signifikant bedre enn PIQ (Niklasson et al., 2005; Woodin, Wang, Aleman, & al., 2001; Moss et al., 1999; Swillen, Devriendt, & Gewillig et al., 1997), en profil som er karakteristisk for nonverbale lærevansker (NLD). For barn med slike vansker er ettordslesing og -staving lettere enn å lese sammenhengende meninger og oppfatte innholdet i det leste. Nonverbale eller ikke-språklige lærevansker er ofte usynlige, og kan være vanskelig for omgivelsene å fange opp og forstå. Generelt kan man si at det meste som er språklig, automatisert, enkelt og kjent fungerer bra; og det meste som er ikke-språklig, som krever nyttilpasning eller problemløsning - alt som er sammensatt og nytt - fungerer dårlig. Disse barna har problemer med å forstå kroppsspråk og sosiale koder, oppfatning av synsinntrykk, retning og berøring kan være nedsatt. Det samme er kroppsbeherskelse og evne til raskt å oppfatte nye situasjoner. (Rourke et al., 2002, Urnes & Eckhoff, 2009).

Målet med denne pilotstudien er å belyse språk- og kommunikasjonsvansker og medfødte somatiske vansker hos barn og unge med VCFS. Selv om denne studien bygger på et lite utvalg, er det viktig å sette søkelyset på de utfordringene som disse barna har. Nyere studier har vist at omgivelsesfaktorer kan moderere den negative utviklingen av et genetisk syndrom (Gillberg, 2010; Moffit, Caspi, Rutter, et al. 2006), noe som ytterligere understreker betydningen av slik kunnskap.

METODE

Deltakere

17 barn i alderen 6-17 år ble rekruttert fra Di George foreningen og fra Bredtvet Kompetansesenter. Foreldre ble kontaktet fra foreningen og fra institusjonen. Brev med prosjektbeskrivelse og invitasjon med vedlagt frankert svarkonvolutt ble sendt til adresser som var anonymt for forskeren. 17 besvarte henvendelsen. Tre av barna avsto senere å delta. Totalt 14 barn deltok i studien (se tabell 1 for aldersfordeling). Alle hadde fått diagnosen 22q11.2 delesjon syndrom bekreftet gjennom en gentest.

Tabell 1 Fordeling på alder og kjønn i utvalget									
Alder	7 år	9 år	11 år	12 år	13 år	14 år	16 år	17 år	Alle
Gutter	1	1	1		1	1		1	6
Jenter	1	1	2	1			2	1	8
Alle	2	2	3	1	1	1	2	2	14

Dette er et lite utvalg, og den totale populasjonen er ukjent. Det kan derfor ikke gjøres hypoteseprøvende statistikk for å trekke slutninger om karakteristiske trekk hos populasjonen. Denne pilotstudien vil derfor gi en beskrivelse av karakteristiske trekk slik de fremkommer i dette aktuelle utvalget.

Noen av vanskene hos barna i utvalget

For å gi et inntrykk av denne komplekse tilstanden gis en oversikt over noen vansker som er rapportert av foreldre

til barna denne gruppen. Tabell 2 viser somatiske anomalier og noen av de spesialpedagogiske og psykososiale helsetjenestene som barna har mottatt. Barna var blitt diagnostisert i alderen 5-7½ år. Fire barn hadde medfødt hjertefeil som var operert. Et av barna hadde ganespalte, seks hadde utilstrekkelig muskelfunksjon i ganesel og svelg eller skjult ganespalte. Alle barna hadde gjennomgått taleforbedrende operasjon. Et barn hadde klumpfot, tre hadde skoliose. Tre av barna hadde medfødt immunforsvarssvekkelse. Et barn var medisinerert for allergi, en hadde hatt tilbakevendende lungebetennelser. I et tilfelle rapporterte mor om tymus aplasi (det vil si at tymus var etablert utenfor vanlig område). Tymus er en kjertel som produserer T-celler som har avgjørende betydning for immunforsvaret. Likevel hadde barnet hatt færre infeksjonene enn hun hadde ventet. Et barn manglet et nyre og frem til nå hadde dette vært problemfritt. Fem av barna led av hyppige urinveisinfeksjoner.

Fem av barna var hyppig plaget med otitis media (mellomørebetennelse). Fire hadde nedsatt hørsel, et barn brukte høreapparat på ett øre.

Kartlegging

Kartleggingsverktøy som ble benyttet var

- Clinical Evaluation of Language Fundamentals, CELF-3 (Semel, Wiig & Secord, 1995).

CELF-3 er en språktest som tar sikte på å gi en dypere

Tabell 2 Oversikt over noen variasjoner av vansker i utvalget, opplysninger fra mor.													
		Kasus 1, F 8 år	Kasus 2, M 10 år	Kasus 3, F 10 år	Kasus 4, F 16 år	Kasus 5, M 14 år	Kasus 6, F 10 år	Kasus 7, M 9 år	Kasus 8, F 17 år	Kasus 9, F 17 år	Kasus 10, M 10 år	Kasus 11, F 10 år	Kasus 12, F 9 år
Alder for diagnose		½ år	6 ½ år	5 år	15 år	7 år	5 år	1 år	14 år	4 år	5 år	3 ½ år	6 år
Hjelpetiltak	Somatiske for hold/behandling	Hjertekirurgi, 3 måneder, Spisevansker, Immunsvekkelse, ØNH-problemer, ØNH-urineis-problemer	Spisevansker, Faryngoplastikk, 61/2år, Urineisvansker, Sovnvansker (Melatonin)	Spisevansker, Faryngoplastikk, 5 år, Sovnvansker (Melatonin), Epilepsi	Spisevansker, Faryngoplastikk, Allergi, medisiner, 15 år, diagnose ADHD, (Concerta)	Spisevansker, Skjult ganespalte, Faryngoplastikk, 7 år, Klumpfot, Epilepsi, Nedsatt hørsel	Spisevansker, Hjertekirurgi, to år, Hernia, kirurgi, 3 år, Immunforsvarsproblemer, Adenektom, 4 år, Skjult ganespalte, Faryngoplastikk, 5 år, ADHD 10 år (Ritalin)	Spisevansker, Ganespalte, kirurgi, 1 år, Hjertefeil, Sovnvansker (Melatonin), ADHD, 9 år	Spisevansker, Skjult ganespalte, Faryngoplastikk, 5 år, Scoliose, 9 år	Spisevansker, Ganespalte, operert, 12 måneder, Faryngoplastikk, 4 år, Hjertefeil, Scoliose, 10 år, Immunsvekkelse	Spisevansker, Skjult ganespalte, Faryngoplastikk, 5-6 år, Immunsvekkelse, Nedsatt hørsel, lateralt	Spisevansker, Faryngoplastikk, 6 år, Defekt tannemalje, Nedsatt hørsel, bilateralt	Spisevansker, Faryngoplastikk, 6 år, Defekt tannemalje, Nedsatt hørsel, bilateralt
	Andre hjelpetjenester	PPT, 2 ½ halvår, Assistent i barnehage, ØNH-vansker	Logopedi, ØNH-vansker	PPT, Assistent i barnehage	PPT, Spesialpedagogiske tiltak i skolen	Habiliteringstjenester fra 3 år, Spesialpedagogiske tiltak i skolen	PPT, Spesialpedagogiske tiltak, BUP: Depresjon, konsultasjon, ingen oppfølging	Fysioterapi, ½ år, Spesialpedagogiske tiltak, Tegn til tale, 2 år, Individuell plan	BUP, forskole, habiliteringstjenester, PPT - Go between, Ingen stabil kontakt	Førskole: assistent, Språk Sosial støtte, BUP: (anti-depressiva, 12-13 år, Psykologisk konsultasjon.	Logopedi, 2 ½ år.	Venteliste BUP	PPT, Logoped, forskole og skole

forståelse av sosiale kommunikasjonsvansker hos barn i skolealder. Den kartlegger bredt reseptive og ekspressive ferdigheter, inkludert barnets evne til å forstå talte ord og setninger, følge instruksjoner, gjenkalle og formulere setninger og forstå forholdet mellom ord og kategorier. Ferdigheter på disse områdene sier noe om barnets evne til å lytte og bruke språket og snakke i hverdagen.

- *Children Communication Checklist, 2. (CCC-2). Research version (Bishop, 2003). Norsk versjon (Lillian Møllerhaug).* CCC-2 er en sjekkliste som tar sikte på å identifisere barn med pragmatiske språkvansker, og barn som bør utredes videre med henblikk på autismespektervansker. Slike vansker viser seg i kontekst og er mindre åpenbare i en strukturert kontekst og ved kliniske prøver (Bishop, 2003).

Alle data ble analysert ved hjelp av Statistical Package for Social Sciences, SPSS, ved hjelp av deskriptive analyser og bivariate korrelasjonsanalyser. Fordi utvalget er lite, er Spearman's rho benyttet for korrelasjonsmål.

Etikk

Studien er godkjent av Den nasjonale komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk og Personvernombudet for forskning i tråd med Personopplysningsloven av 2000.

RESULTATER

Clinical Evaluation of Language Fundamentals, CELF-3

14 barn ble undersøkt. I to tilfeller ble barna undersøkt på forskerens arbeidsplass. Imidlertid førte de ukjente omgivelsene til at barna ble så distraheret og ukonsentrerte at testene måtte kanselleres. De påfølgende testene ble gjort lokalt, i hjemmet eller på skolen, og ble vellykket gjennomført. Det er likevel viktig å merke seg at barn med konsentrasjonsvansker kan ha vanskelig for å yte sitt beste gjennom en hel test. Tabell 3 viser hvordan barna skåret på de ulike deltestene på CELF-3.

Tabell 3 Fordeling av skårer på CELF-3					
	N	Minimum	Maksimum	Mean	Standard avvik.
Setningsstruktur	2	5	8	6,50	2,121
Begreper instruksjoner	12	3	9	4,92	2,314
Ordklasse	12	3	9	4,08	1,832

Semantiske relasjoner	10	3	8	4,00	1,563
Ordstruktur	2	5	7	6,00	1,414
Reseptivt språk	12	50	82	60,50	13,331
Setnings-Sammen-setning	10	3	11	6,90	3,479
Setnings-formulering	12	3	8	4,50	1,679
Setnings-hukommelse	12	3	9	4,83	2,329
Ekspressivt språk	12	50	92	68,42	14,113
Totalspråk	12	50	81	63,50	12,303
Valid N (listwise)	0				

Variasjonen spenner fra normal skåre til skårer mer enn to standardavvik under nedre grense for det normal skåre. Syv barn skåret 50 (nedre grense for testen). Et av barna skåret innen 1 standardavvik under gjennomsnittet som er en normalskåre. Tre barn skåret innen 2 standardavvik under gjennomsnitt. Resultatene i tabell 3 indikerer en styrke på det ekspressive området.

Tidligere studier indikerer en negativ korrelasjon mellom alder og reseptivt og ekspressivt språk (Moss, et al., 1999; Persson et al., 2003). Også denne studien antyder samme tendens.

Tabell 4 viser negativ korrelasjon mellom alder og språkferdigheter. Den negative korrelasjonen mellom alder og reseptivt språk er signifikant.

Tabell 4 Korrelasjon av alder og språkferdigheter					
			Reseptivt språk	Ekspressivt språk	Totalt språk
Spearman's rho	Alder	Korrelations koeffisient	-,730(**)	-,268	-,528
		Sig. (2-tailed)	,007	,399	,077
		N	12	12	12
** The correlation is significant at the 0,01 level (two-tailed)					

Children Communication Checklist, CCC-2

114 foreldre fylte ut listen. Det er viktig å minne om at dette er en sjekkliste som er basert på foreldres oppfatning. Den kan likevel gi nyttig informasjon og være et

utgangspunkt for videre undersøkelser. CCC-2 består av 70 elementer som beskriver «styrker» og «svakheter» ved kommunikasjonen. De enkelte elementene er delt i en skala på 10. For hver skala er det fem elementer som beskriver styrker og fem som beskriver svakheter.

Tabell 5 viser skalaene CCC-2 er sammensatt av.

De første fire skalaene undersøker aspekter ved språkstrukturen, vokabular og samtaleferdigheter (diskurs). De neste fire skalaene dekker pragmatiske aspekter ved kommunikasjonen som ikke så lett lar seg avdekke ved konvensjonelle språktester, men som kan være vanskelig for barn med strukturelle språkvansker. De siste to skalaene undersøker atferd som ofte er avvikende for barn med autistisk spekter. Pragmatiske vansker er et hovedtrekk ved autistisk spekter.

Tabell 5 Skalaer i CCC-2	
A.	Syntaks
B.	Semantik
C.	Sammenheng
D.	Upassende initiativ
E.	Stereotyp språk
F.	Bruk av kontekst
G.	Non-verbal kommunikasjon
H.	Sosiale relasjoner
I.	Interesser
J.	Tale

Skalaen danner grunnlag for sammensatte skårer:

1) Generell kommunikasjonsskåre (The General Communication Composite score (GCC)) basert på summen av skalerte skårverdier for skalaene A til H.

2) Sosialt avvikende interaksjon (The Social Interaction Deviant Composite (SIDC)) som kommer frem ved å summere skalaene E, H, I og J, som antyder pragmatiske vansker, og trekke fra skalaene A, B, C og D, som ikke er så pragmatisk ladet. Denne sammensatte skåren kan gi en negativ verdi, noe som gir en kvalitativ informasjon om avviksmønsteret. Denne sammensatte skåren er til hjelp for å identifisere barn med en kommunikasjonsprofil som er karakteristisk for autistisk spekter. Tabell 6 viser stor variasjonen i ferdigheter målt med CCC-2. I denne sammenheng er median valgt som sentralt mål på grunn av lavt antall i utvalget (N). Medianskårene viser at flertallet i dette utvalget har store vansker på alle delområdene i CCC-2. De høyeste skårene oppnås på delområdene «syntaks», der barna her en relativ styrke. «Stereotyp språk» ser ut til å være et vanskeområde som merker seg ut. På problemområder viser høyere skårer større vanskegrad. Resultatet viser behov for ytterligere kartlegging av språk- og kommunikasjonsferdigheter.

Tabell 7 viser stor variasjon i generell kommunikasjonskompetansen (GCC) hos barna i dette utvalget. 4 av sjekklistene var ikke korrekt utfylt, og ble derfor ikke regnet med i GCC-skåren. Høyeste skåre var 80, som er innen normalområdet. Flertallet av barna har en skåre som representerer de nederste 5 % av utvalget, og har behov for hjelp for sine kommunikasjonsvansker. De fleste barn med autistisk spekter oppnår en GCC-skåre under 55 (Bishop, 2003). En validering av GCC, tyder på at 10. persentil i det norske utvalget er 60, ikke 54, som Bishop anbefaler som GCC-skår cut-off (som referert i Hollund-Møllerhaug, 2010). Resultatene viser at dersom CCC-2 brukes til screening av norske barn i klinisk sammenheng, bør GCC-skår cut-off settes

Tabell 6 Variasjon i ferdigheter på delprøvene på CCC-2. Resultatene oppgis i persentiler

		Alder	Tale	Syntaks	Semantik	Sammenheng	Upassende initiativ	Stereotyp språkbruk	Kontekst	Nonverbal	Sosiale relasjoner	Interesser	Generell kommunikasjon kompetanse	Sosial interaksjons avvik	Konsistens kontroll
N	Valid	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	13
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Median		11,1	6	6	4	6	5	10	1	5	2	5	2	-2	1
St. avvik.		3,8	14,4	31	15,14	16,13	12,3	27,1	15,3	15,5	14,7	16,5	13,7	4,1	,43
Min		6,8	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-6	0
Max		17,0	45	95	57	59	36	88	56	54	52	50	47	9	1

ved 60, tilsvarende 15. persentil. Sosialt avvikende interaksjon skåre (SIDC) blir vanligvis tolket hvis barnet har en GCC under 55 (nedre grense av normalområdet). En GCC skåre under 55 og en SIDC skåre under 0 er typisk for barn med pragmatiske vansker, autismespektervansker (ASD) eller Asperger's syndrom (Bishop, 2003). Sju av barna i dette utvalget har skårer som fortjener ytterligere undersøkelser med henblikk på ASD.

Tabell 7 Variasjonen i generell kommunikasjonskompetanse (GCC) i dette utvalget

		Frekvens	Prosent	Valid Prosent	Kumulative Prosent
Valid	22	1	10,0	10,0	10,0
	25	1	10,0	10,0	20,0
	27	1	10,0	10,0	30,0
	30	1	10,0	10,0	40,0
	35	2	20,0	20,0	60,0
	39	1	10,0	10,0	70,0
	42	1	10,0	10,0	80,0
	70	1	10,0	10,0	90,0
	80	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

DISKUSJON

I samsvar med tidligere studier, antyder pilotstudien at barn med VCFS har språk- og kommunikasjonsvansker som varierer fra det normale til sterkt hjelpetrengende. Studien peker i retning av at de største vanskene er innen det ekspressive språkområdet, noe som også andre studier har funnet hos barn fra seks år og oppover (Solot et al., 2001; Glasser et al., 2002; Moss et al., 1999, Persson et al., 2003, Roizden et al., 2007).

Bishop (1997) hevder at foreldre og lærere er mer tilbøyelige til å merke seg ekspressive språkvansker hos barna, men er mindre sensitive for språkvansker som influerer barnets evne til å forstå språk, vokabular og hukommelse. Dette understreker betydningen av grundig kartlegging og oppmerksomhet, både i forhold til undervisning og opplæring og i hverdagen. Det er også verdt å merke seg at det ser ut til å være en negativ sammenheng mellom alder og språkferdigheter, noe som også er bekreftet i tidligere studier (Moss, et al., 1999; Persson, 2003, Green et al., 2009). I denne studien hadde de fleste barna generell kommunikasjonskompe-



Barn med VCFS, gjengitt med tillatelse fra MaxAppeal.uk.

tanse og en sosial samhandlingskompetanse som kan være et hinder for dagliglivets utfoldelse. Mange av barna hadde også en kommunikasjonsskåre som fortjener ytterligere kartlegging med henblikk på autismespektervansker (ASD).

De fleste barna hadde fått diagnosen VCFS i en alder da oppmerksomheten ble rettet mot språk- og talevansker. De barna som hadde hjertefeil var ofte blitt operert i løpet av det første leveår og hadde da blitt diagnostisert.

Dette er en pilotstudie. Deltakerne er rekruttert hovedsakelig fra foreldreorganisasjonen for Di George, og utvalget kan ikke sies å være representativt. Av praktiske grunner er ikke kognitiv testing gjennomført, noe som kunne vært ønskelig. Likevel illustrerer dette lille utvalget kompleksiteten ved tilstanden, i tråd med tidligere studier.

Et mål med studien har vært å rette oppmerksomheten mot noen utfordringer som må tas i betraktning når flerfaglig hjelp skal organiseres for disse barna.

KONKLUSJON

Denne pilotstudien har vært konsentrert om språk og kommunikasjonsvansker hos barn og unge med velocardiofacialt syndrom. Nyere kunnskap om hvordan forhold i omgivelsene kan moderere negativ utvikling av genetiske syndromer understreker betydningen av tidlig innsats fra flere faggrupper. Det er viktig å gi foreldre forklaring og hjelp til å forstå hvorfor deres barn har så store vansker. Likevel må man ta hensyn til

den store variasjonen i vansker og symptomer som disse barna har, noe som innebærer at hjelpen må ta utgangspunkt i det enkelte barnet og utvikles i en samarbeidsprosess med foreldre. Med henvisning til Roizen et al. (2007) bør også små forsinkelser i språkutviklingen hos disse barna tas alvorlig. Det innebærer at den flerfaglige hjelpen må være «skreddersydd» til den enkelte (Halberg

et al., 2010). Barna trenger også spesielt tilrettelagt tale- og språkopplæring, ikke bare i førskolealder, men gjennom hele skoletiden. En individuell rett til koordinert og langtidrettet helse- og sosialhjelp for barn og voksne, en individuell plan (IP), ble i 2005 en lovfestet rett i Norge. En godt koordinert IP kan være til stor hjelp for barnet og familien.

Referanser:

- D'Antonio, L.L., Scherer, N.J., Miller, L.L., Kalbfleisch, J.H., Bartley, J.A. (2001). Analysis of speech characteristics in children with velocardiofacial syndrome (VCFS) and children with phenotypic overlap without VCFS. *Cleft Palate Craniofac Journal*, 38 (5); 455-67.
- Antshel, K.M., Fremont, W., & Kates, W. (2008). The Neurocognitive Phenotype in Velo-Cardio-Facial Syndrome: A Developmental Perspective. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 14, 43-51.
- Bishop, D. V. M. (2003). *The Children's Communication Checklist Second Edition (CCC-2)*. London: The Psychological Corporation. Norsk versjon (Lillian Møllerhaug).
- Eliez, S. (2007). Autism in Children with 22q11.2 Deletion Syndrome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychology*, 46(4), 433-434.
- Gillberg, C. (2010). The ESSENCE in child psychiatry: Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examination. *Research in Developmental Disabilities*. Doi:101016/j.ridd.2010.05.002.
- Glasser, B., Mumme, D., Blasey, C. et al. (2002). Language skills in children with velocardiofacial syndrome (deletion 22q11.2). *American Journal of Medical Genetics*, 53, 303-304.
- 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*. I: Murphy, K.C. & Scambler, P.J. (2005). *Velo-Cardio-Facial Syndrome. A Model for Understanding Microdeletion Disorders*. Cambridge. University Press.
- Green, T.M., Gothelf, D. & Eliez, S. (2009). Psychiatric Disorders and Intellectual Functioning Throughout Development in Velocardiofacial (22q11.2 Deletion) Syndrome. *American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48 (11), 1060-1068.
- Halberg, U., Oskarsdottir, S., Klingberg, G. (2010). 22q11 deletion syndrome- the meaning of diagnosis. A qualitative study on parental perspectives. *Child: Care, Health and Development*, 36 (5), 719-725.
- Hollund-Møllerhaug, L. (2010) Forekomst av språkvansker hos norske barn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47 (7), 608-610.
- Kates W.R., Antshel, K.M., Fremont, W.P., Shprintzen, R.J., Strunge, L.A., Burnettem C.P., Higgins, A.M. (2007). Comparing Phenotypes in Patients with Idiopathic Autism to Patients with Velocardiofacial Syndrome (22q11.2DS) With and Without Autism. *American Journal of Medical Genetics*, 15 (143A/22), 2642-50.
- Lima, K., Følling, I., Eiklid, K.L., Natvig, S. et al. (2010). Age-dependent clinical problems in a Norwegian national survey of patients with the 22q11.2 deletion syndrome. *European Journal of Pediatrics*. [Epub ahead of print, 2010 Feb 26].
- McDonald-McGinn, D.M. & Sullivan, K.E. (2011). *Chromosome 22q11.2 Deletion Syndrome (DiGeorge Syndrome/ Velocardio-facial Syndrome)*. Medicine, 90 (1), 1-18.
- Moffit, T.E., Caspi, A. & Rutter, M. (2006). *Measured Gene-Environment Interactions in Psychopathology. Concepts Research Strategies and Implications for Research, Intervention, and Public Understanding of Genetics. Perspectives on Psychological Science*, 1, 5-27.
- Moss, E.M., Batshaw, & Wang, P.P. (1999). Psychoeducational profile of the 22q11.2 microdeletion; a complex pattern. *Journal of Pediatrics*, 134, 193-8.
- Niklasson, L., Rasmussen, P., Oskarsdottir, S. et al. (2009). Autism, ADHD, mental retardation and behavior problems in 100 individuals with 22q11 deletion syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 763-773.
- Persson, C., Lohmander, A., & Soderpalm, E. (2003). A prospective cross-sectional study of speech in patients with the 22q11 deletion syndrome. *Journal of Communication Disorders*, 36 (1), 13-47.
- Roizen, N.J., Antshel, K.M., Fremont, W., et al. (2007). 22q11.2 Deletion Syndrome: developmental milestones in infants and toddlers. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 28, 119-24.
- Rourke, B.P., Ahmad, S.A., Collins, D.W., Hayman-Abello, S.E., Warriner, E.M. (2002). Child clinical/pediatric neuropsychology: Some recent advances. *Annual Review of Psychology*, 53, 309-339.
- Semel, E., Wiig, E., Secord, W., A. (2001). *Clinical Evaluation of Language Fundamentals 3 (CELF 3)*. The Psychological Corporation (Publisher).
- Sherer, N., D'Antonio, L., Kalbfleisch, J. et al. (1999). Early speech and language development in children with velocardiofacial syndrome. *American Journal of Medical Genetics*, 88, 714-723.
- Shprintzen, R.J. (2008). *Velo-Cardio-Facial Syndrome: 30 Years of Study*. *Developmental Disability Research Review*, 14: 3-10.
- Shprintzen, R.J. (2005): *Historical overview*. I: Murphy, K.C. & Scambler, P.J. (Red.): *Velo-Cardio-Facial Syndrome. A Model for Understanding Micro deletion Disorders*. Cambridge University Press.
- 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., Feyes, H., Adriaens, T., et al. (2005). Early motor development in young children with 22q.11 deletion syndrome and a conotruncal heart defect. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47 (12), 797-802.
- Swillen, A., Devriendt, K., Ghesquière, P et al.. (2001): Children with a del.22q11 versus children with speech and language impairment + learning disability: Behaviour during primary school age (6-11 years). *Genetic Counseling* 12: 309-317.
- Swillen, A., Devriendt, K., Legius, E., et al. (1999). The Behaviour Phenotype in Velo-Cardio-Facial Syndrome (VCFS): From Infancy to Adolescence. *Genetic Counseling*, 10 (1), 79-78.
- Swillen, A., Devriendt, K., & Gewillig, M. (1997). Intelligence and psychosocial adjustment in velocardiofacial syndrome. A study of 37 children and adolescents with 22q11.2 deletion syndrome. *Journal of Medical Genetics*, 34, 453-458.
- Urnes, A. & Eckhoff, G.(2009). *Nonverbale lærevansker*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Woodin, M., Wang, P.P., Aleman, D., McDonald-McGinn, D., Zakai, E., Moss, E. (2001). Neuropsychological profile of children and adolescents with the 22q11.2.deletion micro deletion. *Genetic Medicine*, 3, 34-39.

HUSK!

Logopediens dag

6. 3.2012

Talefyt «Communication is more»



ETTERUTDANNINGSKURS OG LANDSMØTE 2012

Logopediske tiltak i teori og praksis

14.–17.juni 2012

QUALITY HOTEL, FREDRIKSTAD

Torsdag 14. juni 2012	
Kl. 0930–1030	Registrering
Kl. 1030–1130	Åpning av kurset v/ Østfold Logopedlag og leder av fagutvalget Anne-Lise Rygvold
Kl. 1130–1215	Journalist Per Egil Hegge <i>Men tysken var lagret et annet sted i hjernen</i>
Kl. 1230–1330	Lunsj
Kl. 1330–1500	Professor Charles Hulme , London University College <i>Interventions for Children's Language and Reading Difficulties: uniting theory with practice?</i>
Kl. 1500–1530	Kaffe
Kl. 1530–1700	Professor Ruth Herberth , The University of Sheffield <i>Anomia therapy at single word level and beyond</i>

Fredag 15. juni 2012	
Kl. 0900–1030	<i>PARALLELLE SESJONER</i> (velge én av disse)
	• Speech and language therapist Jane Fry , Michael Palin Centre for Stammering Children <i>Using cognitive behavioral therapy (CBT) with teenagers who stutter</i>
	• Professor Ruth Herbert , The University of Sheffield <i>Measuring change after therapy</i>
	• Logopedene Katrine Kvisgård og Gry Sandland <i>Lee Silverman Voice Treatment (LSVT) – en stemmebehandlingsmetode for personer med Parkinson sykdom og andre nevrologiske lidelser</i>
	• Logoped Line Kristiansen Avers , Rikshospitalet <i>Artikulasjonsvansker; presentasjon av og erfaringer med Oral Placement Therapy</i>
Kl. 1030–1100	Kaffe
Kl. 1100–1230	<i>PARALLELLE SESJONER</i> fortsetter
Kl. 1230–1400	Lunsj
Kl. 1330–1430	Utstilling av materiale og læremidler: orientering og demonstrasjoner
Kl. 1430–1800	Landsmøte i Norsk Logopedlag

Lørdag 16. juni 2012

Kl. 0830–1230	Landsmøtet fortsetter
Kl. 1230–1400	Lunsj
Kl. 1400–1530	Kortforedrag (eget program deles ut på kursstedet) Sammendrag av kortforedrag sendes fagutvalget innen 19.04.12; se **
Kl. 1530–1600	Kaffe og plakater (posters)
Kl. 1600–1730	Kortforedrag fortsetter
Kl. 2000	Festmiddag

Søndag 17. juni 2012

Kl. 1000–1130	Professor Bente Hagtvat , ISP, UiO Bokstaver – skriving – lesing; barnehagens rolle anno 2012.
Kl. 1130–1200	Kaffe
Kl. 1200–1300	Bente Hagtvat fortsetter
Kl. 1300–1315	Avslutning av kurset

****Kortforedrag**

Forslag til kortforedrag/plakater må sendes på e-post til fagutvalget innen **19. april 2012**.

Sammendraget skal være på maks. 200 ord.

Det blir satt av 30 minutter til hvert kortforedrag (20 minutter til selve foredraget og 10 minutter til spørsmål og forflytning). Målet 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 å legge fram modeller, metoder, problemstillinger, kasus, praksisbeskrivelser og spørsmål fra sin egen faglig-praktiske hverdag.

Forelesernes lysark legges ut til nedlasting på nettsidene i forkant av kurset, og vil ikke bli distribuert i Fredrikstad.

Priser for deltagelse på Landsmøte og kurs i 2012

Kursavgift (inkl. lunsj og kaffe/te)	Påmelding før 15.03.12	Påmelding etter 15.03.12
Medlemmer NLL	Kr 2700,-	Kr 3500,-
Ikke-medlemmer NLL	Kr 3300,-	Kr 4000,-
Studenter	Kr 1500,-	Kr 1600,-
Dagpakke	Kr 1200,-	Kr 1500,-
Dagpakke ikke-medlemmer NLL	Kr 1500,-	Kr 1800,-

Påmelding til kurset gjøres på NLLs hjemmeside. Du får faktura tilsendt etter påmelding. Vi oppfordrer deltakerne å bestille hotell samtidig som de melder seg på kurset. Deltakerne kan benytte seg av den gunstige avtalen NLL har gjort med Quality Hotel Fredrikstad (www.choicehotels.no/Quality)

Har du noen spørsmål kan du ta kontakt med:

Anne-Lise Rygvold	Monica I. K. Knoph	Kristine Gilleberg
Institutt for spesialpedagogikk, UiO	Bredtvet kompetansesenter	Gjellerås skole
Tlf: 22 85 80 78	Tlf: 22 90 28 17	Tlf: 41 44 08 94
E-post a.l.rygvold@isp.uio.no	E-post: monica.knoph@statped.no	E-post: KristineG@skedsmo.kommune.no

Sosiale aspekter og emosjonell sårbarhet hos barn med Velocardiofacialt Syndrom (VCFS) En pilotstudie

VCFS er en relativt sjelden og kronisk tilstand som krever tidlig innsats fra flere faggrupper. Målet med pilotstudien er å kartlegge sosiale og emosjonelle vansker i et norsk utvalg. Utvidet nasjonal kunnskap er en viktig forutsetning for å rette oppmerksomheten mot de utfordringene som syndromet representerer. Det er også avgjørende når multidisciplinære hjelpetjenester skal organiseres med sikte på tidlig intervensjon og oppfølging gjennom ulike utviklingsfaser.



Inger-Lise Sæther

Dr. scient. Forsker,
Regionsenter for barn og
unges psykiske helse,
Helseregion Sør-Øst.

E-post:

inger-lise.saether@r-bup.no

BAKGRUNN

Velocardiofacialt syndrome (VCFS) har vært beskrevet som en sykdom som har falt utenfor systemet (Feinstein, 2009). Diagnosen er ikke oppført i diagnosekatalogene (DSM-IV, American Psychiatric Association og ICD-10, WHO) selv om den kan stilles presist ved hjelp av laboratorietesting. Barna kan ha ulike vansker som hver for seg er godt kjent for fagpersoner innen spesialisthelsetjenesten, sosiale og spesialpedagogiske tjenester, men når man ikke kjenner diagnosen kan det medføre at de ulike symptomene oppfattes hver for seg og ikke i sammenheng. Når diagnosen blir oversett får foreldrene ingen forklaring på hvorfor barnet har så mange alvorlige plager, og resultatet kan bli en vandring mellom ulike spesialister for å finne ut av barnets vansker. Barnets plager kan bli misforstått og underkjent, og det kan være vanskelig å få det tilpassete hjelpetilbudet som barn med spesifikke vansker har rett til.

Kunnskapen om VCFS er relativt ny sett i lys av at tilstanden er representert av de vanligste syndromer hos mennesket og det vanligste i sammenheng med ganespalte og medfødte hjertefeil (McDonald - McGinn & Sullivan, 2011; Green, Gothelf & Eliez 2009; Shprintzen, 2008; Swillen et al., 2005). Nyere kartlegging tyder

på at insidensen er 1: 2000-1: 4000 levende fødte (McDonald-McGinn & Sullivan, 2011; Shprintzen, 2008, Green et al., 2009). McDonald-McGinn & Sullivan (2011) antyder også at tallet kan være økende fordi flere som er rammet, selv får barn. Den store variasjonen i oppgitt hyppighet kan skyldes underrapportering og sees i lys av mangelfull kjennskap til tilstanden. Det er også stor variasjon i den måten syndromet kommer til uttrykk på. Hyppigst er hjertefeil, nedsatt muskulær og nevrologisk funksjon i svelg, skjult/ åpen ganespalte, karakteristiske ansiktstrekk, lærevansker, kognitive vansker, motoriske vansker og sosiale vansker (MacDonald-McGinn & Sullivan, 2011; Shprintzen, 2008; Swillen, Feyes, Adriaens, et al., 2005). Det siste ti-år har det vært stadig økende interesse internasjonalt for å utvikle kunnskap om denne tilstanden. I Norge ble det i 2008 etablert et Ressursteam for Di George / velo-cardio-facial syndrom / 22q11.2Ds ved Rikshospitalet med landsdekkende funksjon. Dette er et tverrfaglig team som er lagt til Barnekliviken, men spesialister fra ulike avdelinger ved sykehuset er involvert i arbeidet etter behov. Teamet arbeider bl.a. med kunnskapsutvikling og forskning, samt utarbeiding av behovskartlegging med henblikk på ulike habiliteringstjenester på det somatiske, fysiske, psykiske, sosiale og pedagogiske området.

Det er økende forståelse for at omgivelsesfaktorer kan ha modererende innvirkning på forløpet i utviklingen av genetiske lidelser, fysisk, psykisk og sosialt (Gillberg, 2010; Danese, Pariante, Caspi, Taylor, Poulton, 2009; Moffit, Caspi & Rutter, 2006). Denne studien er en undersøkelse av sosiale og emosjonelle vansker hos en norsk barnegruppe med VCFS. Fokus på nasjonal kunnskap på dette området er viktig for å øke oppmerksomheten om disse barnas behov for ulike hjelpetjenester fra helse, fra pedagogiske og fra sosiale tjenester.

SENTRALE KUNNSKAPSOMRÅDER

Årsak, terminologi og diagnose

Årsak til VCFS er en skade i DNA på den lange armen til kromosom 22. Stor interesse har vært vist for lokalisasjonen 22q11.2 i relasjon til alvorlige psykiske lidelser og kognitive ferdigheter. Syndromet skyldes i ca. 90 % av tilfellene spontan mutasjon. I ca. 10 % av tilfellene kan syndromet knyttes til arv. Syndromet er autosomt dominant. Det betyr at en person som selv er bærer av genfeilen har en risiko på 50 % for å få et barn med VCFS (Shprintzen, 2008, 2005; Murphy, 2005; Green et al., 2009).

I Norge har denne tilstanden vært kalt Di George syndrom. Helsedirektoratet besluttet i 2010 å bruke navnet VCFS, i tråd med den internasjonale trenden. I internasjonale fagmiljøer benyttes stadig oftere betegnelsen 22q11.2 Delesjon syndrom (DS), en betegnelse med direkte referanse til den genetiske skaden. En kan ikke se bort fra at forvirringen i begrepsbruk og de ulike fokus de representerer kan være forvirrende og et hinder for helhetlig forståelse av fenomenet.

Diagnosen kan fastslås ved hjelp av en genetisk laborietest, Fluorescent In Situ Hybridization (FISH)-teknikk. Denne teknikken ble først tatt i bruk i Norge i 1993 (Kelly et al., 1993; Scambler et al., 1992). Siden har andre metoder blitt benyttet. I dag er multiplex ligation probe amplification (MLPA) den metoden som foretrekkes (Basset, MacDonald-MacGinn, Devriendt et al., 2011).

SOSIALE OG EMOSJONELLE ASPEKTER

Studier av barn med VCFS har rapportert at mange har stereotype personlighetstrekk og svak sosial fungering, både kvalitativt og kvantitativt. De har spesifikke

ansiktstrekk kjennetegnet ved pæreformet nese, små ører og smale øyne. Ansiktet er ofte mimikkfattig. Sosiale vansker og emosjonell sårbarhet kommer ofte i skyggen av somatiske vansker og lærevansker, selv om disse vanskene er gjennomgripende og har negativ innflytelse på livsutfoldelse og læring.

En stor variasjon av emosjonelle vansker har vært beskrevet hos barn og unge med VCFS. I løpet av utviklingen kan disse vanskene komme til uttrykk på dramatisk vis. Swillen et al. (2001) fant at etter 11 års alder rapporterte foreldre økende nivå av angst og depresjon. De pekte på at en kombinasjon av hormonelle forandringer under puberteten og økte sosiale krav som følge av alder kan spille en rolle i utviklingen av alvorlig angst og depresjon hos barn og unge med VCFS.

Det er i dag stor oppmerksomhet knyttet til forskning om sosiale vansker som fenotypiske trekk ved VCFS (Green & Gothelf, 2009; McDonald-McGinn & Sullivan, 2011; Niklasson, Rasmussen, Oskarsdottir, et al. 2009; Kates, Antshel, Fremont, Shprintzen et al. 2007; Murphy, 2005). Flere studier har vist at ADHD forekommer hos ca 40 % av barn og unge med VCFS (Green et al., 2009; Niklasson et al., 2009; Kates et al., 2007; Antshel, Fremont, Roizden, et al., 2006). Antshel et al. (2006) og Green et al. (2009) fant at de fleste hadde den uoppmerksomme (inattentive) typen. Green et al. (ibid.) fant at forekomsten av ADHD var lavere hos voksne (13 %). Dette er vanskelig å forklare. Forfatterne peker på at dette kan sees i lys av fremveksten av psykotiske tilstander som kan overskygge ADHD-symptomene.

Autismespektervansker har også vist seg å være fremtredende. I en studie av Niklasson et al. (2009) fylte 40 % kriteriene for autismespektrum vansker og/eller ADHD. Kates et al. (2007) fant at 20 % av barna fylte kriteriene for autisme.

Det er få studier som har vist psykiske vansker i et utviklingsperspektiv fra barndom til voksen alder, eller sammenlignet utvalg fra ulike kulturer. I en studie av Green et al., (2009) ble 172 personer, 90 menn og 82 kvinner i alderen 5 til 54 år undersøkt. De representerte to kohorter, henholdsvis fra Genève og Tel Aviv. De fant

at psykotiske vansker økte med alder, fra ingen i barnegruppen til 4 % i tenårene og 22 % hos unge voksne (18-24 år). Hos voksne over 24 år fant de en prevalens på 30 %. Også depresjonslidelser økte med alder, og hos unge voksne (18-24 år) var 44,4 % rammet. Ved siden av den genetiske disposisjonen, kan man ikke se bort fra at sosiale utfordringer i ungdomsårene knyttet til integrering i samfunnet kan bidra til depressive tilstander. Det kan se ut som det er en kognitiv tilbakegang med stigende alder, og for en betydelig minoritet er det en utvikling av psykiske symptomer, i ytterste konsekvens kan det gi alvorlige psykiske lidelser (Antshel, Shprintzen & Fremont et al., 2010; Green et al., 2009).

Antshel et al. (2010) studerte kognitive psykiatriske prediktorer for psykoser i en tre års oppfølgingsstudie og fant at nedsatt kognitiv funksjon og psykiske vansker er risikofaktorer i forhold til alvorlige psykiske lidelser (psykoser) i voksen alder. Et barn med VCFS som viser positive symptomer på emosjonelle vansker bør ha oppfølging av barne- og ungdomspsykiatriske hjelpetjenester.

ETIKK

Studien er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste og Regional komité for medisinsk forskningsetikk.

METODE

Foreldre til 17 barn ble kontaktet med spørsmål om å fylle ut Achenbach's kartleggingsskjema for barn fra 6-16 år, Child Behavior Checklist (CBCL). Disse var rekruttert gjennom Foreldreforeningen til Di George og gjennom Bredtvet kompetansesenter som er en del av Leppe-kjeve-ganespalteteamet i Oslo. 14 foreldre returnerte skjemaene. Det endelige utvalget bestod av åtte jenter og seks gutter i alderen 7-17 år. Seks informanter var i aldersgruppen 6-10 år, fire personer var i aldersgruppen 10-16 år, og fire personer var 16-17 år. CBCL-skjemaene ble analysert ved hjelp av dataprogram med tilpassede norske normer. Analysen viser barnas skårer på spesifikke atferdsområder:

- Skala for kompetanse: Aktiviteter, sosial kompetanse, skolekompetanse, total kompetanse.
- En sammensatt skala: Angstfylt/deprimert, tilbaketrukket/deprimert, somatiske plager, sosiale problemer, tankeproblemer, oppmerksomhets-

problemer, regelbryting, aggressiv atferd.

- Skala for eksternaliserende, internaliserende problemer, samlet problemskala.
- Sluggish cognitive tempo (SCT), Obsessive compulsive disorders (OCD), Post traumatic stress disorders (PTSD).

Resultatene vises i form av T-skårer hvor gjennomsnittlig skåre tilsvarer 50 og standardavviket er 10. En klinisk skåre innebærer at barnet har behov for hjelpetiltak. Grensen for hva som er en klinisk skåre er vanligvis to standardavvik svakere enn gjennomsnittsskåren. Hos disse barna må man imidlertid merke seg at mange har subkliniske skårer på flere delområder, dvs. skårer like under grensen for det som er definert som en klinisk skåre. Problemer på flere delområder kan samlet bety at barnet har vansker som krever hjelpetiltak, selv om ingen eller bare noen av delområdene har det som defineres som en klinisk skåre. Grensene mellom skårene må ikke sees som kategoriske, men kontinuerlig. På kompetanseskalaen vil en høy skåre være en god skåre. Bedre kompetanse gir høyere skåre. På skalaene som måler problemenes alvorlighetsgrad, gir alvorligere vansker høyere skåre. I samtale ble foreldre også bedt om opplysninger om ADHD, fysiske plager og søvnvansker hos barna (se tabell 1).

Alle data ble analysert ved hjelp av Statistical Package for Social Sciences, SPSS, ved hjelp av deskriptive analyser og bivariate korrelasjonsanalyser med bruk av Spearman's rho. Fordi utvalget er lite og ikke er normalfordelt, er mode (det målet som forekommer oftest, «det det er mest av») valgt som sentralmål.

Tabell 1 Oversikt over somatiske vansker i gruppen, opplysninger gitt av pårørende under intervju.

Ulike vansker	Antall
Ganespalte	1
Submukøs g.spalte	9
Hjertefeil	4
Klumpfot	1
Skoliose	2
Immunsvikt	3
Nyrefeil	1
Urinveisprobl	2
Øreprobl	5
Høretap	4

BESKRIVELSE AV UTVALGET

Fire av barna var medisinerert for ADHD (Ritalin, Concerta), ett var under utredning for det samme, og to av de eldste barna brukte antidepressiva (opplysninger fra foreldre under intervju). Ni av de 14 barna hadde søvnvansker, innsovningsvansker og vansker med oppvåkning. Seks brukte sovemedisin (Melatonin; Valergan) regelmessig. Tre av barna hadde brukt medisin i perioder. Tabell 1 gir en oversikt over somatiske vansker som pårørende oppgav.

RESULTATER

Kompetanseskalaen

Tabell 2 viser T-skårene for kompetanse. Mode-skårene på «aktiviteter» og «sosial kompetanse» er 1½ standardavvik under gjennomsnittet, skårene på «skoleferdigheter» og «total kompetanse» indikerer sterkt hjelpebehov. Bare

maksimumskårene (som viser styrke) på «aktiviteter» og «sosial kompetanse» viser normale ferdigheter.

Syndromskalaen

Syndromskalaen består av åtte problemskalaer (presentert i tabell 3). På alle problemområdene oppnådde de best fungerende barna normale skårer, slik det kommer frem på minimumsskårene (som viser minst vansker). På skalaene «Sosiale problemer» og «Tankeproblemer» er mode skårene i det kliniske området. På delområdene «Angst/tilbak trukken» og «Oppmerksomhetsproblemer» er mode-skårene subkliniske. Alle maksimumskårene, som viser de tyngste problemene, er kliniske.

Når barna skårer innen normalområdet på de ulike delområdene betyr det at de har god psykisk helse. I litteraturen synes alder å korrelere negativt med psykisk helse hos barn med VCFS. I dette utvalget korrelerer «Tilbaketrukken/deprimert», «Sosiale problemer» og «Tankeproblemer» med alder (Tabell 4). Selv om korrelasjonene er signifikante, er utvalget begrenset og resultatene må tas med forbehold.

Internaliserende og eksternaliserende vansker, og total problemskåre

På skalaen for Internaliserende problemer er mode (72) en klinisk skåre, på den eksternaliserende skalaen er mode (61) en subklinisk skåre. På den totale problem-

Tabell 2 Resultatene på skala for kompetanse, T-skårer

		Aktivitet	Sosial kompetanse	Skole kompetanse	Total kompetanse
N	Valid	14	14	13	13
	Missing	0	0	1	1
Mode		33(a)	35	26(a)	27(a)
Minimum		27	26	22	21
Maximum		52	53	38	39
a. Flere mode verdier eksisterer. Den laveste vise					

Tabell 3 Resultater av skåringene på syndromskalaen, T-skårer

		Angst / tilbaketrukken	Tilbaketrukken/deprimert	Somatiske plager	Sosiale problemer	Tanke problemer	Oppmerksomhetsvansker	Bryter regler	Aggressiv
N	Valid	14	14	14	14	14	14	14	14
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0
Mode		60(a)	59	50(a)	72	65	63	50	52
Minimum		50	50	50	53	50	53	50	50
Maximum		79	83	84	74	71	97	75	73
a. Flere mode verdier eksisterer. Den laveste er vist									

Tabell 4 Korrelasjon mellom alder og de ulike delene av syndromskalaen

			Engstelig/ Tilbaketrukken	Tilbaketrukken/ deprimert	Somatiske plager	Sosiale problemer	Tanke problemer	Oppmerksomhets- vansker	Bryter regler	Aggressiv
Spearman's rho	Alder	Korrelasjons koeffisient	,52	,55(*)	,42	,77(**)	,81(**)	,38	,40	,45
		Sig. (2-tailed)	,05	,03	,12	,00	,00	,17	,15	,10
		N	14	14	14	14	14	14	14	14
		* Korrelasjonen er signifikant på 0.05 nivå (2-tailed). ** Korrelasjonen er signifikant på 0.01 nivå (2-tailed).								

Tabell 5 Skalaen for Internaliserende og eksternaliserende vansker, T-skårer				
		Internaliserende	Eksternaliserende	Total problemskåre
N	Valid	14	14	14
	Missing	0	0	0
Mode		72	61	62(a)
Minimum		51	48	52
Maximum		90	72	81
a. Flere mode verdier eksisterer. Den laveste er vist.				

skalaen er modeskåren 62, maksimum er 81 som er en klinisk skåre. Tabellen viser også at noen barn oppnår normale verdier, slik det kommer frem på minimumsverdiene (se også tabell 5).

Skalaen som for «Internaliserende» og «Total problemskåre» korrelert signifikant med alder i dette utvalget (se tabell 6).

Tabell 6 Internaliserende og eksternaliserende vansker korrelert med alder					
			Internaliserende	Eksternaliserende	Total problemskåre
Spearman's rho	Alder	Korrelasjons Koeffisient	,57(*)	,43	,64(*)
		Sig. (2-tailed)	,03	,12	,01
		N	14	14	14
* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).					
** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).					

Sluggish Cognitive Tempo (SCT), Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) og Post Traumatic Stress Disorder (PTSD).

Sluggish Cognitive Tempo (SCT) er en beskrivende term som brukes for å identifisere det som synes å være en homogen undergruppe innenfor ADHD. Denne gruppen kjennetegnes hovedsakelig ved oppmerksomhetsvansker (uoppmerksomhet). Beskrivelsen har ingen egen diagnose. Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) er en angstlidelse og karakteriseres ved gjentakende tvangstanker (obsessions) og/eller repeterende handlinger (tvangshandlinger). Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) er en emosjonell lidelse som er klassifisert som en angstlidelse. Den oppstår vanligvis etter en intens skremmende, livstruende eller utrygghetsskapende hendelse. Det typiske er at symptomene

Tabell 7 Skårene på skalaen Sluggish Cognitive Tempo, Obsessive-Compulsive Problems, OCD og Post Traumatic Stress Disorders PTSD				
		Sluggish cogn tempo	Obsess-Comp pr	Posttraum Stress Dis
N	Valid	14	14	14
	Missing	0	0	0
Mode		58	55	62(a)
Minimum		50	50	52
a. Flere mode-verdier eksisterer. Den laveste er vist.				

kommer til uttrykk kort tid etter den utløsende hendelsen, men det kan også ta mange år. For å fylle diagnosen må symptomene være minst en måned. Tabell 7 viser skalaen for Sluggish Cognitive Tempo, Obsessive-Compulsive Problems og Post Traumatic Stress Disorder. Den viser at barna skåret høyest på skalaen PTSD. Alle skalaene viser stort spenn. Alle mode- og minimum-skårene normal, men alle maksimumskårene er kliniske.

DISKUSJON

Barna i denne pilotstudien har en høy samlet problembyrde. Selv om ikke alle skårene hver for seg defineres som kliniske skårer, har summen av problemene en akkumulerende effekt som hemmer daglig utfoldelse, både psykisk, sosialt og fysisk.

På CBCL, kompetanseskalaen, er skårene svært lave, og på områdene «skoleferdigheter» og «total kompetanse» under grenseverdier for kliniske skårer. Bare maksimumsverdien på aktivitetsskalaen antyder ferdigheter innen normalområdet.

På syndromskalaen er det sosiale problemer, tankeproblemer og oppmerksomhetsvansker som skiller seg ut som de tyngste områdene. På skalaene for «tilbaketrekking/angst», «sosiale problemer» og «tankeproblemer» øker vanskene signifikant med alderen. Det er også sammenfallende med den internasjonale litteraturen på dette feltet (Green et al., 2009). Dette er tendenser det er viktig å legge merke til og som bør vies oppmerksomhet i veiledningsarbeidet.

På problemskalaen korrelerer «totale problemer» signifikant med alder. Det samme gjør skalaen «Internaliserende problemer».

Sluggish Cognitive Tempo (SCT), som beskrives som trekk ved en undergruppe av ADHD, antydes i utvalget. Det kan se ut som om denne undergruppen er preget av et høyere nivå av angst og depresjon enn resten av ADHD-gruppen (Green et al, 2009). Dette er trekk som ofte er beskrevet hos barn med VCFS, og som bør utforskes nærmere.

På skalaen PTSD antydes et problemtrykk i klinisk skala for noen av informantene. Kanskje kan dette sees i sammenheng med traumatiske erfaringer både fysisk, psykisk og sosialt som følge av sykdommen. Det er behov for utdypende forskning på dette feltet.

Pilotstudien underbygger tidligere kunnskap om de store utfordringene barn med VCFS har gjennom barndom og ungdom, både fysisk, psykisk og sosialt og i forhold til skolegang (Green et al. 2009; Shprintzen, 2008; Antshel et al., 2008; Antshel et al., 2006; Murphy, 2005; Niklasson et al., 2009). Tendensen i dataene viser sammenheng mellom alder og vanskegrad, noe som også kommer frem i større studier, og viser at barn med VCFS er sterkt utsatt for å utvikle psykiatriske lidelser. De psykotiske lidelser forekommer sjelden blant ungdom og unge voksne, mens affektlabilitet (følelsesmessig ustabilitet) er mer hyppig i barnepopulasjonen (Green et al, 2009). Årlig oppfølging av habiliteringstjenestene for barn og unges psykiske helse er derfor av stor betydning i kritiske overgangsfaser.

En studie av Gillberg (2010) peker på den voksende forståelse for at det er en regel heller enn unntak at vansker er sammensatte og at symptomene kan være like på tvers av ulike vansker. Psykiatriske diagnoser er heller ikke kategoriske, med skarpe skillelinjer mellom diagnosene, men kontinuerlige, det vil si at det kan være glidende overganger mellom diagnosene. I denne studien viste mer enn halvparten av utvalget symptomer som viser behov for videre undersøkelse med henblikk på autismspektervansker (ASD), mens mange hadde diagnosen ADHD eller var under utredning for diagnosen.

Det er økende forståelse for at omgivelsesfaktorer kan endre utviklingsretningen av genetiske syndromer (Gillberg, 2010; Danese et al., 2009; Moffit et al. (2006). Tidlig intervensjon for barn med et genetisk syndrom er

derfor av avgjørende betydning. Barn og unge med behov for langvarige og koordinerte tjenester har siden 2005 hatt en lovfestet rett til individuell plan (IP) i helse- og sosiallovgivningen, og tjenestene er pålagt en planplikt for å sikre nødvendig samhandling mellom fagpersoner og foreldre med utgangspunkt i det enkelte barns særlige behov. Denne ordningen er avhengig av en god koordinator som har ansvar for samordning og oppfølging av tjenestene. Dessverre er implementeringen av disse planene ennå ikke tilfredsstillende gjennomført.

Svakheter ved studien

Studien har få informanter. Rekrutteringen kan være skjev, etter som informantene er kontaktet gjennom ganespalteteamet ved Bredtvet kompetansesenter og Di George-foreningen. Bredtvet kompetansesenter får først og fremst tilmeldt barn som har åpen eller skjult ganespalte eller hypernasal tale. Ikke alle som har VCFS har fått noen diagnose, men kan være spredt til ulike helse-tjenester. Dette har gjort det vanskelig å rekruttere informanter. Di George-foreningen er kjent blant foreldre, men ikke alle føler behov for en slik tilknytning. Kanskje kan en tenke at de som opplever de største vanskene vil være de hyppigste medlemmene, og da ikke alltid for en lengre periode. Det er likevel grunn til å peke på at resultatene i pilotstudie repliserer resultater fra den internasjonale forskningen som her er referert til (Green et al. 2009; Shprintzen, 2008; Antshel et al., 2008; Antshel et al., 2006; Murphy, 2005; Niklasson et al., 2009).

Det er ikke hentet inn kognitive data. Dette har praktiske årsaker. Å gjennomføre en intelligens-test tar tid og krever at barna er konsentrerte. Jeg møtte barna på deres hjemsted og hadde kun en dag til rådighet. Språktesting med Clinical Evaluation of Language Fundamentals 3 (CELF-3) viste at de fleste lå i nedre grense av normalområdet (resultatene er publisert i den andre artikkelen i denne utgaven av Norsk tidsskrift for logopedi, Sæther (2011b)). I en utvidet studie vil opplysninger om intelligenskvotient innhentes fra starten. Lærere var bedt om å utfylle spørreskjemaet Teacher's Report Form, TRF. Ulike grunner ble oppgitt for at det her ble mange manglende opplysninger, så kalte missing, bl.a. på grunn av lærerbytte, skolebytte og klassebytte. På grunn av at få svarte, ble disse utelatt fra analysen.

KONKLUSJON

Det er stort behov for ytterligere forskning på sosiale og emosjonelle problemer hos barn og unge med VCFS, ikke minst med tanke på bedre å forstå den utviklingen som skjer med økt alder. Hjelpetiltakene må ta utgangspunkt i den store variasjonen av vansker som kommer til uttrykk og den gjennomgripende konsekvens vanskene har på ulike livsområder. Psykiske og sosiale vansker synes å ha en negativ utvikling med alderen. Det kan medføre store belastninger for familien og barnet

dersom de må stå alene med de komplekse vanskene som psykisk sykdom innebærer. Et godt samarbeid mellom det pedagogiske hjelpesystemet og Barne- og ungdomspsykiatrien (Habiliteringstjenestene) kan her være av stor betydning for alle parter. Et godt fungerende tjenestetilbud må baseres på en prosess der foreldre og personer fra ulike fagområder i samarbeid finner frem til skreddersydde hjelpetiltak som også har et helhetlig perspektiv på familien.

Referanser:

- D'Antonio, L.L., Scherer, N.J., Miller, L.L., Kalbfleisch, J.H., Bartley, J.A. (2001) Analysis of speech characteristics in children with velocardiofacial syndrome (VCFS) and children with phenotypic overlap without VCFS. *Cleft Palate Craniofac Journal*, 38 (5); 455-67.
- Antshel, K.M., Shprintzen, R.J., Fremont, W. et al. (2010). Cognitive and Psychiatric Predictors to Psychosis in Velocardiofacial syndrome: A 3-Year Follow-up Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49 (4), 333-344.
- Antshel, K.M., Fremont, W., Kates, W. (2008). The Neurocognitive Phenotype in Velo-Cardio-Facial Syndrome: A Developmental Perspective. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 14, 43-51.
- Antshel, K.M., Fremont, W., Roizden, N.J., et al. (2006). ADHD, prevalent psychiatric major depressive disorders, and simple phobias are prevalent psychiatric conditions in youth with velocardiofacial syndrome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 596-603.
- Basset, A.S., MacDonald-MacGinn, D.N., Devriendt, K. et al. (2011). Practical Guidelines for Managing Patients with 22q11.2 Deletion Syndrome. *Journal of Pediatrics*, 159 (2), 332-9.
- Danese, A., Pariante, C.M., Caspi, A., Taylor, A., Poulton, R. (2009). Childhood maltreatment predicts adult inflammation in a life-course study. *PNAS Proceedings of the National Academy of Sciences*, 23 (104/4) 1319-1324.
- Feinstein, C. (2009). Stranded, part II: Velocardiofacial syndrome, Behavioral Neurogenetics, and the Study of Developmental Psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 11.
- Gillberg, C. (2010). The ESSENCE in child psychiatry: Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examination. *Research in Developmental Disabilities*. Doi:101016/j.ridd.2010.06.002.
- Green, T.M., Gothelf, D. & Eliez, S. (2009). Psychiatric Disorders and Intellectual Functioning Throughout Development in Velocardiofacial (22q11.2 Deletion) Syndrome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48 (11), 1060-1068.
- Kelly, D., Goldberg, R., Wilson, D., Lindsay, E., Carey, A., Goodship, J., Burn, J., Cross, I., Shprintzen, R. J., Scambler, P. (1993). Confirmation That the Velo-Cardio-Facial Syndrome Is Associated With Haplo-Insufficiency of Genes at Chromosome 22q11. *American Journal of Medical Genetics*, 45, 308-312.
- Kates, W.R., Antshel, K.M., Fremont, W.P., Shprintzen, R.J., Strunge, L.A., Burnette, C.P., Higgins, A.M. (2007). Comparing Phenotypes in Patients With Idiopathic Autism to Patients with Velocardiofacial Syndrome (22q11.2DS) With and Without Autism. *American Journal of Medical Genetics Part A*, 142A, 2642-2650.
- MacDonald-MacGinn, D.M. & Sullivan, K.E. (2011). Chromosome 22q11.2 Deletion Syndrome (DiGeorge Syndrome/ Velocardiofacial Syndrome). *Medicine*, 90 (1), 1-18.
- Moffit, T.E., Caspi, A., Rutter, M. (2006). Measured Gene-Environment Interactions in Psychopathology. *Concepts Research Strategies, and Implications for Research, Intervention, and Public Understanding of Genetics. Perspectives on Psychological Science*, 1, 5-27.
- Murphy, K.C. (2005). Annotation: velo-cardio-facial syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46 (6), 563-71.
- Niklasson, L., Rasmussen, P., Oskarsdottir, S. et al. (2009). Autism, ADHD, mental retardation and behavior problems in 100 individuals with 22q11 deletion syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 763-773.
- Scambler, P., Kelly, D., Lindsay, E., Williamson, R., Goldberg, R., Shprintzen, J.R., Wilson, D.I., Goodship, J.A., Cross, I., Burn, J. (1992). The velo-cardio-facial syndrome is associated with chromosome 22 deletions encompassing the DiGeorge locus. *Lancet*, 399, 1138-1139.
- Shprintzen, R.J. (2008). Velo-Cardio-Facial Syndrome: 30 Years of Study. *Developmental Disability Research Reviews*, 14, 3-10.
- Shprintzen, R.J. (2005). Historical overview. I: Murphy, K.C. & Scambler, P.J. (Red.): *Velo-Cardio-Facial Syndrome. A Model for Understanding Micro deletion Disorders*. Cambridge University Press.
- Swillen, A., Feyes, H., Adriaens, T., et al. (2005). Early motor development in young children with 22q.11 deletion syndrome and a conotruncal heart defect. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47 (12), 797-802.
- Swillen, A., Devriendt, K., Ghesquière, P et al.. (2001): Children with a del.22q11 versus children with speech and language impairment + learning disability: Behaviour during primary school age (6-11 years). *Genetic Counseling* 12: 309-317.

Valg av tillitsvalgte på Landsmøtet 2012

Er det virkelig noen som tenker på det allerede nå? Rett før julen setter inn, den for mange mest travle tiden på året.

Svaret er som dere skjønner; JA.

Valgkomiteen 2010-12 består av Gro Hartveit, Kari Sandvik Lund, Solveig Molland Berge, og Ole-Andreas Holmsen. Vi har allerede tenkt en god stund på valget 2012 i NLL.

Etter reglementet skal valgkomiteen ha innhentet de nødvendige svar vedrørende gjenvalg innen 1. februar det året det er landsmøte.

Så begynner det utfordrende arbeidet med å finne passende nye kandidater. Og her er det medlemmer på alle nivåer i laget blir viktige samarbeidspartnere for å finne disse egnede personene, - og foreslå dem til oss i valgkomiteen.

Det er ingen hemmelighet at dette arbeidet har blitt vanskeligere med årene. Vi hegner mer om fritiden vår, og vi er opptatt på flere arenaer enn tidligere. Dette er ikke noen særskilt utfordring for NLL, men er noe alle organisasjoner er opptatt av.

Derfor er det viktig at valgkomiteen får navneforslag i god tid før landsmøtet. Slik får vi forespurt kandidatene, og foretatt en allsidig vurdering av sammensetningen til de enkelte utvalg og styret, i god tid før landsmøtet.

Har du en mening om noe som NLL bør arbeide aktivt med? Vet du om en som er opptatt av det samme? Kanskje du selv vil være med å styre utviklingen av logopedien videre? Vi står midt i en tid hvor viktig valg skal tas. Vi trenger dine forslag på egnede kandidater til tillitsverv i Norsk logopedlag!



Ole Andreas Holmsen

E-post:
oleandreas.holmsen@gmail.com

På vegne av valgkomiteen ønsker jeg at du sender oss gode forslag på kandidater, og:

God jul og godt nytt år!

Ole-Andreas Holmsen

Afasidagene på Bredtvet 2011

Tradisjon tro ble årets Afasidager gjennomført på Bredtvet Kompetansesenter i Oslo 3. og 4. november, med ca 90 deltakere, hvorav et lovende antall var studenter. Afasidagene, de 12. i rekken, ble høytidelig åpnet av avdelingsleder Anne-Berit Andreassen som skisserte historie og fremtidige utfordringer.



Mye å snakke sammen om.

Afasiteamet på Bredtvet har en utrolig evne til å få høyt anerkjente, internasjonale forelesere til å komme til Norge for å presentere sitt arbeid og sin forskning på Afasidagene. Årets internasjonale foreleser var professor Loraine Obler, fra City University i New York. Prof. Obler er verdenskjent for studier innenfor normal aldring og språk, samt afasi og flerspråklighet, som også utgjorde



Monica Knoph & Loraine Obler.

de to hovedtemaene for dagen. Et intervju med henne kan leses om et annet sted i dette bladet.

For alle som jobber med språk- og kommunikasjonsvansker er det grunnleggende å vite hva som kan forventes av en normalspråklig eldre person. Men allerede da begynner problemet – hva er normal aldring innenfor ulike kulturer og på hvilket grunnlag? Gjelder det bare friske eldre eller kan de ha tilleggssykdom som ikke berører språket (for eksempel diabetes)? Og hva menes med aldring og eldre? Som Professor Obler tydelig demonstrerte – studier på 80-tallet henviste til endringer i benevningsferdigheter hos 70-åringene, på 90-tallet omfattet disse studiene allerede 50-åringene og i de nyeste studiene er grensen under 40-årsalderen. Når det gjelder benevning ser det med andre ord ut som om høydepunktet nå allerede

som 38-åring! Etter dette går det gradvis, og heldigvis svært sakte, nedover med hastighet og presisjon på benevning, og kurven blir brattere med stigende alder. Benevningsvanskene observeres ikke bare i konfrontasjonsbenevning, men også i samtale, og gjelder både substantiv, verb og idiomer.

På den annen side ser det ut som om følgende andre språklige områder og prosesser ikke endrer seg med alderen alene: automatisert tale, fonologi (men vær oppmerksom på tannstatus), morfologi, syntaks, pragmatikk og vokabular. Studier fra språkprosessering i hjernen med hjerneskanning viser til at eldre som har bedre språklige ferdigheter har større aktivering i begge hemisfærene og i frontal- og temporalappen. Nyere studier viser også til at normal språklig aldring påvirkes av andre helsefaktorer som høyt blodtrykk og individuelle faktorer som utdanning.

Når det gjelder språkforståelse ser man at forståelse for kompleks informasjon minsker med alderen. Ikke overraskende forstyrres forståelsen ytterligere i mer stressende situasjoner, for eksempel ved støy, hurtig taletempo, mindre forutsigbar kontekst, fonologiske avvik og aksenter hos samtalepartner.

Professor Obler's forelesning om flerspråkighet startet med den mye omtalte studien til Bialystok, som viser at flerspråklig kompetanse for-sinker oppstart av Alzheimer demens med 4-5 år. En av forklaringsmodellene omfatter generell økt kognitiv kapasitet hos flerspråklige personer som følge av det å kunne/måtte bytte mellom ulike språk.

Studier som inkluderer profesjonelle tolker utgjør en spennende gruppe for fremtidens forskning innenfor normalaldring og flerspråkighet. Professor Obler drøftet det vide spekter av definisjoner av flerspråkighet både med hensyn til graden av språkkompetanse innenfor språkets ulike modaliteter, hvor mye den anvendes og hvordan dette kan kartlegges. Viktige faktorer er alder og måten for språkinnlæring, kontakt med fremmedspråket, bruk og graden av degradering i språkkompetanse når den ikke brukes (attrition). Selv om flerspråkighet synes å ha kognitive fordeler, observeres det også språkspesifikke ulikheter når det gjelder både benevnelse og forståelse sammenlignet med enspråklige personer.

Når det gjelder afasi og flerspråkighet finnes det ulike teorier om språkprosessering og forventbare utfall. Generelt ser det ut som om det ikke finnes en fasit om hvilket språk som bevares eller bedres mest ved afasi. Når det gjelder å måtte velge et språk i rehabilitering fremfor et annet (for eksempel ved begrensede ressurser) synes det også å være mest avgjørende å gi et godt tilbud, uansett på hvilket språk, og det ses overføringseffekter mellom språkene. Samtidig påpekes det at det behøves flere studier som



Helt fullsatt sal.

evaluerer ulike behandlingsformer for flerspråklig afasi.

Dag 2 av Afasidagene har som mål å reflektere det norske praksisfeltet. Dagen startet med et foredrag om dysfagi ved logoped Irmeli Oraviita (Diakonhjemmet sykehus, Oslo). Hun presenterte et e-læringsprogram hun og hennes kollega har utviklet for å gi kunnskap og kartleggingsverktøy om svelgevansker for sykepleiere og annet personal. Dette omfattet en grunnleggende teoretisk innføring om svelgfunksjon spesielt i den akutte fasen, hvilke undersøkelser som kan gjennomføres av ulike faggrupper og hvordan logopeden gjennomfører en mer omfattende svelgvurdering av ulike matkonsistenser. Programmet inneholder



Logoped Irmeli Oraviita.

linker til relevante fagsider, samt videosnutter om praktisk gjennomføring – et imponerende arbeid.

I løpet av høsten hadde afasiteamet ved Line Haaland-Johansen og Marianne Lind sendt ut et spørreskjema for å kartlegge bruk av kartleggingsverktøy blant afasilogopeder. De to presenterte de første resultatene av denne undersøkelsen. Kort sammenfattet kan det sies at det finnes et relativt stort utvalg av verktøy som ble brukt i det kliniske praksisfeltet, at mange logopeder bruker de mest kjente testene hyppigst (NGA, PALPA mm) og at nykommeren HAST (Haukeland afasiskcreening test) er godt representert, noe som dermed tyder på at den har fylt et behov. Ulike kartleggingsverktøy brukes til ulike formål også for å evaluere logopedtilbudet i etterkant når det gjelder effektivitet, kvalitet og bruker tilfredshet.

Logoped Kaja Bruun var blitt spesielt invitert til å presentere teorirammen fra sin masteroppgave som anvendte konneksjonistmodellen for å drøfte sammenheng mellom afasi og ervervet dysleksi. Konneksjonistmodellen baserer seg på nevronal nettverkstenking og parallell prosessering. I sitt fremlegg



Kaja Bruun.

presenterte hun ulike modeller for lesing og hvordan disse kan forklare forekomst av dysleksi ved afasi. For mer detaljert informasjon kan masteroppgaven leses på <http://www.ub.uit.no/munin/bitstream/handle/10037/1450/thesis.pdf?sequence=1>

Afasiteamet på Bredtvet jobber alltid med oversettelse og tilrettelegging av nytt materiell, som tradisjonelt presenteres på Afasidagene. Dette var også tilfelle i år med to trykkskrifters bidrag. Monica Knoph og Ingvild Røste presenterte den første delen av den norske utgaven av «Newcastle University Aphasia Therapy Resources» (NUMA).



Forelesere Marianne Lind & Line Haaland-Johansen.

NUMA er et evidensbasert tiltaksmateriell og første del omfatter auditiv prosessering. Materialet består av et hefte og en cd med bilder og ordlister innenfor ulike vanskegrader og oppgavesett. CD-en med word- og pdf-filer tilrettelegger for individuell tilpassing av oppgavene. Det lover ferdigstilling av den norske del 2 (setningsprosessering) i 2012 og del 3 (leseforståelse) i 2013. Materialet kan bestilles via Afasiforbundet i Norge.

Eli Qvenild presenterte «Sareptas krukke 2 – tips og oppgaver i afasiundervisningen», en cd-rom fylt av praktiske oppgaver innenfor mange ulike språklige områder for afasirammede som i trykket utgave tilsvarende 4 permer med bilde- og skriftlig materiell. Materiell baserer seg på idesamling og samarbeid i et nettverk av dyktige logopeder som samler, lager og deler oppgaver med hverandre. Det antas at langt flere logopeder sitter med flotte bidrag, og de som ønsker det kan ta kontakt med Eli Qvenild (eli.qvenild@staped.no) for å bli en del av nettverket. For enhver praktiker er en slik cd-rom et velkomment tilskudd til undervisningsmateriell og kan bestilles via



Eli Qvenild.

Afasiforbundet i Norge.

Utenom de faglige presentasjonene var det tid til å snakke med gamle og nye kollegaer, uveksle erfaringer og knytte kontakter. Denne sosiale delen er for mange en like viktig grunn å delta på Afasidagene som det faglige, spesielt når man jobber som eneste logoped i kommunen.

Selv om det er mye omstrukturering som skjer i opplærings- og helse-sektoren med en uavklart fremtidig rolle for Bredtvet kompetansesenter, er planlegging av Afasidagene i 2012 godt i gang og den internasjonale foreleseren allerede bekreftet. Det er bare å markere tidspunktet 1. og 2. november i kalenderen først som sist, og å se frem til å høre Dr. Ingrid Aichert forelese om talepraksi, et tema som regelmessig etterlyses blant afasilogopedene.

En stor takk til Afasiteamet på Bredtvet for inspirerende fagdager med dyktige forelesere og bidragsytere som stiller med sine erfaringer og prosjekter.

*Tekst: Melanie Kirmess
Foto: Kirsten Jørundland*

Hjernelørdag med språk som tema



Afasiforbundet i Norge ved May Britt Kløverud & leder Ellen Borge.



Legospråk.



Aktiviteter for store og små.

Teknisk museum i Oslo har denne høsten arrangert en serie med «Hjernelørdager» i forbindelse med utstillingen Mind Gap som handler om nettopp hjernen. Arrangementene er holdt i samarbeid med Hjernerådet, der blant annet Norsk forening for slagrammede, Afasiforbundet i Norge og Sunnaas sykehus er medlemmer. Temaene har vært hukommelse, tanken, sansene, og lørdag 8. oktober var turen kommet til språket. Hva skjer hvis vi mister språket? Hvor ligger språksenteret? var spørsmål som lokket publikum til arrangementet, som besto av stands, foredrag og aktiviteter for store og små. «Kan du LEGO-språket?» viste seg å være en veldig populær aktivitet. Der fikk to personer sitte med en skjerm mellom seg, den ene bygde en figur i LEGO og forklarte så den andre hvordan han skulle bygge en lik figur – uten at de så hverandre. Man kunne også være med å dissekere grisehjerne (!) og prøve talemaskiner.

Mind Gap er en jubileumsutstilling i anledning 200 års-jubileet for Universitet i Oslo, i samarbeid med ledende forskere i Norge, og presentert gjennom øyene til en internasjonal kunstner. Utstillingen vil fortsette gjennom 2012.

Teknisk Museum var som vanlig godt besøkt på en oktoberlørdag, ikke minst av mange barn. Det var dermed mange som lærte noe nytt både om språk og hjernen denne dagen.

Ingvild Røste



Dissekér en ekte (grise)hjerne.



Sonja Erlenkamp og Frank Becker.



Snakk med en forsker – lingvist Marianne Lind og Ellen Borge.



Redaksjonen i Logopeden vil i spalten «Skattekisten» snakke med logopeder med ekstra lang fartstid - for om mulig å få fram og videreformidle den enorme mengde logopedisk erfaring de besitter. Redaksjonen tar i mot tips på logopeder som er aktuelle for spalten. Erfarne logopeder kan gjerne ta kontakt selv.



Loraine Obler.

Intervju med Professor Loraine Obler (LO) ved Melanie Kirmess (MK) under Afasidagene, 3. november 2011.

MK: Kan du starte med å fortelle litt om din bakgrunn og din karriere. Du har vært en anerkjent fagperson for svært lenge. Hvordan begynte det og hvor studerte du?

LO: Jeg var så heldig å studere ved Universitetet i Michigan på

mine lavere grads studier. Det omfattet studier i religion, og i løpet av dette studiet ble jeg interessert i språk og hvordan mennesker lærer språk, og jeg ble flyttet til lingvistikk for mine hovedfagsstudier. Der var en av mine studenter en logoped. Hun presenterte halvparten av sin slutteksamen selv, mens for den andre delen av presentasjonen (hun hadde spurt meg om det var ok) hadde hun en ung mann med afasi som bidro. Han var agrammatisk. Det fascinerte meg og fikk meg til å tenke at dette var en mye bedre måte å anvende lingvistikk på, for å se hvordan folk faktisk bruker språket i stedet for å fokusere bare på den teoretiske Chomsky-tilnærmingen. Det viste seg at Universitetet i Michigan hadde en språkklinikk, som var en heldøgntilbud for ca 8 personer med afasi på den tiden. Slik at denne sommeren hadde jeg anledning - med hjelp av logopedene - til å observere en rekke klienter i samspill med logopeder. En av pasientene var tospråklig innen tysk og engelsk. Dette introduserte meg til å tenke på hvor viktig tospråklighet kan være i tilknytning til afasi. Det var i 1973.

Jeg dro til Israel for å skrive min doktorgradsavhandling, jeg hadde fått et stipend til å studere arabisk i USA, og jeg fortsatte og skrev avhandlingen, men min interesse

for nevro-språkvitenskap var allerede vekket. Så var jeg så heldig å få en forskningsassistentstilling med Martin Albert - den samme atferdsnevrologen jeg fortsatt jobber sammen med i dag - og jeg tenkte, herregud, i dette landet snakker alle minst to språk - hva vet vi egentlig om tospråklighet? Det var slett ikke mye; jeg gjorde et litteratursøk og en gjennomgang, og så skrev vi boken «The Bilingual Brain».

MK: Som må ha vært ganske enestående på den tiden?

LO: På den tiden hadde få forskere tenkt på hjernen og tospråklighet. Det fantes enkelte artikler; jeg refererte til noen av de tidlige artiklene i fremlegget mitt akkurat nå. Men boken vår åpnet fagfeltet på mange måter, det å tenke på tospråklighet og dens prosessering i hjernen. Omtrent samtidig reiste vi begge tilbake til USA av ulike grunner. Jeg hadde behov for å lære mer om nevrolingvistikk, fordi det ikke hadde vært fokus for min doktorgrad. Derfor ønsket jeg å jobbe ved «Aphasia Research Center» og Marty Albert sa: «De (Staten, anm. MK) vil ikke gi forskningsmidler for tospråklighet i USA, ingen er interessert i tospråklighet, men aldri kommer til å være viktig. Så la oss se om vi kan få forskningsresurser for å få deg en jobb innenfor språk og aldring.» Og jeg var midt i tjuårene og kunne interesseres av det meste, selv om aldri kanskje ikke ville vært mitt førstevalg. I dag er aldri selvfølgelig fascinerende (latter)! Så vi søkte om et stipend og fikk finansiering, først for 3 år, og deretter for 5 år, og vi startet vårt forskningslaboratorium for språkprosessering i den aldrende hjernen (Language in the Aging Brain Laboratory) ved Aphasia Research Center. På den måten kunne jeg parallelt med studiet av språk og aldring også fortsette utviklingen av mine interesser innen afasi og spesielt innenfor agrammatisme. På den tiden på 1970-tallet fikk vi besøk av en rekke nevrologer og nevropsykologer fra hele verden. Slik at når Lise Menn og jeg fikk ideen å se på agrammatisme på tvers av språk, så hadde vi et nettverk av kolleger og venner vi kunne henvende oss til med forespørsel om å bidra med kasus med agrammatisme innenfor de 14 ulike språk til boken

vår. Etter 9 år gikk jeg lei av å måtte vente på å høre om forskningen som sikret min jobb hadde blitt finansiert. Samtidig ble det en ledig stilling for den perfekte jobben ved City Universitetet i New York, så jeg tok denne stillingen, og jeg har vært der siden. Det er en veldig spesiell stilling, fordi vi kun jobber med doktorgradsstudenter.

MK: Så du har ikke noen bachelor- eller mastergradsstudenter?

LO: Jeg har ikke noen lavere grads studenter. Noen ganger jobber lavere grads studenter som frivillige hos oss, og det viser seg, at de som er frivillige i laboratoriet mitt er svært interessante mennesker. Men jeg har ikke den vanlige omfattende klasseromsundervisningen. Min undervisning omfatter i stor grad å arbeide med studenter en til en eller i små grupper med å utvikle deres forskningsferdigheter og -prosjekter, og mine forskningssprosjekter. Så i NY var jeg i stand til å vende tilbake til min interesse for tospråklighet, spesielt fordi mange av våre studenter er internasjonale studenter med kunnskap om interessante språk.

MK: Er de fleste logopedstudenter eller kommer de fra tverrfaglige områder knyttet til språk?

LO: 2/3 av mine studenter gjennom årene, kanskje 3/4, har vært logopeder, og resten kommer hovedsakelig fra klinisk eller anvendt lingvistik. Jeg jobber også med en spesialpedagogstudent, som i utgangspunktet ikke var interessert i eldre voksne, men i tospråklighet.

MK: I introduksjonen av deg ble det sagt at du også jobbet med andre områder innen klinisk lingvistik, for eksempel dysleksi og lignende.

LO: Det stemmer. Mitt arbeid i dysleksi er faktisk knyttet til mitt arbeid med tospråklighet på følgende måte: Mange som har dysleksi har vansker med å lære et fremmedspråk. Siden jeg har vært fascinert av omfang av talenter noen mennesker har og andre ikke har, så har jeg studert det å ha talent for å lære et fremmedspråk etter puberteten. Så å si alle barn kan lære to språk eller tre, hvis de er i et miljø der disse språkene snakkes, men straks man er 15 eller 20 år, så blir dette mye vanskeligere. Og likevel er noen mennesker fortsatt mer dyktige enn andre til dette. Og de som er mindre dyktige, ser det ut som, selv om de ikke har en historie med dysleksi fra før, så kan du måle dem i sitt første språk og finne ut at de viser dysleksilignende egenskaper. Dette er ganske interessant!

MK: Betyr dette at dysleksi i mye større grad omfatter en språkvanske enn en lesevanke?

LO: Vel definitivt ja. Fordi i en forstand bygger lesing på språk. Standardteorien i disse dager for dysleksi er at det foreligger et fonologisk problem i bunn, der noen mener det også forekommer korrelasjoner med problemer med raskt uthenting av leksikalske elementer, og deretter er det en liten del som kan ha en visuell dimensjon også.

MK: Ser du noen endringer i trender, enten innen afasi og tospråklighet eller generell logopedi gjennom din karriere?

LO: Interessant spørsmål. Innen tospråklighet har faget åpnet seg opp. Det var virkelig så lite forskning om dette da vi startet på syttitallet. Og i dag er det en enorm mengde. Selvfølgelig har bildebehandling av hjernen kommet til å dominere feltet. Og så er Bialystokstudien veldig «in» om dagen, det er mange mennesker som arbeider i det området nå, dvs. med utøvende (eksekutive) funksjoner og tospråklighet. De er ikke så interessert i selve språkaspektet, men fenomenene og hva det betyr for den flerspråklige hjernen.

Innen afasistudier har bildeteknologi også utgjort en enorm forskjell. Da jeg kom inn i feltet hadde vi den klassiske 1900-tallsintroduksjonen av perisylvianske hjerneområder for språk. I dag kan du ikke plukke opp en bildestudie (imaging) av hjernen uten å se at også andre områder i hjernen er inkludert for språklige oppgaver: prefrontalt, veldig viktig, mye mer av tinninglappen enn det som var opprinnelig inkludert; parietallappen ser også ut til å være viktigere enn vi ville ha gjetten; samt venstre hemisfære og større deler av høyre hemisfære. Vi visste liksom at venstre/høyre hemisfærelasjonen var der fra split-brain-studiene, men når du ser dette tydelig på de nydelige bildene man får av bildetekningsteknikker i hjernen - dét er en enorm endring bare innenfor det vi antar skjer ved faktisk språkprosessering.

MK: Noen ganger kunne man få inntrykk av at bildetekningsstudier viser hvor ting skjer i hjernen, men at det ikke er noe plass til intervensjonsstudier. Dvs., på en måte er dette litt tilbake til eldre tider, hvor man søkte etter språkregioner i hjernen for spesifikke oppgaver, men det finnes færre publikasjoner om hva vi kan gjøre med dette, i hvert fall så langt.

LO: På en måte har du rett. På den andre siden, synes jeg når det gjelder studier innen tospråklig afasi, at vi beveger oss inn i en periode hvor det gjøres grunnleggende god forskning på behandling. Jeg er enig med

deg, at det ikke er basert på hjernen. Det er også en liten undergruppe av studier, og jeg har ikke helt resultatene i hodet mitt, som inkluderer bildetaking av hjernen hos personer med afasi før behandling og igjen etter behandling, og beskriver at visse områder er endret som en følge. Det er litt overraskende for meg at det skulle være synlige endringer i hjernen etter få ukers behandling. Enten har bildetaking av hjernen blitt betraktelig med presis, eller så beskriver det som rapporteres noen mer tilfeldige effekter av det som skjer, virker det som for meg.

MK: Det finnes noen få av disse studiene innen afasi de siste årene, men de studerte små grupper og resultater bør repliseres, men det er sannsynligvis en fremtidig trend å ha mer av det.

LO: Selvfølgelig er det et interessant spørsmål hvor i hjernen en spesiell terapi kan hjelpe. Hvis vi kan dokumentere det fortløpende og konsekvent, så blir dette veldig interessant.

MK: Hva tror du andre fremtidige trender vil bli, spesielt i tospråklighet og afasi?

LO: Det er alltid det interessante spørsmål, ikke sant? Jeg har sett en annet endring (for å starte å svare på

spørsmålet) innen tospråklighetslitteraturen. Da jeg kom inn i feltet i midten av 1970-tallet, var det bare noen få mennesker som sa: «Vet du, tospråklighet er ikke bare dårlig, det har noen fordeler». Dette har blitt den grunnleggende forståelsen av feltet de siste 30-40 år. Tospråklighet er ikke et problem, derfor bør ethvert barn oppfordres til å vokse opp tospråklig. Nå gjennom de siste årene er det en ny utvikling som sier: «Vel, ja, flerspråklige gjør det bedre på de utøvende (eksekutive) funksjoner og oppgaver, men de har leksikalske uthentingsproblemer». Kanskje delvis på grunn av komplekse ferdigheter innefor språkkunnskap (proficiency), men kanskje fordi førstespråket (hvis det fortsatte gjennom livet) er knyttet til en noe mindre eksponering for hvert enkelt ord, fordi barn fikk mer generell eksponering. Så det er mulig at fremtiden vil vise oss 1.) en innsnevring av hvilke aspekter av eksekutive funksjon som er knyttet til hvilke aspekter av tospråklig praksis, og 2) at det vil være andre eksempler på språkoppgaver som flerspråklige ikke er fullt så god på. Jeg lurer på om disse vil være synlige i forståelsesoppgaver under vanskelige forhold, tilsvarende som de er i leksikalsk uthenting og benevning. Det virker for meg som at det er disse retninger folk vil vende til med utgangspunkt i dagens interesse for eksekutiv funksjon og tospråklighet.

MK: Tror du det kan være en trend at flere og flere foreldre kommer til å oppdra sine barn tospråklige?

LO: Det er et spesielt interessant spørsmål, og det vil variere fra kultur ved kultur. Jeg vet det svinger mye i USA.

MK: Jeg mener, det er selvfølgelig mange flere tverrkulturelle ekte-skap, og derfor flere barn som oppdras naturlig som flerspråklige. Men jeg vet også om familier som har lest forskning om at det kan være en mulig positiv effekt av tospråklighet og som kanskje ikke er tospråklig av natur, men likevel vil oppdra sine barn tospråklige.

LO: Jeg smiler, fordi jeg tenker på en tysk professor i iranske studier i USA, som snakket til sin sønn bare på persisk, og dette var på sekstitallet, slik at barnet ville bli trespråklig. Kona snakket bare tysk, og de visste ungen ville få engelsk i skolen. Jeg kan ikke forestille meg hvordan man kan snakke slik til sitt barn, for meg virker det som om folk i dag kan ha et bedre forhold til ungene sine enn de kunne ha gjennom sitt profesjonelle språk. Det var en artikkel i New York Times, kanskje et halvt

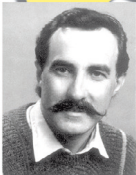
Ny bok

Den grunnleggende lese- og skriveopplæringen

av Odd Haugstad



Uunnværlig for deg som arbeider med begynnerlesing



Odd Haugstad er en av de fremste praktisk-teoretikerne på dette området i Norge.

Pedagogisk forlag – Postboks 1043
4687 Kristiansand – Tlf: 92 66 29 45
Faks: 38 04 55 52 – www.pedforlag.no





Loraine Obler og Melanie Kirmess.

år siden, som publiserte at tingen man bør gjøre i dag - hvis du har råd til en barnepike - er å velge en barnepike som snakker et fremmed språk. Faktisk, i New York er det vanskelig nok å finne en person med engelsk som morsmål som vil ta jobben som en barnepike! Så jeg tror at hvis folk har råd og mulighet til å oppdra barna tospråklig, så kommer de til å gjøre det. Men jeg lurer på om det gjelder mer innefor visse miljøer. Du vet, i USA er nå den største ikke-engelsktalende gruppen de spanskitalende. I dette miljøet er det noen mennesker som føler sterkt for at deres barn har behov for å inkluderes og dermed ønsker god engelsk språkopplæring, og så er det andre mennesker som føler det er viktigere å vedlikeholde det spanske språket. Inntil den første gruppen er virkelig overbevist til å tro at du kan opprettholde spansk uten at det påvirker din engelsk, så vil de sannsynligvis ikke prioritere slikt. Jeg tror den historiske konteksten kan endre seg.

MK: Jeg tror vi har en tilsvarende diskusjon i Norge, når vi tilbyr innvandrerbarn undervisning på morsmålet, med morsmåls lærer, eller om undervisning skal være på norsk, og hva det beste ville være for framtidig utvikling, spesielt ordforråd.

LO: Og noen foreldrene vil jeg anta, tar en beslutning, og andre noe annet.

MK: Hadde du noen forbilder i løpet av din profesjonelle karriere, spesielt kanskje som en yngre forsker?

LO: Det er et interessant spørsmål. Du vet, når jeg gikk på college i Michigan på begynnelsen av syttitallet, da hadde jeg bare to kvinnelige professorer på alle mine 6 år jeg var der. Og begge var selvfølgelig veldig smarte kvinner. Den ene var professor Robin Lakoff, den andre professor Joyce Friedman, de var på en måte forbilder. Jeg hadde egentlig ikke lagt merke til før ganske sent at kvinner ikke var professorer, siden jeg først og fremst likte å studere. Da jeg kom til Aphasia Research Center, var jeg bare glad for å være i et miljø med så mange kloke mennesker som jobber på disse fagområdene. Jeg var heldig å ha min mentor og kollega Dr. Martin Albert, som er 10 år eldre enn meg, til å lede meg varsomt til å utvikle vårt laboratorium om språk og aldring, som var velvitende om viktigheten av publisering for å få forskningsstøtte, og som liksom dirigere alt dette, og som lot meg gjøre hands-on-arbeidet som gjorde at jeg utviklet disse ferdighetene. Så i denne forstand, kunne de telle som helter.

MK: Som et siste spørsmål, har du noen råd for unge, nyutdannede logopeder?

LO: Vel selvfølgelig, siden jeg elsker forskning, så jeg vil oppfordre alle andre til å tenke på på det en gjør i det kliniske arbeidet som en form for forskning: du analyserer hva problemene synes å være for en gitt klient, du utvikler mulige tilnærminger til dem, du prøver dem ut og du observerer om det fungerer eller ikke. Hvis de ikke fungerer, endrer du dem. Hvis de fungerer, se deg om etter neste utfordring eller problem. Så det er en måte på å involvere seg med forskning og tenke som en forsker. Og det gjelder å delta dager på som «Afasidagene» og videreutdanne seg, dvs. å stimulere seg selv til å holde seg intellektuelt engasjert. Ikke alle liker å gjøre det, eller å lese bøker og artikler, fordi det kan være morsommere å arbeide med klienter og å se dem bli bedre og å ha følelsesmessige relasjoner til dem og deres familier. Men noen ganger kan det være frustrerende, når de ikke blir bedre. Derfor er det et supplement for meg å finne den menneskelige hjernen og språk fascinerende i seg selv, og å være klar over forskningslitteraturen.

MK: Tusen takk for din tid og svar.

Tekst: Melanie Kirmess – Foto: Kirsten Jorundland

- Yrkesetikk, takkl!

«Det er jo sorgen»



Samme hvor dyktige vi er som logopeder, så hender det av og til at noen er misfornøyd med det vi har gjort. Ikke sjelden er det de nærmest pårørende, ektefelle, samboer eller foreldre, som står for kritikken. Vi kan få kritikk for ikke å ha gjort mer enn det vi gjorde eller ikke å ha gjort det på andre måter. Noen ganger gjelder kritikken at vi ikke oppnådde bedre resultater enn det som faktisk var tilfelle. Innimellom kan det virke som om de pårørende hadde forventet total restituering, noe vi vet er en umulighet i mange tilfeller. Er vi «heldige», kommer kritikken når vi er alene med den som kritiserer, men noen ganger får vi kritikk med alle våre kollegaer til stede. Det skjer også at kritikken blir fremført på en – etter vår målestokk – nokså brutal måte (selv om den som kritiserer kanskje synes det er helt på sin plass å gjøre det slik). Den kan komme i form av spørsmål, anklager eller som en virkelig skjennepreken. I slike situasjoner føler vi ofte at vi blir urettferdig behandlet. Vi synes ofte kritikken er grunnløs.

Hva gjør vi da? Hvordan reagerer vi? Går vi i forsvar? Instinktivt får vi nok et behov for å forsvare oss, vi synes jo kritikken er så urettferdig. Men klarer vi å la være å forsvare oss? De gangene vi gikk i forsvar, endte det vanligvis ikke godt, det må vi nok innrømme. Prøver vi i stedet å forklare hvorfor vi gjorde som vi gjorde? Blir vi opptatt av å si de riktige tingene, slik at kritikken stilner, hva nå de riktige tingene skulle være? Hvis den pårørende er sint fordi vi ikke har gjort det vi hadde forespeilet dem, er det nærliggende å svare at vi har så mye å gjøre at vi dessverre ikke har rukket det. Så føyer vi til en kommentar om at dette ikke er en unnskyldning, men en forklaring. Den pårørende på sin side bryr seg svært lite om arbeidspresset vårt, og dermed blir gjerne konfliktnivået skrudd enda et hakk opp.

Vi sier det ikke, men tenker ofte «Det er jo sorgen». De pårørende antas jo å være i stor sorg, og da synes vi ikke det er så rart at de overreagerer en gang iblant. Hvorfor tenker vi slik? Er det fordi de pårørendes sorg betyr noe for oss, eller er det for å gjøre det lettere for oss å takle kritikken? Hvis vi kan forklare kritikken med den pårørendes sorg, har vi jo mindre eget ansvar for at konflikten oppsto. Det kan godt hende sorgen er en stor del av forklaringen til at den pårørende er frustrert, men det behøver ikke å være den eneste forklaringen. Er sorgen stor, blir det desto viktigere at vi opptrer profesjonelt, noe som igjen betyr at vi ikke kan frskrive oss vår eventuelle del av ansvaret for den pårørendes reaksjoner. Det er lett å tenke «Det er jo sorgen», men det er vanskeligere

å gå i seg selv og reflektere over om den pårørende kanskje har et poeng, tross alt.

Konflikter med pårørende kan nok aldri unngås helt, men de kan til dels forbygges. Vi gjør nok alle det vi kan for å forebygge, rett og slett ved at vi er opptatt av å møte mennesker på en god måte. Vi lytter til det de har å fortelle, vi delgir dem våre vurderinger og prognoser på en måte som er mest mulig ærlig, men samtidig minst mulig brutal. Vi svarer på spørsmål, og vi setter av tid til dialog og møter med dem.

Likevel er det vanskelig å møte pårørende på en god måte. Vi vet vanligvis ikke hva de har med seg i bagasjen av tidligere erfaringer og opplevelser. Vi tror noen ganger at de ikke er i stand til å ta inn over seg realitetene, og dermed sier vi noe her og noe der, men kommer ikke dit hen at vi forteller dem hele bildet. For noen er dette en nødvendig strategi, for andre fører det bare til urealistiske forventninger som på et tidspunkt blir lagt i grus, og så er konflikten der. Andre ganger tenker vi at de må få høre sannheten, men så oppfatter de oss som brutale. De hadde trengt et halmstrå, men det presterte vi å ta fra dem.

Hvordan klarer vi å realitetsorientere uten å ta fra dem håpet? Håpet er jo viktig, selv om det noen ganger er urealistisk. Uten håp er det vanskelig å orke å møte morgendagen, og derfor kan selv et urealistisk håp være en nødvendighet. Kan en mulighet være å fortelle det vi tenker, men samtidig peke på opp-treningsmuligheter eller måter de kan møte utfordringene på?

Med dette som bakteppe blir det vanskelig å forklare den pårørendes sterke reaksjoner med sorgen alene. Vi må nok i det minste tørre å gå en runde med oss selv først for å vurdere om noe bør gjøres annerledes i fortsettelsen. Etter å ha gått en slik runde, kan det godt hende at vi fortsatt mener at vi ikke kunne eller burde ha gjort noe annerledes. Det er greit nok. Vi trenger ikke å la oss presse. Vi er fagpersoner som må ha et visst spillerom for å kunne utøve faget. Det gir også et galt signal, hvis vi legger oss paddeflat hver gang noen er misfornøyd. Men vi bør lytte til kritikken før vi eventuelt plasserer forklaringen til den pårørendes kritikk utenfor oss selv. Nettopp fordi sorgen er stor.

Erik Reichmann
Leder, Yrkesetiske råd

Leserinnelegget «Logopediens mange hinder» i Norsk Tidsskrift for Logopedi 3/2011 viser at det nok en gang skjer faglige uriktige vurderinger i HELFO. Fra tid til annen opplever brukere med behov for privatpraktiserende logoped at HELFOs grunnlag Folketrygden §5-10 om logopedisk/audiopedagogiske tjenester for språk- og talevansker ikke gjelder for dem – selv om de har språk-/talevansker.

Nye regler for logopediske tjenester ble iverksatt fra 14.04.08. Gjennom logopedfaglige beskrivelser av hva språk- og talevansker er, ble tidligere faglige feil fjernet fra regelverket. Det ble samtidig gjort ei ansvarfordeling av vansketyper mellom HELFO og kommunene ved at kommunene skal gi hjelp på alle områder innen språk- og talevansker (inkludert lese- og skrivevansker), og at HELFO skal dekke logopedisk hjelp på alle typer språk- og talevansker foruten lese- og skrivevansker (for alle aldersgrupper), i de tilfeller der kommunen ikke kan gi nødvendig hjelp. Hvorvidt kommunen har ansatt logoped eller har kapasitetsproblemer hos egne logopeder er ikke relevant for godkjenning hos HELFO. Fra 14.04.08 kunne brukerne altså få nødvendig hjelp enten fra kommunen eller fra privatpraktiserende logoped. Bekreftelse fra kommunen på manglende logopedisk tjeneste og henvisning med diagnose fra lege er grunnlag for søknad til HELFO. Disse reglene gjelder fortsatt.

Privatpraktiserende logopeder som arbeider ut i fra godkjenninger fra HELFO har underskrevet samarbeidsavtale med HELFO. Pr. november 2011 har det ikke kommet endrede regler siden 14.04.08. Som samarbeidspart forventer jeg at gjeldende regler blir fulgt inntil det foreligger andre bestemmelser og enighet mellom partene. Det er svært betenkelig at HELFO sentralt ber rådgiverne sine gi avslag på søknad om logopedisk behandling for språk- og talevansker som helt klart faller inn under hva som skal godkjennes som språk- og talevansker (for eksempel stamming, løpsk tale, språk-vansker). Rådgiverne har ikke logopedfaglig kompetanse og rådfører seg med rådgivende leger, som heller ikke har logopedfaglig kompetanse (det finns ikke legespesialisering på språk- og talevansker i Norge, og temaet er mikroskopisk lite på allmennmedisinutdanningen). HELFO sentralt har gitt rådgiverne instruks på feil faglig grunnlag og dessuten med feilaktig forståelse av sitt eget begrep «lyte».

HELFO skal gi godkjenning for logopedisk behandling

dersom vansken er forårsaket av «sykdom, skade eller lyte». Spørsmålet som HELFO ser ut til å ha stilt seg det siste året er hvorvidt de ulike typene språk- og talevansker er sykdom, skade eller lyte. Problemene som har oppstått i denne «oppklaringen» ser ut til å skyldes at HELFO ikke har definert hva «lyte» er, samtidig som de mangler kompetanse om årsaker til språk- og talevansker.

Lyte er et gammelt begrep som brukes lite i dag. Foruten i HELFOs regelverk, viser internettsøk at begrepet finns i 4. Mosebok, og i en dom i Trygderetten fra 2000. I 4. Mosebok er lyte brukt i betydningen feil/mangel. Dommen fra Trygderetten konkluderer at lyte er «en kroppslig eller medisinsk tilstand som er invalidiserende, og som ikke kan kalles sykdom eller skade». Med dette kan lyte forstås som en feil/mangel-tilstand som gir funksjonsvansker, medfødt eller ervervet.

ALLE språk-, tale- og kommunikasjonsvansker er «feil»/»mangel» i form av en avvikende og/eller forsinket tilstand/utvikling sammenliknet med «normal» språk- og talefunksjon, og kan være svært «invalidiserende» (begrep som bør byttes ut)/funksjonshemmende for den det gjelder. Årsaker til språk- og talevansker er organisk betinget; nevrologisk og/eller biokjemisk (foruten funksjonelle stemmevansker som er forårsaket av skade), altså noe kroppslig og/eller medisinsk. Ut i fra dette er språk- og talevansker ALLTID en lyte, mens noen språk- og talevansker også skyldes skade eller sykdom (for eksempel stemmevansker, dysfagi og afasi). Selv om begrepet lyte er gammeldags og gir få assosiasjoner hos mange, er innholdet i begrepet viktig å ivareta i HELFOs regelverk. Kanskje kan begrepet funksjonshemming dekke både sykdom, skade og lyte? Dette er i samsvar med WHO (2001) sine retningslinjer beskrevet i International Classification of Function (ICF) som brukes tverrfaglig og internasjonalt. I ICF brukes funksjonshemming som en paraplybetegnelse for alle typer funksjonsnedsettelse (impairment).

For å avhjelpe dagens akutte problem med avslag på feil grunnlag fra HELFO, vil jeg som privatpraktiserende logoped presisere overfor brukere og henvisende leger at de må skrive i søknader og klager hvorvidt tilstanden er lyte, sykdom eller skade.

*Signbild Skogdal,
logoped MNLL/PhD-stip.*

BRUKERGRUPPENE I SAMARBEIDSRÅDET FOR SPRÅK- OG TALEVANSKER

Sterk bekymring for logopedisituasjonen i Norge!

Brukergruppene i ovennevnte Samarbeidsråd omfatter barn, unge og voksne med store og spesifikke språk- og talevansker:

- Spesifikke språkvansker hos barn
- Dysleksi (store lese- og skrivevansker)
- Taleflytvansker (stamming og løpsk tale)
- Afasi (språkvansker etter ervervet skade i hjernen)
- Stemmevansker
- Leppe-kjeve-ganespalte
- Strupe- og munnhuleopererte
- Dysartri (nevrologisk betingede talevansker)

Følgende foreninger er representert i dette rådet:

- Foreldreforeningen for barn med språkvansker
- Leppe- ganespalteforeningen
- Dysleksi Norge
- Afasiforbundet i Norge
- Munn- og halskreftforeningen
- Norsk Interesseforening for Stamme (NIFS)

Foreningene representerer over 400.000 personer med ovennevnte vansker, hvor støtte og behandling av *logoped* ofte er helt nødvendig. Det er derfor urovekkende at en undersøkelse nylig utført av Norsk Logopedlag, avdekker bekymringsfulle tall og fakta: Det er en *kjensgjerning at det i dag er mangel på logopeder*. Undersøkelsen viser en *høy gjennomsnittsalder* hos denne gruppen - 30% er over 60 år - og at logoped-utdanningen ikke utdanner flere fordi kommunene *ikke oppretter nye stillinger for logopeder!*

På denne bakgrunn frykter både pasienter og logopeder lengre ventelister! Vi kan videre ikke forstå hvordan PP-tjenestene i kommunene kan følge opp alle de gode intensjonene i meldingen! I dag er situasjonen mer og mer uholdbar, og tilbudet alt for dårlig for brukerne. Det kommer stadig inn meldinger om avslag, ventelister og at mange kommuner mangler nødvendig kompetanse!

Dette kan få store og svært uheldige konsekvenser for mange brukere!

I ovennevnte melding ønsker departementet å legge til rette for interkommunalt/regionalt samarbeid og nettverk. Dette er helt nødvendig, men så lenge dette kun gjelder de kommunene /fylkeskommunene som *selv ønsker det*, er vi dessverre ikke optimister i denne sammenheng! Skal dette forslaget/ønsket få effekt, kan det ikke være en frivillig ordning, men et *pålegg*! Funksjonshemmedes organisasjoner har erfaring for at dette må til for å bedre et tilbud som er for dårlig! Vi registrerer at kommunene i stadig sterkere grad avslår logoped-behandling med følgende begrunnelse: – *Kommunen har ikke logoped!*

Ovennevnte brukergrupper vil følge utviklingen nøye og fortsatt komme med forslag og innspill som kan bedre situasjonen for utsatte grupper.

Vi er åpen for kontakt i det videre arbeid!

Oslo 14.11.2011

For brukergruppene i Samarbeidsrådet for språk- og talevansker.

Are Albrigtsen

Jeg finner ikke ordene

– Kommunikasjonsbok for afasirammede og for fremmedspråklige

Forfatter: Ingrun Gudbrandsen – Utgitt på Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke 2010 ISBN 978-82-450-0761-9



Logopeder som arbeider med afasi er ofte på utkikk etter kommunikasjonshjelpemidler for sine brukere. Ved første øyekast virker det noe pussig å lage en kommunikasjonsbok som skal brukes både av afasirammede og fremmedspråklige. Har disse gruppene virkelig så sammenfallende behov for supplerende kommunikasjon så de har nytte av samme bok? Bakgrunnen for at boka ble lagd, var at forfatteren opplevde afasi hos en av sine nærmeste. Hun fant ikke noe godt kommunikasjonshjelpemiddel og bestemte seg for å lage et selv. Hun fikk midler fra «Leser søker bok» til prosjektet, og med midlene fulgte en del betingelser, blant annet at boka også skulle kunne brukes av fremmedspråklige, og med dette fulgte naturlig nok kompromisser som kan ha gått ut over brukervennligheten.

Det er to forord, et til hver av brukergruppene, med noe ulikt fokus. For de fremmedspråklige er det lagt vekt på at boka skal brukes til å lære norsk, og bygge opp et norsk ordforråd. For afasirammede er målgruppen først og fremst de som ikke er i stand til å produsere noen ord selv, men forstår at de kan bruke bilder i stedet. Det er med utgangspunkt i afasirammede at denne omtalen er skrevet.

Boka er utgitt i et ringpermformat som er ca. A5, og størrelsen er hensiktsmessig hvis man skal ta med seg boka i en veske. Permen er i solid papp, festet på forsiden med borrelås, og kan brukes av enhåndsbrukere. Innsiden av permen har symboler for OK, ja, nei og takk. Bokas innhold er delt inn i ti kategorier. Kategoriene er *følelser, helse og velvære, mine hjelpere, aktiviteter, mat og drikke, klær og sko, reise, tid og tall, besøk og diverse*.

Kategoriene er skilt med stive ark, og det ser ut som meningen er at hver kategori skal ha sin farge, men dette systemet er ikke helt gjennomført, og er dermed ikke så mye til hjelp. Bildene som representerer disse kategoriene kunne dessuten vært mer kommunikative. For eksempel skal et bilde av en garderobe med tomme kleshengere representere besøk. Papirkvaliteten på arkene med bilder innen hver kategori er ikke så god som man kunne ønske. Papiret er tynt, kan fort bli slitt, og egner seg heller ikke så godt til å lime inn andre bilder som passer bedre for den enkelte bruker. Solide ark var noe av det forfatteren og konsulentene argumenterte for, men som de ikke fikk gjennomslag for av forlaget.

Hva slags innhold man skal velge er et evig spørsmål når man lager en kommunikasjonsbok, både når man lager en selv til en bestemt bruker, og antagelig i enda større grad når den skal masseproduseres, og i tillegg rettes mot to helt ulike brukergrupper. Av og til er det valgt mange bilder for å nyansere ett begrep, for eksempel er det på én side bilde av både strikkelue, hatt, caps, lue (sixpence) og hijab, mens andre temaer er mer eller mindre utelatt, eller atskillig mindre nyansert.

Det er lagt opp til personlig tilpasning av boka, med en del åpne felt til egne bilder og plass til å skrive inn egen tekst, og ringpermformatet inviterer dessuten til å legge til eller ta bort sider etter ønske. Og jeg vil anta at boka først og fremst vil kunne fungere som et utgangspunkt for en tilpasset kommunikasjonsbok, som man må endre og utvikle etter hvert som den enkelte bruker får erfaring med å bruke den.

Det er tydelig at det ligger et grundig arbeid bak boka, og det er prisverdig at noen tar initiativ til og gjennomfører slike prosjekter. Resultatet ville nok blitt bedre hvis forlaget i større grad hadde tatt faglige innspill til følge. Som med mye annet materiell vil ikke denne boka passe for det store flertall av afasirammede, men helt sikkert for noen. Det er naturlig nok mange pårørende som kjøper boka, og har forventninger til at den kan lette kommunikasjonen. Det er viktig at logopeder som jobber med afasi kjenner den, slik at de kan vurdere og prøve ut hvem den kan være til hjelp for. Hvis boka skal være til hjelp, vil det som sagt trenge personlig tilpasning, og veiledning av brukere, pårørende og hjelpepersoner.

Ingvild Røste

vi trenger ditt tips!

Lesebrett og lesemuligheter

Med nye redskaper oppstår nye muligheter og utfordringer for de samiske språkene.

I august leste jeg i Altaposten at «Lesebrett kan motivere gutter til å lese», og det var spennende lesning. Med slike nye redskaper oppstår nye muligheter og utfordringer for de samiske språkene. Jeg har sett på hvilke App:er som finnes som kan brukes i pedagogisk arbeid, og om de finnes på de samiske språkene.

Hva er en App?

Applikasjonsprogrammer (engelsk application, <<anvendelse>>), ofte kalt applikasjon, er et program som datamaskinens ressurser bruker til et arbeid som brukeren vil gjennomføre.

Det jeg fant var NRK Sápmis nyheter, både radio- og TV-app. Og «Pekbok» på sørsamisk, hvor ordene både sies og skrives på sørsamisk. Denne er tenkt for de minste barna, men passer selvfølgelig også for de som er i ferd med å lære seg språket.

I løpet av det året jeg har hatt iPhone har jeg sett hvor flittig min nevø er til å laste spill og lesestoff til IPHonen, f.eks. «Alle barna-vitser», og alle guttene samles og leser vitsene høyt for hverandre. Slike vitser passer bra som lese-trening, fordi de er korte og ofte treffer gutter. Når de leser på norsk er det ikke alltid de forstår poengene i vitsene, men sammen finner de ut av det.

Jeg støtter påstandene om at både iPhone, iPod og iPad er nyttige redskaper til lesetrening, og disse redskapene vil nok brukes daglig også av oss samer. Men den største utfordringen blir om disse redskapene kan de samiske bokstavene, og om produsentene ser nytteverdi i at det finnes morsomme samiske språkaktiviteter man kan bruke hvor som helst.

Forskningen viser at gutter interesserer seg mer for teknologiske redskaper, og slik utfordrer disse guttene til å lese.

På de nordiske språkene og på andre språk finnes det mange app:er beregnet på begynneropplæring i lesing –

sammenheng mellom lyd og bokstaver, ord og tekster. I tillegg finnes app:er som kan brukes i andre fag i skolen. Dette tilbudet burde finnes også for de samisktalende, men hvem tar ansvaret for å lage samiske app:er? Som spesialpedagog ser jeg også at app:ene gir mange muligheter til å tilpasse opplæringen til og utfordre barn med språkproblemer.

App:er til opplæringa

Her viser jeg hvilke app:er som kan brukes i opplæringen, uten at jeg kommer inn på hvordan de kan brukes. De fleste er ganske selvinstruerende og vi vet jo at barn tør å trykke på lesebrettet.

Samtidig er dette en ønskeliste over hva som også burde finnes for samisktalende. App:ene uten språkbenevnelse er på norsk. Du finner applikasjonene i iTunes Appstore.

Tegnordbok	Norsk hangman	Den lille lesehesten
Happi leser – et lær å lese spill for barn by Happi Papi	Sjiraffen Samuel	iCan Read – engelsk – spansk og norsk
Ballongsirkus HD	Abc spill	Hangman
Lydlotto	Trygg Trafikk	Flagg
Norske rebuser	Bibelord	Sitater
AbcdNorsk	Kidzofon Norsk	Ordspråk
Spelling practice	Find word	Truede ord – dansk
Alle barna vitser	Norske vitser	Vitser
Rim og regler	H.C Andersen Eventyr	English Vocab builder for Norwegian
Dagens dikt	Dunderly	lesNouvelle
Pekbok – sydsamisk	Word Wheel – the game – engelsk	Ordhjulet – dansk
Bible+ engelsk	Read n talk	Ordbiten – svensk
ORD-provet voksne – svensk	Knæk Læsekoden – dansk	Ord Express – svensk
Mat på Engelska – fräscha upp din Engelska inför resan! – svensk	TextBlock – engelsk og svensk	Substantiv – svensk
Lingoloons – svensk og engelsk	WordWise – Gissa ordet (om du kan) – svensk og engelsk	English word finder

Lisa Baal

Kathrin Schmidt

Du skal ikke dø

Roman – Cappelen Damm 2011

Hovedpersonen i boka våkner opp på sykehus etter en hjerneblødning, med språk- og hukommelsesvansker. Hun må sakte, men sikkert bygge opp igjen både identitet, minner og relasjoner, i tillegg til kognitive og fysiske funksjoner. Romanen er delvis selvbiografisk. Schmidt, som er psykolog og har erfaring med hjerneslag også gjennom arbeidet sitt, fikk selv et hjerneslag i 2002, med språkvansker og høyresidige utfall. Hun har kommet seg svært godt, men kan fortsatt bare skrive med venstre hånd. Hun har uttalt at beskrivelsen av sykdomsforløpet nesten utelukkende er basert på hennes egen erfaring. Hovedpersonen forsto en del av det som ble sagt den første tida, men var lenge ute av stand til å uttrykke seg. Forbindelsen mellom ord, tanker og følelser manglet. Blant

flere hjerteskjærende episoder er også hjemmebesøket der hun skal spise sammen med familien for første gang. Hun skammer seg over å ikke klare å kontrollere maten, og sikkelt, mat og snørr renner. Å gjenvinne tapt språkfunksjon anser hovedpersonen som sin viktigste oppgave, men hun levner dessverre ikke logopedene mye ære i den forbindelse. Boka pløyer mye dypere enn bare å være en beskrivelse av et hjerneslag, men vil naturligvis være av spesiell interesse for alle som jobber med slagrammede. Den anbefales alle logopeder, ikke minst for sine litterære kvaliteter.

Ingvild Røste



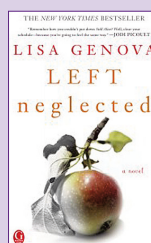
Lisa Genova



Alltid Alice &

(Roman – norsk oversettelse av Bodil Engen, Pax Forlag 2010), originaltittel "Still Alice" (2009)

I «Alltid Alice» møter man femti år gamle Alice Howland, anerkjent og vellykket professor og forsker på Harvard Universitet. Til tross for sin unge alder begynner Alice å glemme ting og begynner å oppføre seg annerledes i sosiale og faglige settinger. Hun får etter hvert stilt diagnosen Alzheimer demens. Boken beskriver hennes raskt fremskridende sykdom og dens påvirkning på hennes yrke og familieliv. Leseren følger Alice' opplevelser og strategier for å mestre hverdagen både fra jeg-personens innsideperspektiv og fra et mer utenforstående, observerende og beskrivende nivå. Boken gir et godt innblikk i demenssykdommen og berører mange utfordringer som oppstår når en person i familien får denne diagnosen. Boken er ikke basert på en sann historie, men dens fiktive ramme beskriver allikevel en så personlig historie at leseren får opplevelsen av at det kunne vært et ekte tilfelle. Samtidig gir den skjønnlitterære rammen større rom for å beskrive de utfordrende etiske dilemmaer mange i lignende situasjoner vil kunne gjenkjenne seg i – både som person med en lignende diagnose og som pårørende. For eksempel, når ektemannen strever med å akseptere Alice' diagnose og søker håp og råd i forskning og medisiner som ikke er ferdig utprøvd, eller når det skal drøftes videre omsorg og pleie for Alice når sykdommen fremskrider. Boken (i hvert fall den engelske utgaven som u.t. leste) inneholder et vedlegg med forslag til drøftinger av ulike problemstillinger som kan være utgangspunkt for fagutvikling og studentdiskusjoner.



Left neglected

(Roman – 2011)

Forfatteren Lisa Genova, har studert biopsykologi og har en doktorgrad innen nevrovitenskap (Neuroscience) fra Harvard. Med denne bakgrunnen og imponerende detaljert kunnskap om demenssykdommen klarer hun å beskrive et realistisk bilde av en sykdomsgruppe som foreløpig er relativt lite fokusert på – demens blant yngre personer. At hun tenker å fortsette som forfatter av medisinsk inspirert skjønnlitteratur kan vi se i hennes andre bok med den engelske tittelen «Left neglected» (2011). Ordspillet i tittelen er vakkert og betegnende for det den unge karrierkvinnen Sarah Nickerson opplever som følge av en bilulykke. Hun våkner opp fra koma etter en alvorlig hodeskade med lammelser, og spesielt et venstresidig neglekt. Det vil si at hun har redusert oppmerksomhet mot venstre side av kroppen og omgivelsene. Boken beskriver hennes langvarige vei med rehabilitering og reorientering i livet som ung kvinne, mor, kone og yrkesaktiv. Boken inneholder også mange oppløftende eksempler på dagens muligheter for funksjonshemmede, samtidig som den kan kunne kritiseres for å tegne et for lykkelig bildet av en «happy ending à la Hollywood». Den anbefales likevel som faglig-inspirerende bok, som forhåpentligvis snart kommer i norsk språkdrakt og dermed kan gjøre problemstillingen rundt hodeskade og neglekt kjent for allmennheten.

Melanie Kirmess

Mastergradsoversikt, Universitetet i Bergen

Navn	Masteroppgavetittel 2010
Døli, Hedda Ruth Håkonsen, Therese	A study on the comprehension of quantifiers and implicatures in preschool children: Effects of working memory and general grammatical abilities.
Haukedal, Christiane Lingås	Mismatch negativity hos barn mellom 4 og 7 år - en sammenligning av barn med spesifikke språkvansker og kontroller.
Kabicheva, Galina	Language Learning and Executive functions: An electrophysiological Study of Language Learning in Children with Language Impairment.
Male, Veronica Helen Johansen	Laryngeal dysfunksjon.
Sørensen, Christina	Nevrofysiologiske korrelater til syntaktisk læring hos førskolebarn med spesifikke språkvansker.
Aaby, Camilla	Stemmerelatert livskvalitet - en verdifull parameter i utredning og evaluering av stemmevansker.
Navn	Masteroppgavetittel 2011
Attramadal, Ingvild Kristine Kihle	TEOAE SUPPRESJON OG STØYPERSEPSJON.

Mastergradsoversikt, Universitetet i Oslo

Navn	Masteroppgavetittel 2011
Bjerkelund, Anne-Mette	Forholdet mellom reseptivt og ekspressivt ordforråd. En studie av ordforrådet hos femåringer med enspråklig og tospråklig bakgrunn.

I denne spalten publiseres de nyeste masteroppgavene innenfor logopediske emner – men redaksjonen klarer ikke alltid å ha oversikten – derfor ber vi deg som har skrevet eller vet om noen som har skrevet masteroppgave om å informere oss på: lisabaal@hotmail.com merk e-posten «Masteroppgave».

NYTT MATERIELL PÅ NORSK

www.spf-norge.com



Alfa-materiell og spf-penn

Opgaver med tre eller fire svarmuligheter. Spf-pennen viser det riktige svaret med lys og lyd.

- Hva passer sammen?
- Hvor mange?
- Hvilken geometrisk form?
- Hvor mange bokstaver?

Eske med 40 oppgavekort nok 92,-
Spf-penn 1 stk nok 87,-
Spf-penn 10 stk nok 672,-

Mer informasjon og bestilling på
www.spf-norge.com
Special-pædagogisk forlag · Birk Centerpark 32 · DK-7400 Herning · Tlf +45 9712 8433 · kundeservice: kunde@prosocial.no · ekspedition@spf-herning.dk



Presentasjon av ph.d. prosjekter

Logopedi i Norge har hatt et rykte om at det forskes for lite på høyere nivå. Derfor vil vi gjerne synliggjøre noe av det stadig økende mangfold av doktorgradsprojekter som gjennomføres og forskes på av logopeder og tilknyttede fagområder. På denne siden vil vi derfor fortløpende presentere doktorgradsstudenter. Holder du på med forskning på doktorgradsnivå eller kjenner en logoped som gjør det – ta gjerne kontakt med redaksjonen.



Navn: Liv Inger Engevik

Bakgrunn: Master i spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo.
Fordjupning: Utviklingshemning

PhD stipendiat ved Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo, 2009-2013

Tidsperiode: 2008-2013

Tittel på PhD-prosjektet: The teacher's role in educational dialogues involving pupils with Down syndrome

Føremål & bakgrunn: Føremålet med studien er å undersøke korleis spesialpedagogar freistar å involvere barneskuleelevar med Down syndrom i ulike læringsaktivitetar, slik som boklesing, skriveoppgåver, bygge duplo saman etc. Det fins ulike måtar å motivere elevar til å innta ei aktiv rolle i den pågåande aktiviteten og på den måten stimulere språk og kognisjon. Når det gjeld elevar med Down syndrom pågår det ein diskusjon om kva som gir best støtte i undervisningssituasjonen; hyppige instruksjonar (*directiveness*), eller å følge initiativet til barnet i større grad (*responsiveness*). Lærarrolla vil bli analysert og drøfta gjennom bruk av videoobservasjonar.

Rettleiarar: Professor Bente Hagtvet, Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo og Anne Edwards, Department of Education, University of Oxford

E-postadresse: l.i.engevik@isp.uio.no

Tilknytning:

- Forskergruppa Child, Language & Learning:
<http://www.uv.uio.no/english/research/groups/cil/>
- Nasjonal forskerskole for utdanningsforskning:
<http://www.uv.uio.no/english/research/doctoral-degree/schools/nated/>



Navn: Silje Systad

Bakgrunn: Master i spesialpedagogikk (spesifikke lærevansker), 2006, Institutt for spesialpedagogikk (ISP), Universitetet i Oslo (UiO). Spesialpedagog ved Solberg skole – Epilepsisenteret.

PhD stipendiat ved ISP, tilknyttet forskergruppen «Child Language and Learning»

Ca. tidsperiode: 2010 - 2015

Tittel på PhD-prosjektet: Nattlig epileptiform aktivitet og språklig fungering

Kort beskrivelse av tema og formål: Noen barn med epilepsi har sjelden eller aldri epileptiske anfall. Barna kan likevel ha epileptiske forstyrrelser (epileptiform aktivitet) som kun kan observeres på EEG-registreringer. Epileptiform aktivitet under søvn (nattlig epileptiform aktivitet) kan forstyrre søvnens oppgave med befestning av læring og hukommelse, og studier har pekt på sammenhenger mellom nattlig epileptiform aktivitet og vansker med språkutvikling. Språkvanskene kan således være de eneste synlige tegn på at et barn har epilepsi.

Henviing til EEG-registrering forutsetter en mistanke om epilepsi. Når barn med nattlig epileptiform aktivitet sjelden eller aldri har epileptiske anfall, kreves det derfor kjennskap til hvilke språksymptomer som kan tilsi at et barn bør henvises til EEG-registrering. Prosjektets formål er å få kunnskap om hva som kjennetegner språklig fungering hos barn med nattlig epileptiform aktivitet. Økt kunnskap om språksymptomer vil bidra til at disse barna kan fanges opp på et tidlig tidspunkt og få hjelp og behandling.

Veiledere: Sol Lyster, professor ISP
Marit Bjørnvold, lege Epilepsisenteret

E-postadresse: silje.systad@isp.uio.no

I denne utgaven av Logopeden har vi bedt leksolog Halldis Nessa presentere materiell hun har utviklet til bruk i bokstavinnlæringen. Materialet bygger på Kolbjørn Hauge: Historia om korleis lydane fekk bokstaver. På Youtube under linken Bokstavkongen kan du få demonstrert et par av eventyrene. Kontakt Halldis for nærmere opplysninger og kjøp av materialet på bokstavkongen.no. Linken er lagt inn på NNL sin web-side under materiell.

BOK+STAV+KONGEN

Som leksolog med mange års erfaring med lese- og skriveopplæring og spesialundervisning såg eg behov for ei heilskapleg ramme rundt bokstavinnlæringa, der allsidige innfallsvinklar blei teke omsyn til:

- bruka den levande fortelljinga
- skapa ei engasjerande og humoristisk fantasiverd som også eignar seg som repetisjon og gjenforteljing
- er visuelt og konkret og tek fleire sansar i bruk
- har gjenkjennelege dekorasjonar, som skapar eit miljø i klasserommet
- utfordrar til barnas medverknad
- har ein fast og føreseieleg struktur
- brukar eit enkelt språk
- er til hjelp for konsentrasjonen
- er tilpassa barn med vanskar og framandspråklege barn
- er fleksibelt og lett å kombinera med opplegget ein har frå før

Eg fann ei rik kjelde til inspirasjon i boka «Historia om korleis lydane fekk bokstavar» av Kolbjørn Hauge, 2001, utgjeven av Lesesenteret. Eg fekk innhenta løyve til å bruka desse tekstane. Sidan desse historiene er lange og har mange detaljar, sette eg i gong med å forkorta og forenkla, forandra og illustrera dei. Som gammal søndagsskulelærer fekk eg ideen med å laga illustrasjonar til historiene i form av flanellograf. Eg utvikla det i ein heimelaga filtversjon, og fekk det prøvd ut gjennom fleire år på 3-4 skular av ulik storleik.

No er BOK+STAV+KONGEN i magnet i bruk på fleire skular, i eit svært solid materiale. Eventyra er bygde



opp etter ein fast struktur: «Tilfeldig» hending frå kvardagslivet i Bokstavlandet, der Bokstavkongen bur på slottet i lag med dei to fantasifulle hjelparane sine, tvillingane Viggo og Vår. Bokstavkongen har ein jobb: Han skal finna ny bokstav til ein lyd. Det som skjer peikar mot ei form som liknar på den nye bokstaven. Barna ser plutselig at dette kan brukast og kjem med forslag. Bokstavkongen er ofte skeptisk, men let seg overtala. Dei prøver om bokstaven er lett å skriva og lett å hugsa. Ein kan visa ved å leikeskriva i lufta, foreta utprøving, samtala med barna, som kan vera med på å gje Bokstavkongen råd. Der tek ein opp viktige ting med skrive- retning. Dette punktet kan variera mykje etter eige skjønn og i den grad barna vert engasjerte. Bokstavkongen har reglar som gjeld alle bokstavane:

- Alle unnateke dei som skal skrivast «fangevegen» skal begynna på loftet eller i taket i stova, ovanfrå og ned.
- Lese- og skriveretninga er frå venstre til høgre.
- Vokal/konsonant bestemmer om bokstaven skal ha raud eller blå farge.

Bokstavlova vert så skriva inn i Bokstavkongen si store Lovbok. Han set stampelet med den gule pilelogoen sin på det punktet der barna skal begynna når dei skal skriva bokstaven. Deretter bestemmer dei plassering i etasjane i Bokstavslottet (linesystemet), og farge. Eit langt Bokstavslott vert så gradvis bygd opp etter som bokstavane flyttar inn. Bokstaveventyra har ei fast sluttformulering som tek utgangspunkt i namn og ting som begynner med den aktuelle bokstaven og ting som har den aktuelle bokstaven i ordet sitt, og legg opp til at barna skal bidra med sine forslag.



«Var der bokstavar då du var lita, Halldis?» Spørsmålet kom frå ein førsteklassing på skulen min. Ho kjende til at eg dei siste åra har utvikla den illustrerte utgåva av Bokstavkongen.

Foto: Dag Anton Boge

Materialet består av:

- To permar med til saman 44 eventyr med magnetillustrasjonar inkludert tilleggseventyr (diftongane, bokstavane blir til ord, punktum og stor bokstav, bokstavane får armar, alfabetet blir til)
- Både store og små bokstavar i magnet
- Bakgrunnar i papir.
- Eit langt bokstavslott der bokstavane flyttar inn.
- Diftongslott
- Bokstavsertifikat



lingen. Svært konkret også for de fremmedspråklige».

- «Eg gled meg til neste år når eg skal ha første klasse og ta dette i bruk!»

Alle barn vil ha nytte av dette opplegget. Barn som strevar vil ha spesielt god nytte av det. Det konkrete materialet med illustrasjonar er til god hjelp for barn som har norsk som andrespråk. Spesielt viser det seg nyttig i høve til skrivehjelp, også i høve til førebuing av samanhengande skrift.

Erfaringane etter grundig utprøving er at barna likar å høyre, sjå, kunna kjenna på bokstavane og leva seg inn i desse eventyrlige historiene på ein måte som er ei motvekt til den flimrande data - og TV - verda dei lever i. Først og fremst er det den levande forteljinga, saman med eit konkret materiale, som her står i fokus.

Av Halldis Eggebo Nessa

No er også ein versjon tilpassa IPAD under utvikling. Ein erfarer stort behov for at foreldre får kjennskap til eventyra. Jo fleire barn som kjenner til desse eventyra, jo betre.

Tilbakemelding frå lærarar på utprøvingsskular:

- «Veldig kjekt. Ungene er veldig interessert og ivrige. Fint å snakke om eller referere til når enkelte elever glemmer hvordan lyden skrives. De husker fortel-

Prosjektet er utvikla med støtte frå Innovasjon Norge Rogaland, Hjelmeland Vekst og SR-bank Rogaland.

FONOSERIEN de magiske lydene

Prosjektet er finansiert med



Bidraget fra norske helse- og rehabiliteringsorganisasjoner



Stikk innom butikken vår!
Her er veien:
www.fonoserien.no

Til foreldre og alle som har med førskolebarn å gjøre.

FONOSERIEN - De magiske lydene er en eventyrserie på DVD.

Den er et fint og lærerikt tilbud til alle førskolebarna våre.

FONOSERIEN vil vekke barnas interesse for språklyder og bokstaver tidlig.

Her får språklyder og bokstaver for første gang egen mening,
og barna vil lære dem på samme måte som de lærer seg nye ord.

La oss gi barna mulighet til å lære bokstavene - helt av seg selv!

Utgiver: Fonoserien ved Liv Lobben, tlf: 33771297, e-post: livnora@online.no

KURS & KONFERANSER

Tidspunkt	Tema	Sted	Nettadresse
19.januar	Vår Stammelogopediske verktøykasse 1	Bredtvedt, Oslo	www.statped.no
9. - 10. februar	Utdanningskonferansen.no «Læring uten grenser»	Bergen	http://www.utdanningskonferansen.no/program
9. - 10. februar	Karlstadmodellen: Inkludering - utfordring i skolen og Tegn som støtte - Et skritt foran	Bergen	http://www.iakm.org/web/
10.-11. februar	Sertifiseringskurs i Reynells språktest	Stavanger	http://lesesenteret.uis.no/kurs_og_boeker/kurs/reynells_spraak-test_-_sertifiseringskurs/
21.-22. februar	Samiske pedagogiske fagdager.	Røros	http://www.samiskhs.no/article.php?id=1704
6. mars	Europeisk Logopediens dag - Talefyt "Communication is more"		http://www.cplol.eu/eng/EU%20day.htm
12. mars	Oslo seminarene om Alternativ supplerende kommunikasjon (2012-2013)	Oslo	http://www.ask-loftet.no/
22.-23. mars	Konferance om ordblindhet – ORD12	København	http://www.ord12.dk
12. april	Foredrag med stammeforsker Roger Ingham, USA	UCC, Zahles seminarium, København	www.davs.dk
9.-11. mai	Nordisk forskerkonferanse om skriving og lesing	Stavanger	www.lesesenteret.no
20.-23. mai	11th International Congress of the European Society of Pediatric Otorhinolaryngology	Amsterdam, Nederland	http://www.espo2012.com/
25 to 26 May	CPLOL's 8th congress	Hague, Holland	http://www.cplolcongress2012.eu/
13. – 14. juni	Nordisk læsekonferanse	Reykjavik	http://www.videnomlaesning.dk/kalender/nordisk-laesekonference-i-reykjavik/
2.-5. juli	7th World Congress on Fluency Disorders Sted: Centre Vinci, Tours, Frankrig (arr. IFA) -	Centre Vinci, Tours, Frankrike	http://www.davs.dk
28. juli – 4. august	ISAAC 2012	Pittsburg, USA	http://www.isaac.no/wp-content/uploads/2011/08/CallforPapers.pdf
Informasjon om Kurs/konferanser skal innholde Dato/Tema/Sted/Kontaktpersoner			

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

Retur: NLL v/ Ingvild Røste
Bredtvet kompetansesenter
Bredtvetveien 4, 0950 Oslo

INNHold

Redaktøren <i>Melanie Kirmess</i>	s. 3
Nytt fra Lederen <i>Randi Fosser</i>	s. 4
Integrativ stemmeterapi <i>Åse Ørsted</i>	s. 6
Hvordan kan kognitiv atferdsterapi (KAT) hjelpe engstelige barn med en autismespektertilstand? <i>Nils Kaland</i>	s. 12
Nobelpris i litteratur til Tomas Tranströmer	s. 21
Språk- og kommunikasjonsvansker og andre medfødte vansker hos barn og unge med Velocardiofacialt Syndrom <i>Inger-Lise Sæther</i>	s. 22
Sosiale aspekter og emosjonell sårbarhet hos barn med Velocardiofacialt Syndrom (VCFS) <i>Inger-Lise Sæther</i>	s. 32
Valg av tillitsvalgte på Landsmøtet 2012	s. 39
Referat: Afasidagene på Bredtvet 2011 <i>Melanie Kirmess</i>	s. 40
Referat: Hjernelørdag med språk som tema <i>Ingvild Røste</i>	s. 43
Skattekisten: Loraine Obler <i>Melanie Kirmess</i>	s. 44
Yrkesetikk: Det er jo sorgen <i>Erik Reichmann</i>	s. 48
Leserbrev: HELFOs begrepsforståelse brister igjen! <i>Signhild Skogdal</i>	s. 49
Leserbrev: Sterk bekymring for logopedisituasjonen i Norge! <i>Are Albrigtsen</i>	s. 50
Bokomtale: Jeg finner ikke ordene <i>Ingvild Røste</i>	s. 51
Logopedisk tips: Lesebrett og lesemuligheter <i>Lisa Baal</i>	s. 52
Bokomtale: Du skal ikke dø <i>Ingvild Røste</i>	s. 53
Bokomtale: Alltid Alice og Left Neglected <i>Melanie Kirmess</i>	s. 53
Mastergradsoversikt	s. 54
Presentasjon av ph.d. prosjekter	s. 55
Pedagogisk utvalg: BOK+STAV+KONGEN <i>Halldis Eggebo Nessa</i>	s. 56
Kurs & Konferanser	s. 59