

MEDICINSKA FAKULTETEN
Lunds Universitet
Avdelningen för Logopedi, Foniatri och Audiologi
Institutionen för Kliniska Vetenskaper, Lund

Logopedisk intervention med barn med språkstörning utifrån ett kognitivt förhållningsätt

Karolina Nilsson

Vetenskapligt arbete i logopedi, 20 poäng, 2006
Handledare: Margareta Lundskog och Ulrika Nettelbladt

SAMMANFATTNING

Ett kognitivt förhållningssätt bygger bland annat på teorin om samband mellan tanke, känsla och handling och dess ömsesidiga påverkan. I kognitivt behandlingsarbete vill man hjälpa människor att förstå och uttrycka, kanske förändra, känslor, tankar och handlingar. Ett viktigt redskap när man arbetar utifrån ett kognitivt förhållningssätt är den Sokratiska metoden som terapeuten använder sig av. Genom öppna, undersökande frågor blir klienten hjälpt att upptäcka och använda sina egna inre resurser. Terapeuten försöker ta klientens perspektiv för att försöka förstå hur han eller hon tänker, resonerar och uppfattar sin omvärld.

Uppsatsförfattaren har gjort en behandlingsstudie med tre barn i syfte att undersöka möjligheterna att integrera ett kognitivt förhållningssätt med logopedisk intervention med barn med språkstörning. Uppsatsen ger exempel som illustrerar hur detta tillämpades och fördjupade interventionen. Resultaten visar att även förskolebarn har förmåga att reflektera över sitt eget tänkande och att hitta alternativa och konstruktiva lösningar. Barnen visade också prov på sin förmåga att kunna uttrycka sina tankar och känslor. Resultatet av studien tyder på att ett kognitivt förhållningssätt fördjupar logopedisk intervention med barn med språkstörning.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	2
2. BAKGRUND	2
2.1 Pragmatik och pragmatiska problem	2
2.2 Specifik logopedisk intervention	4
2.3 Kognitiv utveckling hos förskolebarn	4
2.4 Kognitiv terapi	5
2.5 Kognitiv terapi med barn	8
2.6 Kognitivt förhållningssätt	8
3. SYFTE	9
4. METOD	9
4.1 Material	9
4.2 Terapisessionernas uppläggnig	9
4.3 Deltagare	10
4.4 Analysmetoder	11
4.5 Etiska överväganden	11
5. RESULTAT	11
5.1 Fallbeskrivningar	11
5.2 En jämförelse mellan interventionen med de tre barnen	15
6. DISKUSSION	19
6.1 Metoddiskussion	19
6.2 Resultatdiskussion	20
6.3 Egna reflektioner	22
REFERENSER	24

1. INLEDNING

Denna uppsats vill visa på möjligheterna att tillämpa ett kognitivt förhållningssätt i logopedisk intervention med barn som av kliniskt verksamma legitimerade logopedier fått diagnosen pragmatisk språkstörning. Diagnosen är baserad på kvalitativa bedömningar. Barn med samma logopediska diagnos kan ha helt eller delvis olika problematik. Genom att tillämpa ett kognitivt förhållningssätt ökas möjligheten att förstå barnets pragmatiska svårigheter på ett djupare plan vilket öppnar möjligheter för att ge en mer individspecifik intervention.

En anledning till att denna uppsats kommit till är att uppsatsförfattaren fick betydelsefulla erfarenheter från en klinikperiod med röst- och stamningsterapi på logopedprogrammet. Författaren fick då förmånen att handledas av en erfaren logoped med steg-1-utbildning i kognitiv psykoterapi. Hennes arbete visade hur man som logoped kan integrera kognitiv terapi med logopedisk intervention för personer med stamningsproblematik. Detta ledde till funderingar över huruvida kognitiv terapi/kognitivt förhållningssätt kunde tillämpas även på andra patientkategorier inom det logopediska fältet och hur det skulle kunna berika den logopediska terapin. Valet av barn med pragmatiska svårigheter beror på att deras underliggande problem ofta kan kopplas till dysfunktionella tanke- och beteendemönster.

Pragmatiska problem kan ofta vara svårt att diagnostisera med tanke på att det är ett problem som varierar med situationen. Därför är det av största vikt att också, förutom exempelvis samtalsanalys och information från föräldrar och personal, försöka sätta sig in i hur det enskilda barnet tänker och vad det upplever för problem. För att kunna ändra ett dysfunktionellt beteende eller tankemönster är det en förutsättning att förstå vari det dysfunktionella består och varför beteendet behöver ändras. Således har ett kognitivt förhållningssätt en potential att fördjupa logopedisk intervention med barn med pragmatiska svårigheter.

2. BAKGRUND

2.1 Pragmatik och pragmatiska problem

”Begreppet pragmatik innebär att man studerar vad språkanvändare faktiskt gör när de använder sig av språket för att kommunicera med andra, i vilka situationer detta sker och vad sammanhanget betyder för överföringen av budskap. En individs kommunikativa förmåga är beroende av förmågan att anpassa sitt språk efter den sociala situation där det används”. (Hwang & Nilsson, 1996, s. 169).

Förutsättningarna för att kommunikation ska fungera optimalt bygger, enligt filosofen Grice på den kooperativa principen, det vill säga att man strävar efter att bete sig på ett rationellt och samarbetsinriktat sätt. Den kooperativa principen implicerar att talarna önskar att bidra till konversationen på ett sätt som är relevant för avsikten med konversationen. Grice har satt upp fyra maximer som måste infrias om den kooperativa principen ska fungera effektivt.

1. The maxim of quantity: tala varken mer eller mindre än vad som är önskvärt
2. The maxim of quality: tala sanningsenligt i den specifika kontexten
3. The maxim of relevance: tala på ett relevant och informativt sätt

4. The maxim of clarity: tala så att otydlighet och tvetydighet undviks (Cole & Cole, 2001).

Pragmatiska svårigheter innebär problem att använda språket på ett lämpligt sätt i en viss situation (Bishop, 1997). Dessa svårigheter kan yttra sig på många olika sätt (Leinonen et al, 2000):

- vägran att svara
- ekolali
- abrupta ämnesbyten
- ämnesglidningar
- brytande av samtalsregler
- irrelevanta kommentarer
- missförstånd märks ej
- oförmåga att reda ut missförstånd
- för mycket information ges
- för lite information ges, för mycket underförstås
- alltför många initiativ
- svårighet med inferens

En orsak till pragmatiska svårigheter kan vara bristande *theory of mind*, det vill säga svårighet att kunna sätta sig in i hur en annan människa tänker och att kunna ta dennas perspektiv (Bishop, 1997). Om man inte har förmåga att sätta sig in i hur en annan människa tänker blir det svårt att klara av det fina samspel som sker i samtal gentemot ens samtalspartner. Bristande *theory of mind* leder således till svårigheter att tolka och förstå andra människors signaler och känslor (Nettelbladt & Reutersköld Wagner, 2003).

En annan orsak kan vara att barnet har generella begränsningar i informationsbearbetning vilket ger språkförståelseproblem på en eller flera av språkets nivåer (Bishop, 1997). När det gäller pragmatiska problem är det framför allt den situationsanpassade språkförståelsen under samtal som kan vara svår att förstå. En tredje orsak till pragmatiska svårigheter kan vara att barnet har ett mycket svårförståeligt tal och språkstrukturella problem. Denna typ av svårigheter kan sekundärt leda till pragmatiska problem (Nettelbladt & Reutersköld Wagner, 2003). Barn med diagnostiserade språkstörningar, däribland pragmatisk språkstörning, har ofta även andra svårigheter. Det kan handla om till exempel koncentrationssvårigheter, uppmärksamhetsproblem, klumpig motorik och koordinationssvårigheter (Ors & Nettelbladt, 2000).

Att bedöma barn som har pragmatiska svårigheter är svårt, mycket beroende på att barnets svårigheter endast dyker upp i vissa, särskilt belastande, situationer. Ett sätt att bilda sig en uppfattning om barnets problem är CCC (Children's Communication Checklist; Bishop, 1998). Syftet med enkäten är att bedöma barnets kommunikativa beteenden genom att försöka fånga de intryck barnet gör på personer i dess vardagliga omgivning. År 2001-2002 översattes CCC-enkäten till svenska. Svenska CCC är en enkät för bedömning av språklig och kommunikativ förmåga hos barn mellan sex och nio år. Enkäten bör ses som ett instrument för att ringa in barnets kommunikativa svårigheter och inte som ett instrument för diagnostisering (Nettelbladt et al, 2003).

2.2 Specifik logopedisk intervention

Förmågan att kunna kommunicera är grundläggande för en människas välbefinnande. Om kommunikationen inte fungerar finns det risk att både självförtroende och självkänsla påverkas i negativ riktning. Den frustration som ofta uppstår i samband med kommunikationssvårigheter hanteras på olika sätt av olika individer: en del reagerar med ett utagerande och kanske också aggressivt beteende, andra reagerar med inåtvändhet (Bruce, 2003).

I logopedisk intervention inkluderas, förutom direkt logopedisk intervention med barnet, allt som rör stöd för barnets fortsatta kommunikativa utveckling: allmän språklig stimulans, rådgivning till föräldrar, placering i särskild språkförskola, enskild träning samt träning i grupp (Bruce, 2003). I logopedisk intervention med barn med pragmatiska svårigheter är det viktigt att kartlägga samspelsmönster, till exempel genom videodokumentation. Utifrån detta kan sedan föräldrar och logoped tillsammans reflektera utifrån det som videodokumentationen visar och diskutera det (Bruce, 2004). På så sätt skaffar man sig kunskap om barnets beteende i olika situationer: dels i olika miljöer, till exempel hemma och på förskolan, och dels i samtal med olika människor. Man får då veta när kommunikationen fungerar och i vilka situationer som problem uppstår (Nettelbladt & Reutersköld Wagner, 2003).

I kommunikationsträningen är det viktigt att synliggöra regler för samtal och tydlighet i samtalsstruktur, inte underförstå för mycket eller för lite, hålla kvar samtalsämnet lite längre, lära hur man introducerar ett samtalsämne, lyssnar, visar intresse och ställer frågor samt medvetandegöra olika rollperspektiv genom att fokusera lyssnarens återkoppling. Den vuxne ger barnet hjälp på traven och ger en mer aktiv uppföljning av barnets ofullständiga bidrag. Detta kan ske genom att den vuxne repeterar, omformulerar, promptar, eliciterar och ger svarsalternativ. För logopeden handlar det i den direkta interventionen med barnet ofta om att vara en nåbar modell. Den kan ske i många olika situationer, till exempel i rollspel, teater och lek (Bruce, 2004).

Kommunikationsstimulering handlar också om att ta andras perspektiv, till exempel med hjälp av handdockor. Med dockorna avfokuseras problemen och det ger också barnet en insikt i att uppleva andras problem. Genom att överföra barnets problem på exempelvis dockor upplevs problemen som mindre ansiktshotande (Bruce, 2004).

All mänsklig kommunikation är avhängig av båda samtalsparterna. Därför är det viktigt att också se till hur barnets samtalspartner samspelar med barnet. En sådan analys kan leda till att den vuxne/vuxna logopeden kan börja reflektera över sitt eget sätt att interagera med barnet. Kanske är det så att den vuxne inte anpassar sig till barnets nivå, talar för fort eller avbryter barnet (Nettelbladt & Reutersköld Wagner, 2003).

2.3 Kognitiv utveckling hos förskolebarn

Det viktigaste som sker under förskoleåren är, enligt den schweiziske psykologen och pedagogen Jean Piaget, att barnet utvecklar en förmåga till *symboliskt tänkande*. Barnet kan därigenom minnas saker och ting bättre. Barnet lär sig också att förmedla sina egna upplevelser och komma

åt andras tänkande med hjälp av symboler. Barns tänkande i denna ålder är ofta *magiskt*, vilket kan yttra sig i att barnet uppfattar föremål i omgivningen som levande och att barnet till exempel är rädd för att tänka elakt om någon eftersom det tror att det kan skada personen ifråga. Ännu är inte skillnaden mellan jaget och omvärlden helt klar och stabil (Hwang & Nilsson, 1996).

Enligt Piaget är det mest utmärkande draget för barns tänkande i denna ålder *centrering*, vilket innebär att barnet enbart tänker på en idé i taget. Piaget anser också att förskolebarn har svårt att se något ur en annans synvinkel, att ta någon annans roll och att *byta perspektiv*. Barnet har därmed ett egocentriskt tänkande där det använder sig själv och sin egen utgångspunkt som normerande även för andra. Först mot slutet av förskoleperioden börjar barnet visa förmåga att på en mer komplex nivå sätta sig in i andras upplevelseperspektiv. Piagets teori har dock fått mycket kritik. Forskning har visat att barns förmåga att byta perspektiv sker vid en lägre ålder än vad Piaget kom fram till (Hwang & Nilsson, 1996). Man har till exempel visat att barnets förmåga till decentrerat tänkande och mentala operationer till stor del är kontextberoende. Det gäller således att uppgiften beskrivs och anpassas till barnet på ett sätt som blir meningsfullt, språkligt och emotionellt sett (Parment, 2002). Det finns även forskning som tyder på att barnet redan vid cirka fyra års ålder utvecklar en *theory of mind* vilket gör att barnet kan göra föreställningar om relationer och berätta om andra och om sig själv på ett sätt som det inte kunnat förut (Havnesköld & Mothander, 1995).

Theory of mind beskriver olika grader av mentalisering. Med mentalisering menas förmågan att snabbt, intuitivt, och på ett i sociala sammanhang lämpligt sätt föreställa sig andra människors tankar och känslor (Gillberg, 1997). Redan hos spädbarnet finns ett medfött intresse för människor och önskan till kontakt. Under förskoleåren utvecklas mentaliseringen till ”Jag förstår att du förstår att jag tänker”. I denna grad av mentalisering ligger en insikt hos barnet om att andra människor reagerar på dess handlingar. Barnet kan se andras beteenden som meningsfulla när barnet har förmåga till mentalisering och det också kan föreställa sig andras tankar och känslor. För att denna utveckling av mentalisering ska bli möjlig är det nödvändigt att barnet får sina tankar och känslor bekräftade (Malmberg, 2004).

2.4 Kognitiv terapi

Ordet kognition/kognitiv härstammar från det latinska verbet *cognosco* som betyder ”lära känna” (Ahlberg, 1966).

Det kognitiva förhållningssättet har sitt ursprung i den kognitiva terapin. Den utvecklades under 1960-talet av Aaron Beck, som en psykologisk behandling för vuxna med depression. Den kom senare även att omfatta behandling vid olika ångestsyndrom, tvångssyndrom och fobier (Beck et al, 1979). Sedan dess har den kognitiva terapin expanderat och utvecklats i olika teoretiska riktningar samt kommit att omfatta allt fler patient- och åldersgrupper, däribland barn och ungdomar (Parment, 2002).

Kognitiv terapi baseras på en kognitiv teoretisk modell som grundar sig på antagandet om att innehållet i en människas tankar bestämmer hennes känsloupplevelse och leder till vissa affektiva svar. Modellen utgår från att det finns ömsesidiga samband mellan en människas tankar, känslor

och beteenden och att man genom att förändra dysfunktionella och oralistiska tankar på så sätt kan förändra sina känslor och beteenden (Perris, 1996). Den kognitiva behandlingen syftar således till att, i nära samarbete mellan terapeut och klient, identifiera och modifiera dysfunktionella tankar som ger eller kan utveckla psykiska problem samt att ge klienten hjälp att tänka mer realistiskt (Beck et al, 1979).

Grunden för terapiarbetet utgörs av den terapeutiska relationen, den *terapeutiska alliansen*. En terapeut som ser, hör och bekräftar gör att klienten lättare kommer i kontakt med sina egna känslor och tankar och kan uttrycka dem på ett bättre sätt (Frostin, 2003). Terapeuten försöker närma sig klientens sätt att se på verkligheten, så kallad *idiosynkratisk förståelse*. Klienten uppmanas att förklara just vilken betydelse han eller hon lägger in i olika ord och uttryck, till exempel ”vara konstig” och ”må dåligt”. Terapeuten gör alltså ingen egen tolkning av vad de här orden och uttrycken står för, istället frågar han/hon vilken betydelse klienten lägger i dem. Det är således viktigt att som terapeut inte bara tro sig veta vad en patient menar utan verkligen ta reda på det.

En central teknik som används i kognitiv terapi är den så kallade *Sokratiska samtalsmetodiken*, där klienten vägleds i sitt upptäckande genom enkla frågor, även kallad *mullvadsteknik* (Freeman et al, 1994). Som terapeut gäller det att aldrig säga till klienten *hur* han/hon ska tänka eller handla. Istället består den terapeutiska effekten i att klienten *själv* kommer på alternativa strategier för hur han/hon kan tänka och/eller handla. Med hjälp av terapeutens frågor som steg för steg leder in hans eller hennes tänkande och beteende på nya spår blir detta möjligt (Palm, 2000).

Kognitiv terapi bygger på *kollaborativ empirism*, vilket betyder att klient och terapeut arbetar gemensamt likt två forskare. Man utgår från klientens verklighet och arbetar därifrån tillsammans steg för steg för att nå ett specifikt mål. Medan terapeuten har de teoretiska kunskaperna vad gäller kognitiv terapi är det klienten som har kunskaper som sig själv och sitt inre. Genom en öppen och tydlig dialog arbetar man tillsammans utifrån en konkret nu-situation och fokuserar på problemlösning på ett strukturerat och systematiskt sätt (Perris, 1996).

Konceptualisering (lat. *conceptum* = *sammanfattning*) utgör en viktig del i det kognitiva terapiarbetet. Konceptualiseringen är en förståelsemodell för patientens aktuella situation och omfattar kartläggning av hans eller hennes tankemönster, svårigheter och problem. Att skapa en sådan förståelsemodell ökar möjligheterna att planera individspecifika behandlingsinsatser (Perris, 1996). Syftet med konceptualiseringen är att ”rita en karta” över patientens liv och problematik för gemensam behandlingsplanering (dÉlia, 2000, s.77).

Då man arbetar med kognitiv terapi introduceras klienten i metoden, så kallad *socialisering*. Terapeuten hjälper klienten att få en god inblick i principerna för behandlingen samt att förstå sambanden mellan tankar, känslor och handlingar och dess ömsesidiga påverkan (Perris, 1996). Klienten är hela tiden informerad om syftet med olika interventioner för att öka sin förståelse och sin handlingsberedskap för att så småningom kunna bli sin egen terapeut. Socialisering och samtal om syfte och mål med terapin ger en *öppen agenda*: terapeut och klient vet vad som gäller.

Summering och *feedback* är något som ingår i varje terapisesion. Terapin inleds med en kort summering av föregående tillfälle. Sessionen avslutas alltid med summering av dagens session samt feedback om terapeutens insats (Perris, 1996). Typiskt för kognitiv terapi är också *hemuppgifter* vilka syftar till att omsätta de kunskaper terapin gett i praktiken (Perris, 1996). Hemuppgifterna är också en hjälp för klienten att göra terapin mer konkret och bidrar till ett mer aktivt deltagande i terapin (Beck et al, 1979). Dessa hemuppgifter kan vara av både kognitiv och beteendemodifierande karaktär (Perris, 1996).

2.4.1 Kognitiva strategier och beteendemodifierande strategier

Inom kognitiv terapi finns framför allt två typer av terapeutiska strategier; kognitiva och beteendemodifierande strategier. Träning av uttal och ögonkontakt är exempel på beteendemodifierande strategier. Flexibiliteten, som är ett utmärkande drag för den kognitiva terapin, tillåter terapeuten att fritt välja mellan de olika strategier som passar bäst för den enskilde individen vid olika tidpunkter under terapins förlopp. En generell princip är dock att ju högre grad av dysfunktion klienten har desto fler beteendeinriktade strategier bör terapeuten använda (Freeman et al, 1994). Även om beteendemodifierande strategier används är det fortfarande viktigt att förstå vad som fungerar och varför. Fokus är inställt på klientens kognitiva processer i samband med utförandet av uppgifterna (Lundskog, 2004).

2.4.2 Exempel på några vanliga kognitiva strategier som speglar det sokratiska förhållningssättet (Freeman et al, 1994, Perris, 1996):

- *mullvadsteknik/väglett upptäckande*: terapeuten gräver allt djupare för att förstå vad det skulle innebära för klienten om hans/hennes tankar vore sanna.
- *kognitiv repetition*: till exempel sammanfattning av föregående terapisesion.
- *distansering/perspektivbyte*: att distansera sig från problemet, att byta och vidga perspektiv.
- *förstå idiosynkratisk betydelse*: terapeuten försöker förstå klientens verklighet utifrån dennes synsätt. För att kunna göra effektiva interventioner är det viktigt att terapeuten försäkras sig om att han eller hon inte bara vet ungefär vad patienten menar, utan vet exakt.
- *alternativa strategier*: klienten blir hjälpt till att hitta alternativa strategier för att få nya insikter och för att kunna lösa konkreta problem på ett mer effektivt sätt.
- *att ifrågasätta dikotomt tänkande*: terapeuten inbjuder klienten att själv ifrågasätta antingen-eller-tänkande.
- *undersöka faktaunderlaget*: denna intervention används dels i syfte att undersöka om tanken verkligen stöds av faktiska bevis och dels i syfte att se om andra tolkningar kan stämma bättre överens med verkligheten.
- *ifrågasätta kategoriska formuleringar*: terapeuten hjälper på detta sätt klienten att uttrycka sig på ett mer nyanserat sätt.
- *omattribuering*: terapeuten hjälper klienten att upptäcka att ansvaret för exempelvis kommunikation inte bara ligger hos klienten. ”Fanns det något som lyssnaren kunde ha gjort för att uppfatta dig bättre?” (Lundskog, 2004).

- *avkatastrofiering*: terapeuten hjälper klienten att undersöka hur han eller hon kanske överskattar allvaret i situationen.

2.5 Kognitiv terapi med barn

Kognitiv terapi med barn har till stor del sitt ursprung i beteendeterapin. Man utgår från samma modell som för vuxna men anpassar den till barnets kognitiva nivå och förmåga. Till skillnad från kognitiv terapi med vuxna där tonvikten läggs på identifiering och modifiering av dysfunktionella tankar, är terapi med barn mer inriktad mot att facilitera inläring av olika färdigheter också med hjälp av vissa kognitiva strategier. Vad gäller konceptualiseringen med barn fås en bild av barnets svårigheter genom att inhämta och väga samman information från barnet, föräldrar och andra personer i barnets närmaste omgivning (Parment, 2002). Det pedagogiska inslaget blir också mer betydelsefullt. Terapin syftar till att barnet blir hjälpt att bli en aktiv deltagare i problemlösande och att få hjälp att identifiera möjligheter, tänka igenom dem noggrant samt att testa och utvärdera dem. Terapin erbjuder hjälp att utveckla nya mönster med nya problemlösningstrategier. För att kognitiv terapi med barn ska bli framgångsrik är det viktigt att den integreras med barnets utvecklingsnivå. För att detta ska kunna ske krävs goda kunskaper i utvecklingspsykologi hos terapeuten (Parment, 2002).

Säkert finns det många som skulle kunna ha invändningar mot att kognitiv terapi inte skulle vara lämplig för barn, med tanke på att ett barns kognitiva förmåga ännu inte utvecklats till fullo. Barn är mindre utvecklade än vuxna i sin kognitiva förmåga och har således mindre möjlighet att reflektera över sina tankar, känslor och handlingar. Barn har heller inte samma förmåga som vuxna att kunna beskriva och förstå sitt samspel med omvärlden. Däremot finns det författare som menar att barns förmåga och lust att tänka och resonera ofta underskattas och att så länge terapeuten anpassar sig till barnets kognitiva utvecklingsnivå och dess sätt att fungera är det fullt möjligt att bedriva kognitiv terapi med barn (Parment, 2002).

2.6 Kognitivt förhållningssätt

Den kognitiva modellen som används i psykoterapi kan i en mer allmän form användas för att beskriva ett sätt att bemöta andra människor i vården. Dessa psykologiska principer kallas för ett *kognitivt förhållningssätt*. Den kognitiva modellen utgår från att psykologiska problem karakteriseras av dysfunktionellt tänkande och att tankar, känslor och beteende påverkar varandra ömsesidigt (Palm, 2000).

Det kognitiva förhållningssättet är ett synsätt på människan som en unik varelse, att ingen människa har samma egenskaper, erfarenheter eller tankar som någon annan. Det är bara den enskilda människan som har full tillgång till sin inre värld av tankar och känslor. Detta synsätt ger en strävan efter att alltid vilja se människan bakom en diagnos eller ett stort beteende (Perris, 1996). Ett kognitivt förhållningssätt är förenligt med det salutogena perspektivet och känsla av sammanhang som Antonovsky beskriver. Det salutogena synsättet söker hela tiden efter människans totala historia och har inte fokus inställt bara på sjukdomen (Antonovsky, 1999).

En förutsättning när man arbetar med människor utifrån ett kognitivt förhållningssätt är att tro att människan har vilje- och handlingsfrihet, att hon kan påverka sitt liv exempelvis genom att göra olika val och ta ansvar för sina handlingar. Den kognitiva människosynen ser människan som *meningssökande* och *meningsskapande*, att kunna se en mening i det som händer och att kunna förstå och förklara det som man upplever. Människan ses också som *intentionell*, det vill säga hon har en avsikt och syfte med sitt handlande. Den kognitiva människosynen ser människan som *rationell* och utgår från att hon kan tänka på ett logiskt sätt, se samband mellan olika händelser samt att hon kan planera och styra sina handlingar på ett förnuftigt sätt. Människan ses också som en varelse som kan *skapa och använda symboler*, till exempel ord. Med hjälp av språket kan människan förmedla sina tankar och känslor, och hon kan även få veta vad andra känner och tänker. Allt detta är grundläggande förutsättningar för samarbete människor emellan och därmed nödvändigt också i behandlingsarbete (Palm, 2000). Andra centrala tankar i ett kognitivt förhållningssätt är den *Sokratiska metoden* som hjälper individen att reflektera över och bli medveten om sina egna tankar, känslor och beteenden (Perris, 1996).

Skillnaden mellan att utföra kognitiv terapi och att utföra terapi utifrån ett kognitivt förhållningssätt kan ses som graden av fördjupning i relation till kompetensen hos terapeuten. Inom svensk sjukvård får kognitiv psykoterapi endast utföras av den som är legitimerad psykoterapeut eller av person med steg-1-utbildning under handledning av legitimerad psykoterapeut.

3. SYFTE

Det övergripande syftet med studien är att undersöka möjligheterna att integrera ett kognitivt förhållningssätt i logopedisk intervention med barn med språkstörning. Mer specifikt vill studien visa hur ett kognitivt förhållningssätt kan tillämpas i logopedisk intervention med barn som av logoped bedömts ha pragmatiska svårigheter.

4. METOD

4.1 Material

Materialet består av anteckningar och ljudinspelningar från samtliga terapitillfällen. Anteckningsblock användes vid varje tillfälle för dokumentation av sessionen. Blocket delades av barn och uppsatsförfattare, där kortfattade anteckningar och bilder som bedömdes vara viktiga för terapin nertecknades. Samtliga terapitillfällen spelades in. Två av barnen spelades in på Mp3-spelare och ett barn spelades in på MD.

4.2 Terapisessionernas uppläggning

Terapin omfattade sammanlagt 20 terapitillfällen. För två av barnen bestod terapin av sex tillfällen och för ett av barnen av åtta tillfällen. Längden på terapitillfällena varade mellan 40-60

minuter. Varje terapitillfälle utom det första inleddes med summering från föregående session samt avslutades med summering av dagens session och feedback om uppsatsförfattarens insats. I fallbeskrivningarna och resultatet kallar sig uppsatsförfattaren för logoped. Nedan följer en kort presentation av respektive barn där varje barn har getts ett kodnamn.

4.3 Deltagare

Inledningsvis deltog fyra barn i studien vilka alla var logopediskt utredda och gick i behandling hos legitimerad logoped på en logopedmottagning. Barnen som deltog var 5:0-5:6 år gamla vid terapins början och bedömdes av behandlingsansvarig logoped ha pragmatisk språkstörning samt befinna sig på en åldersadekvat kognitiv utvecklingsnivå. Innan terapin för den aktuella studien påbörjades fick en eller flera av barnens respektive förskolepersonal fylla i ett CCC-formulär. Detta gjordes med föräldrarnas tillåtelse. För ett av barnen framkom under terapins gång samt efter samtal mellan behandlingsansvarig logoped och förskolepersonal att inga pragmatiska svårigheter längre förelåg. Detta barn uteslöts därför ur studien. Således grundas resultatpresentationen på tre barn.

Resultatet på CCC visade att Maria och Filip hamnade under cut-off-värdena för pragmatiska svårigheter, medan Johans resultat hamnade precis ovanför den gräns som av CCC benämns som pragmatiska svårigheter.

4.3.1 Johan

Johan är en pojke på 5:6 år med fonologisk språkstörning samt pragmatisk språkstörning. Ur CCC-formuläret kan bland annat utläsas att barnet i viss utsträckning plötsligt och abrupt byter samtalsämne, att han inte tar hänsyn till vad samtalspartnern vill tala om utan styr samtalet till sitt favoritämne samt att samtal med Johan lätt glider åt oväntade håll.

4.3.2 Filip

Filip är en pojke på 5:0 år med grammatisk språkstörning samt pragmatisk språkstörning. Ur CCC-formuläret kan bland annat utläsas att barnets kroppsspråk inte alltid stämmer överens med vad han säger och att han gärna styr samtalet till sitt favoritämne. CCC-formuläret beskriver även att samtal med Filip lätt glider åt oväntade håll samt att barnet har vissa svårigheter att återberätta något på ett begripligt sätt. Det framkommer också att Filip i viss utsträckning aktivt undviker ögonkontakt.

4.3.3 Maria

Maria är en flicka på 5:2 år med fonologisk språkstörning samt pragmatisk språkstörning. Utifrån CCC-formuläret kan bland annat utläsas att "hon pratar för mycket" och "det är svårt att få henne att sluta prata" och att "hon pratar om sådant som ingen verkar intresserad av". Det framkommer

också att Maria i viss utsträckning har svårt att på ett begripligt sätt återge något som har hänt, att hon byter samtalsämne abrupt och att samtal med Maria lätt glider åt oväntade håll. Ur formuläret kan även utläsas att barnet har dålig ögonkontakt.

4.4 Analyismetoder

Terapimaterialet analyserades med avseende på tillämpning av kognitivt förhållningssätt inom ramen för logopedisk intervention med barn med språkstörning.

Inspelningarna lyssnades igenom och därefter valde uppsatsförfattaren ut vissa sekvenser som innehöll kognitiva strategier och specifik logopedisk intervention, för närmare granskning. Sekvenserna transkriberades sedan ortografiskt och kodades med avseende på förekomst av kognitiva strategier i samband med specifik logopedisk intervention. Urvalet granskades av ämneshandledaren.

Uppsatsförfattaren och ämneshandledaren gick tillsammans igenom det gemensamma arbetsblocket i syfte att finna exempel som illustrerar hur ett kognitivt förhållningssätt hade använts vid logopedisk intervention med barn med pragmatiska svårigheter.

4.5 Etiska överväganden

Barnens föräldrar gav skriftligen sitt godkännande till att låta barnen ingå i den aktuella studien. För att garantera barnens fulla anonymitet har namn och vissa andra uppgifter ändrats eller tagits bort. I samband med första terapitillfället informerades barnens föräldrar om syftet med studien samt att det när som helst gick att avbryta medverkan i studien utan att behandlingen skulle påverkas.

5. RESULTAT

Resultatpresentationen bygger på två typer av material: dels anteckningar ur ett gemensamt arbetsblock från de olika sessionerna och dels transkriptioner från delar av inspelningarna som gjordes vid samtliga terapitillfällen. Nedan följer först en sammanfattning av respektive barns terapi och sedan en jämförelse mellan interventionen med de tre barnen.

5.1 Fallbeskrivningar

Terapin bestod av sex tillfällen för två av barnen och åtta tillfällen för ett av barnen. Föräldrarna till barnen väntade utanför terapirummet, medan barnet och logopeden träffades. Varje terapitillfälle utom det första inleddes med summering från föregående session samt avslutades med summering av dagens session och feedback om logopedens insats. Under terapins gång förklarades syftet med de olika momenten i terapin. När terapin för den aktuella studien avslutats,

fortsatte respektive behandlingsansvarig logoped den logopediska interventionen med respektive barn.

5.1.1 Johan

Johan är en pojke på 5:6 år med fonologisk språkstörning samt pragmatisk språkstörning. Logopeden och Johan träffades vid sex tillfällen under drygt två månaders tid.

Det första tillfället ägnas åt samtal om anledningen till terapin samt åt att försöka hjälpa Johan att beskriva olika kommunikationssituationer där problem uppstår. Samtalet fortsätter med att introducera sambandet tanke-känsla-handling. Pojken får ge exempel på vad han tänker på när han är arg, glad, ledsen och rädd. Johan får också se fyra olika bilder på en pojke som visar olika känslor. Johans uppgift blir att fundera ut vad pojken kanske tänker på. Logopeden använder sig också av övningar som syftar till att koppla samman tanke, känsla och handling (Stallard, 2002). Johan får även svara på omvärldsorienterings- och varförfrågor ur NELLI-materialet (Holmberg & Sahlén, 2000) i syfte att ge logopeden en ökad bild av pojken och hans styrkor och svagheter.

Det andra terapitillfället ägnas till störst del åt en händelse där Pernilla, en av personalen på Johans förskola, är inblandad. Johan berättar att Pernilla har svårt att höra vad han säger. För att komma på olika alternativ som kan underlätta deras kommunikation görs ett rollspel. I rollspelet, då Johan spelar sig själv och logopeden spelar Pernilla, framkommer att Johan skriker åt Pernilla för att hon ska höra. Då Johan och logoped växlar roller med varandra, märker Johan att Pernilla kanske får ont i öronen när han skriker så högt. Johan upptäcker också att Pernilla hör bättre när han tittar henne i ögonen samt när han pratar lite långsammare. För att få en överblick av Johans språkliga förmåga testas Johan med SIT (Hellqvist, 1989). Sessionen avslutas med att Johan får summera vilka olika sätt det finns att hjälpa Pernilla att höra bättre.

Det tredje terapitillfället inleds med att träna prepositioner, eftersom det under testningen med SIT framkom vissa svårigheter med prepositioner. Dessa tränas bland annat med hjälp av spelet Topologie: dels får Johan instruktioner om hur han ska placera de olika föremålen på gräsplanen, dels får han instruera logopeden om hur hon ska göra. Prepositionsträningen blir en övning i att skifta perspektiv: utifrån vems eller vilket perspektiv ska föremålen placeras? Under sessionens gång berättar Johan att han blir arg på samlingen för att han inte får päron på fruktstunden. Med hjälp av bland annat mullvadsteknik och alternativa strategier blir Johan hjälpt till att hitta olika sätt att berätta detta för förskolepersonalen.

Den fjärde sessionen ägnas åt tillämpning av det som framkommit vid föregående tillfällen, nämligen att Johans röststyrka inverkar på hur lätt han blir förstörd. Detta övas och tillämpas genom att Johan och logoped ringer till varandra och berättar om ett kort som kommit på posten. I denna lek tränas även förmågan till perspektivbyte: hur ska jag berätta så att den andre som inte ser kortet förstår vad jag menar? Det blir även ett träningstillfälle att hålla kvar vid samtalsämnet tills den andre har förstått. För att träna turtagning hittar Johan och logopeden på en saga tillsammans. Till hjälp har de en sten; den som håller i stenen får fantisera högt och bygga vidare på sagan tills han/hon lämnar ifrån sig stenen, eller tills den andre ber om att få stenen. Detta blir

också en övning i att sätta sig in i och följa hur den andre tänker och kunna rätta sig efter det när man bygger vidare på sagan.

Den femte sessionen fokuserar på rollspel i olika tänkta miljöer. Syftet är att lära sig när det är lämpligt att prata tyst respektive starkt. Tillsammans kommer Johan och logopeden på olika miljöer: i biblioteket, i skogen, på sjukhuset, i ett brinnande hus samt i sovrummet. Tillsammans prövas vad som händer om man pratar tyst respektive starkt i de olika miljöerna. Detta blir således även en träning i att kunna se konsekvenserna av sitt eget handlande.

Vid det sjätte och sista terapitillfället med logopeden i den aktuella studien, får Johan summera och utvärdera samtliga terapitillfällen. Hon samtalar också med Johans mor om terapin. Den logopediska terapin fortsatte sedan med behandlingsansvarig logoped.

5.1.2 Filip

Filip är en pojke på 5:0 år med grammatisk språkstörning samt pragmatisk språkstörning. Logopeden och Filip träffades vid åtta tillfällen under drygt tre månaders tid.

Den första sessionen ägnas mycket tid åt samtal om anledningen till terapin. Filip uttrycker inga tankar om det och har svårt, trots vägledande frågor, att komma på någon kommunikationssituation där problem uppstått. Barnet verkar således omedvetet om sina kommunikativa svårigheter. Det första tillfället används också för att introducera sambandet tanke-känsla-handling. Det görs med hjälp av fyra kort som illustrerar en pojke med de fyra olika grundkänslorna: arg, ledsen, glad och rädd. Filip får dels berätta vad pojken på korten tänker på vid de olika känslorna, dels vad han själv tänker på då han är arg, glad, ledsen och rädd. Filip får också beskriva hur han känner när han tänker på olika kommunikativa situationer. De fyra korten finns sedan med vid varje terapisesession som en hjälp vid samtal och uttryckande av olika känslor. Under samtalets gång framkommer att Filip är duktig på att rita och att skriva bokstäver. Filip får även svara på omvärldsorienterings- och varförfrågor ur NELLI-materialet (Holmberg & Sahlén, 2000) i syfte att ge logopeden en ökad bild av pojken och hans styrkor och svagheter.

Det andra terapitillfället ägnas åt kartläggning av vilka Filip pratar med på förskolan samt vilka av dem som är lätt respektive svårt att prata med. Utifrån denna kartläggning kommer bland annat fram att Filip tycker det är lättast att prata med förskolepersonalen. Vid denna session blir Filip testad med Nya Lundamaterialet (Holmberg et al, 1983) samt får träna perspektivbyte genom att spela "Vem där?".

Den tredje terapisesessionen fokuserar på fortsatt socialisering av den kognitiva terapimetoden. Detta sker genom att Filip och logopeden turas om att gissa vilken känsla den andre har vid en viss mimik. Spelet "Vem där?" används för att träna på att beskriva en figur tills den andre förstår vilken figur som avses. Denna övning ger även tillfälle att träna pronomen.

Det fjärde terapitillfället ägnas åt att träna berättande och perspektivbyte med hjälp av olika bilder. Filip får i uppgift att berätta på ett sådant sätt att logopeden kan rita det han berättar. Sedan får Filip i uppgift att rita det som logopeden berättar.

Den femte terapisessionen ägnas åt sekvensbilder. Filips uppgift blir att lägga dem i rätt ordning samt att berätta vad som händer på bilderna. Det samtalas också om och experimenteras med hur berättandet påverkas av om lyssnaren ser sekvensbilderna eller inte. Det blir på så sätt träning av perspektivskifte.

Det sjätte terapitillfället fokuserar på röststyrkan. Under föregående tillfällen har Filip emellanåt talat väldigt tyst och det har varit svårt att höra vad han säger. Vid samtal om detta framkommer även att Frida, ett barn på förskolan, ofta har svårt att höra vad Filip säger och att Filip då blir arg på henne. Utifrån detta görs rollspel i syfte att medvetandegöra och hjälpa Filip att hitta alternativa strategier om hur han kan göra så att Frida hör vad han säger. I rollspelet, och i den övriga terapin, viker ofta Filips ögonkontakt. Därför görs ett rollspel för att tydliggöra hur kommunikationen påverkas av var ögonen tittar. För att träna turtagningsförmåga och perspektivbyte görs en saga tillsammans.

Det sjunde terapitillfället fokuserar på rollspel där Filip får i uppgift att berätta olika saker för Frida som brukar ha svårt att höra vad Filip säger. Eftersom Filips ögonkontakt ofta viker förs ögonen åter på tal. Kognitiv repetition sker också av föregående tillfälle om hur kommunikationen påverkas av var ögonen tittar.

Vid det åttonde och sista terapitillfället med logopeden i den aktuella studien får Filip summera samtliga terapisessioner samt utvärdera hennes insats. Logopeden i den aktuella studien talar även med modern om terapin. Terapin för barnet fortsatte sedan med behandlingsansvarig logoped.

5.1.3 Maria

Maria är en flicka på 5:2 år med fonologisk språkstörning samt pragmatisk språkstörning. Logopeden och Maria träffas vid sex tillfällen under cirka två månaders tid.

Första tillfället ägnas åt samtal om anledningen till terapin samt att samtala om vad Maria tycker är lätt respektive svårt i olika kommunikativa situationer. Vid detta tillfälle introduceras sambanden mellan tanke- känsla - handling. Det görs med hjälp av fyra kort som illustrerar en flicka med de fyra olika grundkänslorna: arg, ledsen, glad och rädd. För att Marias identifikation med känslorna på korten ska stärkas, väljer logopeden dels kort med en flicka på och dels kort där flickan är i ungefär samma ålder som Maria. Maria får både berätta vad flickan på korten tänker på vid de olika känslorna och vad hon själv tänker på då hon är arg, glad, ledsen och rädd. Maria får också beskriva hur hon känner när hon tänker på olika kommunikativa situationer. För att få en bild av Marias omvärldsorientering ställs sådana frågor, hämtade ur NELLI-materialet (Holmberg & Sahlén, 2000). Under samtalets gång framkommer att en av Marias resurser är att rita och måla.

Det andra terapitillfället fokuserar på ögonkontakt eftersom det ofta är svårt att få ögonkontakt med Maria. Ett rollspel som tränar perspektivbyte görs i syfte att upptäcka hur kommunikationen påverkas om man tittar varandra i ögonen eller inte. För att träna perspektivbyte används en av de

mest kända theory of mind-uppgifterna, gjord av Wimmer och Perner (Bishop, 1999, s.202). Uppgiften är utformad som en lek med två dockor, Sally och Anne. Sally har en korg och Anne har en låda. Först stoppar Sally en kula i sin korg. När Sally har gått ut, flyttar Anne kulan och gömmer den i sin låda. När Sally kommer tillbaka, frågas barnet var Sally kommer att leta efter sin kula.

Det tredje terapitillfället inleds med att göra fonemtestet; stora versionen (Hellqvist, 1984). Detta görs i syfte att kartlägga vari Marias fonologiska svårigheter består. För att träna turtagning hittar Maria och logopeden på en saga tillsammans. Till hjälp har de en sten; den som håller i stenen får fantisera högt och bygga vidare på sagan tills hon lämnar ifrån sig stenen, eller tills den andre ber om att få stenen. Detta blir också en övning i att sätta sig in i och följa hur den andre tänker och kunna rätta sig efter det när man bygger vidare på sagan.

Den fjärde sessionen ägnas till största delen åt Marias fonologiska svårigheter. Med hjälp av två dockor; en kanin och en nalle, där kaninen har vissa uttalssvårigheter, spelas ett rollspel där Maria får sätta sig in i hur kaninen tänker och känner när han inte blir förstådd samt vad han kan göra när han inte blir förstådd. Under den fjärde sessionen arbetas även med sekvensbilder i syfte att endast berätta det centrala på varje bild. Det blir således en träning i att hålla sig till ett och samma ämne på ett kortfattat sätt.

Den femte terapisessionen fokuserar berättande. Med hjälp av olika temabilder får Maria beskriva det centrala som händer på de olika bilderna. Detta tillfälle ägnas också att prata om vad Maria tänker, känner och gör när hon inte blir förstådd.

Det sjätte och sista terapitillfället med logopeden i den aktuella studien ägnas åt summering och utvärdering av samtliga tillfällen. Maria får också berätta vad hon lärt sig under dessa sessioner. Logopeden i den aktuella studien träffar Marias mor och samtalar med henne om terapin. Den logopediska terapin fortsatte sedan för Maria med behandlingsansvarig logoped.

5.2 En jämförelse mellan interventionen med de tre barnen

Det första terapitillfället inleds för respektive barn med att introducera ett gemensamt arbetsblock som delas av barn och logoped. Detta block används sedan vid samtliga terapitillfällen. Logopeden förklarar även syftet med de olika momenten i terapin. Vid detta tillfälle introduceras barnen också i den kognitiva metoden genom att konkret visa på sambanden mellan tanke, känsla och handling. Socialisering till metoden fortsätter under kommande terapitillfällen. Johan är det barn som snabbast verkar ta till sig och visa att tanke, känsla och handling har en ömsesidig påverkan. Nedan följer ett exempel på socialisering, där L=logoped och B=barn.

Ex. 1 Socialisering

L Finns det någonting du kommer ihåg?

B Korten med pojken på.

L Just det. Vad sa vi om dom?

B Att när han tänkte på monster så blev han rädd.

L Precis. När pojken tänkte på farliga saker blev han rädd, när han tänkte på roliga saker blev han...

B Glad.

Barnen och logopeden pratar också om anledningen till terapin i syfte att barnet ska bli medvetet om sina resurser och problem. En *öppen agenda* är en förutsättning för att logopeden ska få veta vad barnet har för tankar om terapin.

Ex. 2 Öppen agenda

L Hur kommer det sig att vi ska träffas?
B För och träna min hörsel.
L Tycker du det är svårt att höra?
B Mm, sådär.

Ex. 3 Öppen agenda

L Hur kommer det sig att vi ska träffas, tror du?
B För att spela spel och göra andra roliga saker.
L Varför tror du det?
B För det har jag gjort med min andra logoped.

Vid början av varje terapisesession ombeds barnet att summera föregående terapitillfälle. Summeringen utgör en brygga mellan de olika sessionerna. Vid slutet får barnet dessutom ge återkoppling på logopedens insats i syfte att ge henne insikt i vad barnet tänker.

Ex. 4 Summering

L Vad gjorde vi förra gången?
B Jag kommer inte ihåg.
L Någonting kanske du minns?
B Vi hade ballongerna och så stenen, vi gjorde en saga.
L Och så ritade vi den här bilden.
B Man måste titta i ögonen när man pratar.

Ex. 5 Utvärdering av logopedens insats

L Finns det något jag kan tänka på till nästa gång?
B Att köpa nya pennor för dom här är riktigt dåliga.

Ex. 6 Utvärdering av logopedens insats

L Hur har jag skött mig idag?
B Bra.
L Vad är det som har varit bra?
B Att du förlorade.

Logopeden använder sig medvetet av *mullvadsteknik* för att försöka förstå hur barnet tänker:

Ex. 7 Mullvadsteknik

B Detta är jättekuligt.
L Vad är det som är kuligt?
B Jag kan inte.
L Vad är det som du inte kan?
B Lägga bilderna i ordning.

Ex. 8 Mullvadsteknik

B Nu vill jag inte göra mer.
L Hur kommer det sig?
B Det är svårt.
L Vad är det som är svårt?
B Jag vet inte.
L Är det svårt att lägga bilderna i rätt ordning?
B Mm.
L Är det något mer som är svårt?
B Jag vet inte.
L Är det svårt att berätta om dom?
B Ja.
L Finns det något mer med korten som är svårt?
B Nej.

Att öva sig i att *ta någon annans perspektiv* är en intervention som används vid samtliga terapitillfällen med Johan och Filip. Med Maria används det vid fyra av sex terapitillfällen.

Ex. 9 Perspektivskifte

L Vet dagis om att du tycker om päron?
 B Nej, jag tror inte det i alla fall.
 L Hur kan de få veta att du tycker om päron?
 B Att inte äta äpplen.
 L Mm, det är ett sätt Hur kan de få veta det på något annat sätt?
 B Det kan dom inte, fast du, om de har äpplen, så tar dom fram äpplen.

L Ok, om dagis bara har äpplen och bjuder dig på ett äpple, tar du äpplet då?
 B Nej.
 L Vad säger du när du inte vill ha?
 B Det är äckligt.
 L Hur ska dom veta att du vill ha päron istället, de vet ju inte att du vill ha päron?
 B Då provar dom med alla frukter.
 L Och då märker dom att du vill ha päron?
 B Åh, jag vet inte. Mamma får prata med dom.
 L Det kan hon ju göra. Kan du kanske berätta det för dom också?
 B Mm.
 L Vad kan du säga?
 B Jag tycker inte om äpplen fröken.
 L Och så berätta vilken frukt du vill ha i stället.
 B Jag vill ha päron istället om det finns.

En annan kognitiv strategi som används flera gånger med varje barn vid varje terapitillfälle är *förståelse av idiosynkratisk betydelse*.

Ex. 10 Förståelse av idiosynkratisk betydelse

B Dom andra vill inte jag prata med.
 L Vilka är dom andra?
 B Elina, Filippa och Oskar.
 L Är det någon av dem som du vill prata lite med?
 B Jag tänker.
 B Oskar.

Ex. 11 Förståelse av idiosynkratisk betydelse

L Vilken känsla har du i kroppen just nu?
 B Den (pekar på arg-bilden).
 L Du är arg?
 B På Marcus. Han säger att jag är dum. Då blir jag ledsen.
 L Hur är man när man är dum?
 B Då slår man och bråkar och tar alla bilar.
 Också tjuvar och häxor är dumma.

Kognitiv repetition används någon gång vid varje terapitillfälle med alla tre barnen i interventionen.

Ex. 12 Kognitiv repetition

L Om du står nära Pernilla och vill säga något till henne, ska du prata tyst eller högt då?
 B Tyst. Annars gör det ont i öronen.
 L Och om du står långt från Pernilla?
 B Då måste jag prata lite högre så hon hör.

Genom väglett upptäckande och genom att bland annat undersöka *alternativa möjligheter* arbetar logopeden och barnet för att hitta konkreta lösningar på olika problem.

Ex. 13 Alternativ strategi

L Finns det något som du tycker är svårt?
 B Det är svårt att prata med mamma och pappa när Harry Potter är på.
 L Vad är det som är svårt med det?

B Det är så högt ljud.
 L Vad händer då?
 B Jag blir arg, för dom hör inte vad jag ska säga.

L Hur kan ni göra för att de ska höra vad du ska säga?

B Slå av TV: n.

L Mm, det kan man göra. Finns det fler sätt?

Sista terapitillfället ägnas åt summering vilken kan ses som en kognitiv repetition och utvärdering av terapin. Johan summerar och utvärderar:

Ex. 14 Summering och utvärdering av terapin

L Hur tycker du det har varit de gångerna vi setts?

B Bra.

L Vad är det som har varit bra?

B Alltihop faktiskt.

L Vad har du lärt dig när vi har setts?

B Att Pernilla hör jättedåligt.

L Och hur kan du hjälpa henne att höra bättre?

Vi ritade ögon.

B Att vi skulle titta på henne.

B Mm, jag vet inte.

L Ni kanske kan sänka ljudet på TV: n när ni pratar med varandra.

B Mm.

L Just det, fanns det något mer sätt?

B Att inte prata så hon får ont i öronen.

L Kommer du ihåg att du första gången sa att du skulle träna din hörsel här?

B Ja, fast det var Pernilla som hörde jättedåligt.

Ex. 15 Utvärdering av logopedens insats

B Klurig fråga!

L Tycker du att jag ställer många kluriga frågor?

B Du borde gå hos dig själv.

Filip summerar och utvärderar:

Ex. 16 Summering av terapin

L Vad har vi gjort när vi setts?

B Vet inte.

L Är det svårt att komma ihåg?

B Mm.

L Ska vi hjälpas åt?

B Mm.

L Vi ritade dom här ögonen.

B Man ska titta i ögonen.

L Och så har vi pratat om att prata tyst och prata högt.

B Mm. Och så gjorde vi nyckelpigan och björnen (två sagor som vi hittade på tillsammans).

L Kommer du ihåg de här?

B Att man kan vara arg och ledsen.

L Just det.

B Och rädd.

L Och glad?

B Jag tycker inte om den (pekar på pojken som ser glad ut).

B För han är ful.

L Om någon annan, till exempel Mia är glad, tycker du att hon också är ful då?

B Nej, men han har så stora tänder.

Ex. 17 Utvärdering av terapin

L Hur tycker du det varit de gångerna vi setts?

B Bra.

L Vad är det som har varit bra?

B Att du är min bästa kompis.

Marias summering och utvärdering:

Ex. 18 Summering av terapin

L Vad har du lärt dig när vi har träffats?

B Ja att man, att man inte ska säga med tråkig röst om någon till exempel säger med ledsen röst "jag tycker det är jätteroligt", då låter det som det är jättetråkigt även om det inte var det.

L Finns det något mer som du har lärt dig?

B Att jag ska titta andra i ögonen när jag pratar.

Ex. 19 Utvärdering av terapin

L Hur tycker du det har varit när vi har setts?

B Roligt.

L Vad är det som har varit roligt?

B Att bara du och jag har varit tillsammans.

L Vad har varit tråkigt?

B Inget.

Varje terapitillfälle med respektive barn innehåller specifik logopedisk intervention. Flera av terapitillfällena innehåller rollspel i syfte att träna perspektivskifte. Med hjälp av rollspel tränas även turtagningsförmåga och ögonkontakt.

Förmågan att kunna välja ut det centrala på en bild och berätta tränas med alla barnen. Detta görs med hjälp av olika bilder. Barn och logoped turas om att berätta för den andre. Den som inte berättar får i uppgift att rita det som den andre berättar. Detta blir också en övning i att hålla kvar samtalsämnet tills den andre förstått.

Sammanfattningsvis kan sägas att det fanns vissa likheter i terapin mellan barnen men också vissa skillnader i hur terapin bedrevs. Vissa kognitiva strategier, till exempel idiosynkratisk förståelse och träning av perspektivskifte var vanligt förekommande för alla barnen. Att klargöra den idiosynkratiska förståelsen var en hjälp för barnen att tydliggöra deras tankar och känslor. Träning av perspektivskifte blev användbar i arbetet med de pragmatiska svårigheterna, eftersom denna förmåga kan vara mindre utvecklad. En annan likhet mellan barnens terapi var att deras summeringar av terapin visade att de fått insikter som gjorde att de kunnat lösa vissa konkreta problem i vardagen. En skillnad i terapin var målen som sattes upp. Johan hade ett huvudmål genom hela terapin, medan Filip och Maria hade mindre delmål. En annan skillnad i hur terapin bedrevs var att barnens resurser såg olika ut. Både Filip och Maria tyckte det var roligt att rita och måla, vilket gjorde att logopeden lade in olika moment där barnen kunde använda sig av det. Johan tyckte däremot om att konstruera olika saker. Denna resurs användes bland annat vid prepositionsträningen och vid rollspelet i olika tänkta miljöer.

6. DISKUSSION

6.1 Metoddiskussion

Uppsatsförfattarens ämneshandledare lyssnade separat igenom delar av terapimaterialet i syfte att se hur stor överensstämmelsen var med uppsatsförfattarens transkriberade sekvenser. Sedan etiketterade uppsatsförfattare och ämneshandledare, oberoende av varandra, ovan nämnda sekvensers kognitiva strategier. Slutligen jämförde de sina resultat. Vid jämförelsen sågs att ämneshandledaren och uppsatsförfattaren etiketterat strategierna på samma sätt i de flesta fall. De enda fallen av oenighet var de enstaka tillfällena där uppsatsförfattaren inte kunnat etikettera de kognitiva strategierna.

Vad gäller omfattningen av material för uppsatsen gjorde uppsatsförfattaren tillsammans med handledarna bedömningen att urvalet var tillräckligt stort för att syftet med uppsatsen skulle uppnås. Förmodligen skulle ett större material ge fler exempel på hur det kognitiva förhållningssättet tillämpades i logopedisk intervention. Videoinspelning hade varit att föredra eftersom inkongruent kroppsspråk och ögonkontakt var parametrar som studerades.

Uppsatsförfattaren fick under terapins gång handledning både av ämneshandledaren för uppsatsen samt av respektive behandlingsansvarig logoped. Vid handledning med ämneshandledaren diskuterades den aktuella terapisessionen i syfte att ge tankar och idéer om hur ett kognitivt förhållningssätt kunde tillämpas i den fortsatta terapin. Barnets och

uppsatsförfattarens gemensamma arbetsblock fanns med vid handledningen i syfte att hitta exempel på hur ett kognitivt förhållningssätt tillämpats med specifik logopedisk intervention. Vid handledning med respektive behandlingsansvarig logoped diskuterades den logopediska interventionen. Förutom den kunskap som handledningen gav tillgodogjorde sig uppsatsförfattaren kunskaper i ett kognitivt förhållningssätt genom att läsa litteratur som bedömdes vara viktig för att genomföra terapi utifrån ett kognitivt förhållningssätt.

Uppsatsens resultat är tentativa och den behandling som gjorts för den aktuella studien gör inga anspråk på att vara slutförd och bör ses som en del i en längre behandling. Det är således viktigt att poängtera att uppsatsförfattaren endast har följt barnen en bit på väg i deras behandling. Efter avslutad behandling av uppsatsförfattaren fortsatte respektive behandlingsansvarig logoped den logopediska interventionen med respektive barn. Det skulle vara spännande och intressant att följa upp barnen vid ett senare tillfälle för att se om de insikter och den kunskap de fått i terapi lett till att de kunnat hantera sina vardagliga problem på ett bättre sätt. Det optimala vore att på ett grundligt sätt testa barnens språkliga förmågor på samtliga språkliga nivåer vid början av terapi och vid dess slut för att se en eventuell utveckling och förbättring. Detta skulle kunna göras genom att använda en systematisk vetenskaplig design, till exempel single subject design. Det vore också önskvärt att ha en kontrollgrupp för att se om och hur barnens insikter och kunskaper skiljde sig åt beroende på om de gått i terapi med eller utan ett kognitivt förhållningssätt. Intressant vore också att se hur föräldrarna och omgivningen stöttar samt ta reda på eventuella framsteg som de ser att barnet gör.

6.2 Resultatdiskussion

Det övergripande ”logopediska” målet för barn med pragmatiska svårigheter är att lära sig att kommunicera bättre. Frågan är hur det kan utvärderas och när man vet att målet är uppfyllt. Vaga mål riskerar att ge vag terapi. Då man arbetar utifrån ett kognitivt förhållningssätt bryter man ner målet med interventionen i ett eller flera konkreta personliga delmål. Både terapeut och klient vet vart man är på väg och när målet eller målen är uppfyllda.

Utifrån uppsatsförfattarens begränsade erfarenhet av logopeders arbetssätt förefaller det vara vanligt att logopeden sätter upp mål med terapi utifrån en samlad bedömning av sammanlagda testresultat och samtal med barnets föräldrar. Med ett kognitivt förhållningssätt sätts målen upp även med beaktande av barnets egna tankar och mål. På så sätt är ett kognitivt förhållningssätt förenligt med logopedisk intervention och ger även en fördjupande dimension åt terapi genom att barnet görs mer delaktig.

Egentligen var det bara i Johans terapi som ett huvudmål tydligt formulerades. För Maria och Filip blev det snarare olika mindre delmål vid varje session som sattes upp. Johan var en pojke som redan vid terapins början hade lätt för att sätta ord på och koppla samman sina tankar och känslor och kunde också lätt sätta sig in i andras perspektiv. Både för Maria och Filip var det svårare att koppla samman tanke och känsla. Med Maria och Filip ägnades också mer tid åt att träna perspektivbyte. Som resultaten visar uppfyllde alla tre barnen målen med terapi. Johan fick redskap att använda sig av för att hjälpa Pernilla att höra bättre, Filip och Maria lärde sig att kommunikationen kan påverkas med ögonkontakt. Till detta kan finnas olika tänkbara

förklaringar: barnens olika problemprofiler och kognitiva utvecklingsnivåer som medförde olika svårigheter just med att formulera sig runt ett mål, men också att deras resursprofiler såg olika ut. Johan var äldst bland barnen i den aktuella studien. Det man kan spekulera kring är huruvida åldern påverkade förmågan att tillgodogöra sig terapin. Möjligtvis var det så att Johan kommit längre i utvecklingen av theory of mind, vilket underlättade terapin och även ökade möjligheten för honom att tillgodogöra sig den på ett djupare sätt. Uppsatsförfattarens begränsade erfarenhet både av terapi med barn med pragmatiska svårigheter och att arbeta utifrån ett kognitivt förhållningssätt påverkade med stor sannolikhet terapins innehåll och resultat. Ju större skicklighet en terapeut har, desto snabbare går det förmodligen att hitta ”var skon klämmer”.

Filips och Marias utvärdering (se ex. 17 och 19) om hur terapin varit betonar vikten av en god *terapeutisk allians*. Det bekräftas av dÈlia: ”Klinisk erfarenhet och vetenskapliga undersökningar visar att en god patientterapeutrelation är den faktor som har det starkaste sambandet med positiva terapieffekter. Det finns ett mycket starkt stöd för att det är patientens uppfattning om relationens kvalitet, som är avgörande för terapeutisk framgång, och inte terapeutens.” (dÈlia, 2000, s.88).

Alla barnen hade olika tankar om terapin. För att barn och uppsatsförfattare skulle kunna arbeta mot samma mål var en öppen agenda en förutsättning. Med hjälp av den kunde barn och uppsatsförfattare tala med varandra om förväntningar på terapin. I detta ingick också att syftet med de olika momenten i terapin gjordes tydliga. Ett av barnen i den aktuella studien undrade vid ett tillfälle över syftet med en av övningarna: ”Varför gör vi detta? Aha, det är nog för att kolla synen”. Det blev en påminnelse om vikten av att explicit tala om syftet med de olika momenten i terapin och inte bara utgå från att barnet förstod syftet med den logopediska interventionen.

Det kan diskuteras om en *öppen agenda* alltid är eftersträvansvärt. Det finns bland logopedier ett tänkesätt att barnet inte ska behöva bli medvetet om varför det går till en logoped, det viktiga är att barnet har roligt i terapin. Med ett kognitivt förhållningssätt medvetandegörs däremot barnet om sina problem och resurser. Medvetenheten ger barnet kunskap om vad det är som fungerar respektive inte fungerar i kommunikationen samt varför. Medvetenheten ökar även möjligheten att kunskapen som barnet tillägnat sig i terapin blir överförbar utanför terapirummet. Uppsatsförfattaren tror att terapin kan fungera både som en oas (Svenbro, 2005) och som en plats där nya insikter och kunskaper inhämtas på ett ansiktsbevarande och lustfyllt sätt som sedan kan tillämpas i vardagliga situationer.

När ett kognitivt förhållningssätt tillämpas i logopedisk intervention förhåller sig logopeden undersökande till barnet och dess problem och resurser. Logopeden sitter inte inne med några förhandslösningar på barnets problem utan hans eller hennes roll blir snarare att ge barnet hjälp att hitta sina egna lösningar på problemen. Även om logopeden försöker se problemen utifrån barnets perspektiv är det barnet självt som är expert på sina tankar, känslor och handlingar. I logopedisk intervention utan ett kognitivt förhållningssätt ligger det nära till hands att logopeden istället gissar och tolkar vad barnet tänker och känner.

Även om endast ett begränsat antal kognitiva strategier tillämpades i den logopediska interventionen med barnen visar författarens tolkning av resultatet av studien att ett kognitivt förhållningssätt är förenligt med logopedisk intervention. Det kognitiva förhållningssättet och de

kognitiva strategierna fördjupade den logopediska terapin. Det gemensamma arbetsblocket samt summeringarna vid varje terapisesions början fungerade som en brygga mellan sessionerna. Det gjorde det lättare, både för uppsatsförfattare och för barn, att få en röd tråd genom hela terapin. Genom att uppsatsförfattarens insats utvärderades av barnet, fick hon ökade insikter om sina egna styrkor och svagheter. Utvärderingen hjälpte också uppsatsförfattaren att se hur hon kunde förhålla sig till det individuella barnet på ett bättre sätt. När uppsatsförfattaren lyssnade på barnet och försökte sätta sig in i hur det tänkte och kände om sina svårigheter ökade möjligheten för uppsatsförfattaren att göra interventionen mer individspecifik. För att sätta sig in i vad och hur barnet tänkte använde sig uppsatsförfattaren av olika kognitiva strategier, till exempel mullvadsteknik, idiosynkratisk förståelse och kognitiv repetition.

Varför ett kognitivt förhållningssätt lämpar sig väl vid intervention med barn med pragmatiska svårigheter är att grundproblematiken just kan vara en bristande förmåga att ta någon annans perspektiv. Med hjälp av systematisk tillämpning av ett kognitivt förhållningssätt ökar möjligheten för barnet att snabbare utveckla denna förmåga, eftersom barnet får öva sig i att lösa olika problem i konkreta kommunikationssituationer. Genom att medvetandegöra barnet om sina problem och resurser ökar möjligheten för barnet att förstå dels vad det är som fungerar och dels vad det är som inte fungerar och anledningarna till det. Barnet blir på så sätt hjälpt till att hitta alternativa lösningar som det kan använda i verkligheten.

Eftersom pragmatiska svårigheter är kontextberoende är sårbarheten inte ett statiskt tillstånd utan kan ses som en dynamisk egenskap som ständigt kan förändras. Ett kognitivt förhållningssätt tar hänsyn just till dessa faktorer och försöker se svårigheterna utifrån barnets sammanhang. Stress/sårbarhetsmodellen är en modell som är utvecklad för att förstå uppkomsten av schizofreni. Modellen grundar sig på att människor är olika känsliga för påfrestningar av psykiskt eller fysiskt slag. Man menar att det finns en inneboende biologisk sårbarhet hos individen. För en person med låg sårbarhet krävs större försvårande yttre eller inre omständigheter för att sjukdomen ska bryta ut. För en person med hög sårbarhet krävs däremot lindrigare försvårande omständigheter för att utlösa symtom (Cullberg, 1993). Denna modell kan även tillämpas på barn med pragmatiska problem: de pragmatiska svårigheterna dyker upp i situationer som är särskilt belastande för individen. Svårigheterna är således inte absoluta och ständigt närvarande utan visar sig i de situationer som är extra belastande för individen (Nettelbladt & Reutersköld Wagner, 2003).

6.3 Egna reflektioner

Hela uppsatsskrivandet har varit en lång inlärningsprocess. Såvitt är känt har logopedisk intervention med barn med pragmatiska svårigheter utifrån ett kognitivt förhållningssätt inte tidigare gjorts. Att få arbeta på detta för mig nya sätt har varit roligt och stimulerande. Det har gett insikter och reflektioner över egna styrkor och svagheter. Att få återkommande feedback på min logopediska insats har hjälpt mig att se hur de enskilda barnen upplevt mig och det jag gjort i terapin. Det har varit en spännande upptäcktsfärd att försöka sätta sig in i hur och vad barnen tänker om sig själva, sin omgivning och om sina resurser och problem. Eftersom mina erfarenheter av terapi både med barn med pragmatiska svårigheter och terapi utifrån ett kognitivt förhållningssätt är begränsade kan man se en viss osäkerhet och ett visst trevande i terapin och

dess innehåll. De specifikt logopediska interventionerna och de kognitiva strategierna skulle kunna bli mer individspecifika. Med ökad erfarenhet av barn med pragmatiska svårigheter, vidareutbildning i ett kognitivt förhållningssätt samt fortsatt terapihandledning kommer min logopediska och terapeutiska skicklighet både att breddas och fördjupas. Det kan dock finnas fördelar med att vara en nytexaminerad logoped: när det inte finns några gamla hjulspår att köra i, och kanske också fastna i, kanske logopeden blir mer benägen att utvärdera hur terapin fungerar men också hur man själv upplevs som logoped och terapeut.

Det är alltid viktigt att komma ihåg att en människa och hennes liv av tankar, ord och känslor alltid är större än vad vi ser av henne. Det är lätt att låta sig fångas av olika metoder och förhållningssätt och tro att man med hjälp av dem kan få en helhetsbild av klienten och dess problem. Som terapeut och behandlare gäller det att se och förstå att vårt sätt att se på en människa innebär att vissa aspekter hamnar i skugga. När vi ser något på ett visst sätt kan vi inte samtidigt se det på något annat sätt (Svenbro, 2005).

Som denna studie visar författarens tolkning av resultatet att ett kognitivt förhållningssätt är förenligt med logopedisk intervention med barn med pragmatiska svårigheter. Trots att barnen endast var fem år gamla visade de förmåga att reflektera över och ge uttryck för sina tankar och känslor. Jag ser fram emot att få arbeta utifrån detta förhållningssätt också med andra åldersgrupper. Äldre barn och vuxna har förmodligen större möjligheter att formulera sina mål och att arbeta mer medvetet för att uppnå dem.

REFERENSER

- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Bishop, D.V.M. (1997). *Uncommon Understanding. Development and Disorders of language Comprehension in Children*. East Sussex: Psychology Press.
- Bishop, D.V.M. (1998). Development of Children's Communication Checklist (CCC): A method for assessing qualitative aspects of communication impairment in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 39, nr 6, 879-891.
- Bruce, B. (2003). Bokstavsbarnen och bokstäverna. Bjar, L. & Liberg, C., (red). *Barn utvecklar sitt språk* (253-274). Lund: Studentlitteratur.
- Bruce, B. (2004). Handout från föreläsning. *Semantiska och pragmatiska svårigheter*. Ingick i kursen Barnneuropsykiatri, logopedprogrammet, Lund.
- Cole, M. & Cole, S. (2001). *The Development of Children*. New York: Worth Publishers.
- Cullberg, J. (1993). *Dynamisk psykiatri*. Stockholm: Natur och Kultur.
- dÉlia, G. (2000). *Kognitiv psykoterapi, ett samarbetsprojekt med patienten*. Stockholm: Svenska föreningen för psykisk hälsa.
- Freeman A., Pretzer, J., Fleming, B. & Simon, K.M. (1994). *Kognitiv psykoterapi i klinisk tillämpning*. Danderyd: Pilgrim Press.
- Frostin, A. (2003). *Om tanke om kognitiv terapi och ett kognitivt förhållningssätt*. Helsingborg: H. Lundbeck AB.
- Gillberg, C. (1997). *Barn ungdomar och vuxna med Asperger syndrom*. Stockholm: Cura.
- Havnesköld, L. & Risholm Mothander, P. (1995). *Utvecklingspsykologi. Psykodynamisk teori i nya perspektiv*. Stockholm: Liber AB.
- Hellquist, B. (1984). *Stora fonemtestet*. Malmö: Pedagogisk Design.
- Hellquist, B. (1989). *Nya SIT – Språkligt Impressivt Test för barn*. Malmö: Pedagogisk Design.
- Holmberg, E. & Sahlén B. (2000). *Nya NELLI Neurolingvistisk undersökningsmodell för språkstörda barn*. Malmö: Pedagogisk design.

Holmberg, E. & Stenkvist, H. (1983). *Nya Lundamaterialet. Kartläggning och bedömning av barns språkliga förmåga*. Malmö: Utbildningsproduktion AB.

Hwang, P. & Nilsson, B. (1996). *Utvecklingspsykologi från foster till vuxen*. Stockholm: Natur och Kultur.

Leinonen, E., Letts, C., & Smith, B. (2000). *Children's pragmatic communication difficulties*. London and Philadelphia: Whurr Publishers.

Lundskog, M. (2004). *Kognitiv psykoterapi och stamning – en fallstudie*. Vetenskapligt arbete i logopedi, 20 poäng. Avdelningen för logopedi, foniatri och audiologi, Lunds universitet.

Malmberg, L. (2004). *Barnpsykoterapi och kognitiva funktioner* Stockholm: Stockholms läns landsting, Barn-och ungdomspsykiatri.

Nettelblatt, U., Radeborg, K. & Sahlén, B. (2003). *Svenska CCC, Children's Communication Checklist, Enkät för bedömning av språklig och kommunikativ förmåga hos skolbarn*. Lund: Institutionen för logopedi, foniatri och audiologi, Lunds universitet.

Nettelblatt, U. & Reutersköld Wagner, C. (2003). När samspelet inte fungerar – pragmatisk språkstörning. Bjar, L. & Liberg, C., (red). *Barn utvecklar sitt språk (173-193)*. Lund: Studentlitteratur.

Ors, M. & Nettelblatt, U. (2000). Språkstörningar hos barn. Trillingsgard, A., Dalby, M., & Östergaard, J. (red). *Barn som är annorlunda. Hjärnans betydelse för barnets utveckling*. (87-101). Lund: Studentlitteratur.

Palm, A. (2000). *Kognitivt förhållningssätt. En psykologisk teori för samverkan med patienten*. Stockholm: Natur och Kultur.

Parment, G. (2002). *Kognitiv psykoterapi med barn och ungdomar*. Stockholm: Barn och ungdomspsykiatri, Norra länets produktionsområde, Stockholms läns landsting.

Perris, C. (1996). *Kognitiv terapi i teori och praktik*. Stockholm: Natur och Kultur.

Svenbro, H. (2005). *Det biografiska perspektivet Människosyn och behandlingsarbete*. Göteborg: Daidalos.

Stallard, P. (2002). *Think Good Feel Good, A Cognitive Behavior Therapy Workbook for Children and Young People*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.