

Constraint induced språkterapi

– en praktisk guide for implementering av metoden i afasirehabilitering i Norge

Constraint induced språkterapi (CIST) har de siste årene vist lovende resultater for afasirehabilitering. Sunnaas sykehus HF tilbyr et intensivt behandlingstilbud basert på disse prinsippene med fokus på bedring av talespråk, det såkalt SunCIST-programmet (Kirmess, Becker, Hvistendahl, & Günther, 2012). I henvisningsprosessen oppstår det ofte spørsmål rettet mot kriterier for deltakelse. Det har også vært stort interesse fra logopeder fra inn- og utland for å hospitere på Sunnaas sykehus HF for å bli kjent med metoden, eller for å observere sine brukere under oppholdet. I oppfølgingsfasen ser det ut til å være stadig flere lokale logopeder som ønsker å videreføre noe av metodikken og som etterspør både informasjon om metoden og materiell. Derfor har denne artikkelen som formål å gi en oppdatering på metoden med praktiske eksempler for gjennomføring, samt å ta opp noen diskusjonspunkter rundt metoden. Artikkelen tar utgangspunkt i foredraget «Kan man være for god for deltakelse på CIST» (Kirmess, Nordli, & Becker, 2014) fra Landsmøte og etterutdanningskurs i Tromsø i 2014, samt et introduksjonskurs jeg har holdt for ulike logopedgrupper. Artikkelen bygges opp tematisk med utgangspunkt i aktuelle spørsmål og drøfter videre utfordringer der det faller naturlig.



Melanie Kirmess
jobber som
Førsteamanuensis
ved Institutt for
Spesialpedagogikk,
Universitetet i Oslo
og som forsker ved
Sunnaas sykehus HF.

Epost:
logoped.m.kirmess@gmail.com

Hva skiller CIST fra andre metoder?

Constraint induced språkterapi (CIST) fokuserer først og fremst på bedring av talespråket hos afasirammede ved å jobbe direkte med muntlig språkproduksjon. Det vil si at bruk av alternativ kommunikasjon som gester, skrift og lesing er begrenset under treningsperioden. Det teoretiske grunnlaget for dette begrunnes i hjernens plastisitet og behov for bruks-relatert aktivisering av en funksjon for vedlikehold og bedring av den, for eksempel etter et hjerne-slag. Innskrenking av alternativ kommunikasjon relateres til det som kalles teorien om «lært ikke-bruk», hvor man antar det er lettere å unngå ubehagelige og strevsomme situasjoner forbundet med språk- og kommunikasjonsvansker enn å prøve seg (for eksempel, når man ikke finner ord, bruker feil ord og setningsoppbygging). På den måten vil ikke hjernen få den relevante nevrologiske stimuleringen som skal til for å reaktivere eller danne aktuelle språknettverk (Pulvermüller & Berthier, 2008). Metodens bakgrunn

er tidligere beskrevet på norsk i dette tidsskriftet (Kirmess, 2007) og gjennom mitt doktorgradsarbeid (Kirmess, 2011a, 2011b; Lyngås Skjelstad & Kirmess, 2010).

Pulvermüller og kolleger anvendte og beskrev CIST (som da kaltes constraint induced aphasia therapy, CIAT) første gang i 2001 (Pulvermüller et al., 2001). I løpet av det siste tiår har gruppen rundt Pulvermüller forandret navnet på metoden til Intensive Language Action Therapy (ILAT), noe som gjenspeiler at de i større grad ønsker fokus mot interaksjonen som foregår i den formen for språkrehabiliteringen, samt fremme betydningen av intensiteten. Begrepet CIST vil i resten av denne artikkelen benyttes synonymt for ILAT, CIAT og CIST, fordi CIST har blitt det mest brukte begrepet i Norge så langt.

I de første forskningsartiklene rundt CIST har fokuset vært på utprøving av metoden og dens effekt, mens det har vært

mindre enkelt å finne frem til hva man egentlig gjorde med personene med afasi. I 2012 kom svaret i form av en omfattende og detaljert artikkel av Difrancesco, Pulvermüller, og Mohr (2012) som beskriver hvordan den gruppen anvender metoden. Forfatterne omtaler tre hovedprinsipper for metoden – *intensitet* (intensive practice), *kommunikativ og atferdsmessig relevans* (communicative and behavioural relevance) og *fokus* (focusing.) Når det gjelder intensitet anbefaler forfatterne at det administreres flest mulig timer innen kortets mulig tidsramme. I begrepet 'intensive practice' ligger det også behov for hyppig repetisjon. Forfatterne påpeker videre med utgangspunkt i studien til Bhogal, Teasell, og Speechley (2003) at en økning av mengden i afasirehabilitering har en positiv effekt i tillegg til økt frekvens, det vil si hyppighet av tilbudet. Prinsippet rundt kommunikativ og atferdsmessig relevans bygger på den stadig tydeligere sammenhengen av parallell aktivisering av språkområder og senso-motoriske områder i hjernen. Denne sammenhengen utfordres og bevisstgjøres i større grad i ILAT, hvor all kommunikasjon skal ha en interaksjonsfunksjon, for eksempel ved å spørre om et bildekort, gi et kort eller forhandle om et kort. Difrancesco og kolleger (2012) konkluderer derfor med at all relevant afasirehabilitering bør ha pragmatisk forankring. Det siste prinsippet, fokus, omfatter flere kjente logopediske elementer for tilrettelegging og forming av det individuelle behandlingstilbud. Innenfor CIST/ILAT metoden innbefatter dette

- a) interaksjonen kortspillmetoden legger til rette for
- b) materiellet og utforming av situasjonen (for eksempel bruk av visuelle hinder, parvise kort)
- c) grad av logopedisk tilrettelegging (for eksempel gjennom gradvis tilpassing (shaping), modellering, positiv forsterkning)
- d) entydige og eksplisitte spilleregler (ibid).

Gjennom de neste avsnitt vil disse underpunktene eksemplifiserer i sin norske bruksform.

Gjennom mitt arbeid med CIST i snart 10 år er det tydelig at det skjer endringer i begrepsbruk. Det som Difrancesco og kolleger (2012) nå sammenfatter som tre prinsipper dekker godt de grunnpilarene vi har anvendt i den norske bruken – intensitet (flere timer om dagen), shaping (gradvis tilpassing til målform), repetisjon (mange gjentakelser innenfor samme struktur), feedback (positive tilbake-

meldinger), constraint induced (fokus på en spesifikk språkfunksjon, her talespråk) og relevans av treningsord for dagliglivet.

Et av de tidlige hovedelementene har vært bruk av visuelle hinder for hindre at deltakere bruker andre former for kommunikasjon enn muntlig tale, for eksempel det å lese kroppsspråk eller bruke gester. Både i nyere studier og i vår kliniske erfaring viser det seg derimot at det ikke er strengt nødvendig med høye barrierer. Tvert imot ser det ut at det å bevare blikk-kontakt har flere fordeler for sosial interaksjon enn språklige begrensinger. Det er derimot fortsatt til hjelp å ha mindre skjermer som skjuler deltakerens kort for hverandre, samt å påminne hele tiden at fokus er på talespråk. For vår bruk vil det si at hvis en person med afasi bruker håndbevegelser til selvstimulering for å finne et ord eller for eksempel skriver ordet med fingrene i luften er det greit, så lenge ordet så uttales som ledd av informasjonsoverføringen. All selvstimulering skal føre til en muntlig språkproduksjon.



Når kan man kalle det CIST?

Med utgangspunkt i forrige avsnitt er det tydelig hvilke rammer som ligger for begrepsbruken CIST. Den innholdsmessige siden av CIST (som dekker Difrancesco og kollegers (2012) to siste prinsipper med interaksjon og fokus) synes å være greit overførbart og anvendbar i arbeidet med afasirammede, selv på ulike arbeidsplasser som sykehus, voksenopplæring og privatpraksis. Derimot er det ofte intensiteten som gjør at man må vurdere om man kan kalle tilbudet for CIST eller ei. En gjennomføring av den beskrevne kortspillaktivitet en til to timer per uke er dermed ikke nok for å kunne referer til det som metoden CIST. Utfordringen ligger i at det samtidig ikke finnes noen helt konkrete tidsrammer som sier hvilken intensitet som må til for å kalle det CIST. Difrancesco og kolleger (2012) påpeker at de fleste CIST-studier gjennomfører 2-3 timer CIST om dagen i 2-3 uker. Kanskje det er her utfordringen ligger – skille mellom en forskningsstudie og klinisk anvendbarhet? Difrancesco og kolleger henviser til at det ikke er nødvendigvis flere timer som skal til i rehabiliteringstilbud, men en omorganisering av tilbudet. Dette begrunnes med resultater fra Pulvermüller et al. (2001) studien, hvor deltakere enten fikk CIST eller et tilsvarende tilbud, men hvor samme totale mengde av timer var strukket over mye lengre tid. Samtidig som alle foreliggende CIST-studier har en slik intensiv ramme, vet man fortsatt for lite om den ideelle tidsformen.

Videre foreligger det generelt få studier som gjennomfører akkurat det samme metodiske opplegg, enten når det gjelder tidsrammen, innhold eller gjennomføring. Eksempler på ulike varianter er for eksempel CIAT+ med hjemmelekser (Meinzer, Djundja, Barthel, Elbert, & Rockstroh, 2005), modifisert CIAT i grupper med 4 afasirammede og 2 andre pasienter som rollemodell (Sickert, Anders, Münte, & Sailer, 2014) og CIAT II med ulike typer språkoppgaver og læring av overføringsstrategier (Johnson et al., 2014).

Hva er innholdet i CIST?

Den tradisjonelle oppbygningen av CIST omfatter kortspillaktiviteter med å samle par. Difrancesco og kolleger (2012) fremhever at CIST skal styrke og reetablere fonologiske, leksikalske, semantiske og konseptuelle nettverk. De fleste studier beskriver en hierarkisk oppbygging av vanskegrad, enten i form av lengre setninger, bruk av høy- og lavfrekvente ord, ord i ulike ordklasser og fonologisk kompleksitet.

Vi har brukt følgende struktur i SunCIST:



Nivå 1: Benevning av bilde: «Brød?»

Nivå 2: Navn, spørrefrase med benevning av bildet: «Melanie, har du brød?»

Nivå 3: Navn, spørrefrase med benevning av bildet pluss egenskap av objekt (for å skille fra et lignende bilde i materialet): «Melanie, har du fersk brød?» versus «Melanie, har du ristet brød?»

Nivå 4: Navn, spørrefrase med benevning av bildet, egenskap av objekt pluss et antall: «Melanie, har du 5 ferske brød?» eller «Melanie, har du 2 ferske brød?»

Logopeden vil nesten alltid som rollemodell bruke nivå 2, selv om den afasirammede bare skal svare på nivå 1. Videre har vår kliniske erfaring vist at mange personer med moderat til alvorlig afasi har lettere for å aktivere tall før de klarer å legge til egenskap av bilder. Derfor kan man bytte rekkefølgen i nivåsammensetning hvis det passer gruppen.

En typisk spørsmål – respons sekvens på nivå 3 kan høres slik ut:

Deltaker 1: «Lise har du sko?»

Deltaker 2 (Lise) : «Hva slags sko?»

Deltaker 1: «De er røde. Damesko.»

(Logoped oppfordrer til å gjenta hele spørsmål)

Deltaker 1: «Lise, har du røde sko?»

Deltaker 2 (Lise): «Ja, jeg har røde sko» eller «Nei, jeg har ikke røde sko.»

Deltaker 1: «Takk. Da er det din tur.»

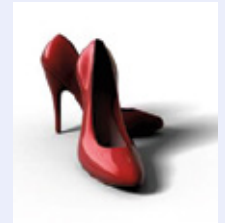
Innholdet utover det tradisjonelle kortspillet varierer fra ulike studier. Noen studier inkluderer former for skriftspråk, for eksempel til benevning og selvstimulering (Sickert et al., 2014). Johnson et al. (2014) presenterer en fornyet versjon av CIST som inneholder fem ulike typer språkaktiviteter i samme rekkefølge per dag og hvor flere av enkeltoppgavene har egne tidsfrister. Dette inkluderer

- 20 minutter gjentakelse av ordlister (drill av uttalelse), 30 sekunder per forsøksord
- 25 minutter gjentakelse av fraser fra dagliglivet (for eksempel, «Er kaffen klar?»), 1-2 minutter per forsøk
- 30 minutter tradisjonelt CIST kortspill
- 30 minutter bildebeskrivelser (4 nivåer, fra enkeltordbenevning til å lage en historie)
- 30 minutter rollespill (gjøres alltid sammen med en pårørende som en del av hele opplegget)

De første to oppgavesettene er tenkt som oppvarming eller forberedelse til de mer avanserte oppgavene med egen aktivering av ord.

Hvordan skal jeg starte?

Man kan for eksempel innlede kortspillet på følgende måte:



«Vi skal nå spille et kortspill. Det finnes to kort av hvert bilde. Målet er å samle par. For å få et kort man mangler, må man spørre en av de andre deltakere om de har det kortet. Dette skal gjøres på en bestemt måte. Du skal si navnet til den du spør. Du spør om du kan få det kortet du ønsker. Du kan for eksempel spørre: 'Kan du gi meg...', eller 'Har du...?', eller 'Kan jeg få', etc. Jeg begynner, slik at dere kan høre hvordan jeg sier det.»

Logopeden starter alltid som rollemodell, inntil spillet og aktuell setningsstruktur er veletablert. Deretter kan startoppgaven fordeles blant deltakere. Hver deltaker trekker noen kort fra en bunke. Man spør så en av de andre deltakerne (også logopeden) om vedkommende har et bestemt kort som matcher med et kort man selv har på hånden. Hvis svaret blir ja, får man kortet og legger paret til siden. Turen går til nestemann, uavhengig av ja eller nei respons. Nytt kort trekkes ved behov. Noen foretrekker alltid å ha samme antall kort på hånden, andre vil først trekke når de ikke har flere kort. Reglene for turtaking og spill er ikke rigide og gruppen kan bli enig om det seg i mellom.

Selv om det virker noe kunstig sammenlignet med dagligtale, er det ønskelig at både forespørsel om et kort og respons er så fullstendige setninger som mulig. For eksempel: «Petter, har du brød?» besvares ideelt sett med «Trond, ja, jeg har brød.» eller «Nei, jeg har ingen brød, Trond.» Trekker man et kort slik at man får et par, kan man enten bytte kortet eller annonserer det høyt, for eksempel: «Jeg har fått et par med tre røde bluser.»

Ved bruk av nye bildesett ser man alltid gjennom bildene i fellesskap på forhånd for å bli kjent med dem, det vil si å bli enig om hva bildet forestiller, eventuelt hva man ønsker å fokusere på ved dem. Klarer deltakere å benevne bildene selv, oppfordres de til å gjøre det i fellesskap. Viser derimot ingen spontan benevning eller tegn til gjenkjenning, benevner logopeden bildet for å etablere en felles forståelse rundt målbegrepet med utgangspunkt i prinsippet om feilfri læring, og alle deltakere gjentar sammen.

Nye bildesett kan introduseres for eksempel på følgende måte: «Vi skal nå bruke en kategori som heter... La oss se på bildene for å bli kjent med hva de skal forestille. Hva tror dere det kan være? «

Det at deltakere bruker ulike ord og har dialektforskjeller oppleves stort sett bare som en fordel som bidrar til livlige diskusjoner om språket den enkelte bruker i hverdagen. Passer det med noen kommentarer rundt bildene, kan

deltakere oppfordres til å snakke om det. Utnytt de naturlige kommentarene som oppstår i spillet til korte samtaler rundt bildene. For eksempel:

- Bruk av ulike betegnelser (do, toalett, vannklosett, WC)
- Egne erfaringer (Sykler du?, Når var du sist på restaurant? Hvordan lager man vafler?)

Formålet med CIST er jo bedring av talespråk hvor man kan tenke at 'All muntlig kommunikasjon er god kommunikasjon'. Allikevel skal man ikke prate seg ubegrenset bort med tanke på prinsippet om nok repetisjon og fokus.

Hvilke bilder/materiell kan jeg bruke?

Det er ingen begrensning på hvilke bilder som kan brukes. For kortspillet har det vært en fordel at de foreligger parvis. I SunCIST bruker vi blant annet bilder som stammer fra mitt doktorgradsprosjekt, basert på ulike kategorier og sortert etter høy- og lavfrekvente ord. Bildene ble hentet fra word for windows. Utover det supplerer vi med bilder fra colour cards, bilder fra memory for voksne, ELA-bildeserier, egne fotografier av norske hverdagsting, bilder fra Newcastle University undervisningsmaterieell for afasirammede(NUMA), osv. Ideelt sett kan man tilrettelegge med bilder som er aktuell for den enkelte brukeren, det vil si også inkludere familiebilder hvis det passer i en liten gruppe eller individuell setting. Bilder fra aviser og internett kan brukes, men ta hensyn til opphavsrett.

Generelt gjelder at jo mer komplekst eller tvetydig bilde er, jo mer har man å snakke om – noe som er en fordel når man skal fremme talespråk.



Hvordan kan jeg tilrettelegge for ulike nivåer?

I utgangspunkt bidrar mulighet til bruk av individuelle nivåer til at man kan ha deltakere med ulike grad av afasi i samme gruppe selv med utgangspunkt i samme bildet. Samtidig må man være bevisst på at noen deltakere alltid vil ønske å svare på et høyere nivå som de andre. Det bør snakkes åpent om i gruppen hvorfor eventuelt ulike deltakere får ulike oppgaver med hensyn til nivå, slik at det oppnås felles forståelse og aksept av dette.

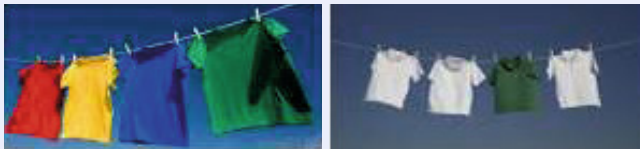
Ved avslutning av hver bildekategori oppfordres deltakere til å telle opp antall par man har fått. Dette inviterer også

til å trene på tall og summering ved behov, og kan for noen grupper øke motivasjon gjennom konkurranseelementet med å bli dagens vinner. Så skal alle benevne eller beskrive det som er på bildene de har fått en gang til med egne ord eller den støtten de trenger for en ekstra repetisjon. Her har man gode muligheter for individuell differensiering. For eksempel,

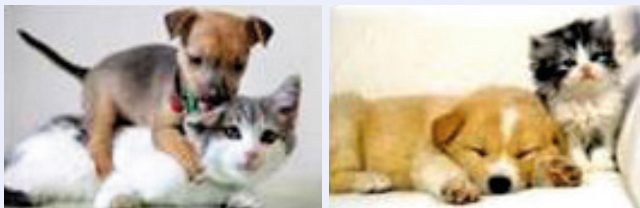
- Alvorlig afasi: Benevn ordet selvstendig eller gjenta.
- Moderat afasi: Lag en egen setning med ordet i.
- Godt fungerende afasirammede: Lag en kort historie om hvert bilde eller på tvers av bildene.

Bruk av ulike typer bilder vil også invitere til ulike former for vanskegrad. I SunCIST har vi hovedfokus på og starter alltid med bilder av substantiv, først høyfrekvente og så lavfrekvente ord i ulike kategorier som mat, hus og hjem, transport, etc. Etter gruppens behov og grad av afasi utvides bruken til handlingsbilder som krever aktivering av verb, bilder av andre ordklasser, osv.

For eksempel:



- Preposisjoner: «Per, har du en grønn skjorte som henger mellom flere hvite skjorter?»



- Sammenligninger: «Kari, har du en katt som er større enn hunden?»
- Pronomen: «Siv, har du hun som maler ham»

Handlingssekvenser kan brukes på ulike måter. For eksempel hvis de foreligger parvis at man spør på tradisjonelt vis etter det andre kortet, men vil da ha behov for nokså detaljerte beskrivelser for å skille bilder fra samme serie. Men man kan også velge å ha bare en serie med

4 bilder per deltaker for eksempel, hvor formålet er å samle hele serien. Det krever mer kognitiv kapasitet, fordi man ikke har det konkrete bilde man etterspør foran seg, men må bruke egne omskrivelser av det som mangler i samlingen. I og med at man har gjennomgått alle bilder på forhånd har man en viss ide hva man skal spørre om.

Videre kan deltakere produsere setninger med ulike grammatikalske former når bildet skal beskrives, for eksempel:

- Bruke ulike tidsformer som fortid eller fremtid «Karl, har du bildet av damen som kom for sent?»
- Starte beskrivende setninger i etterkant av en kategori med «I går,..» eller «I 2024..»
- Lage leddsetninger, for eksempel med «fordi», «... mens...», «Etter at.., så..»
- Lage fornektelser, dvs. setninger med nei/ikke



Kan jeg bruke andre språkområder?

Som nevnt finnes det flere studier som har anvendt skriftoppgaver eller dataprogram som en del av CIST-opplegget. Forslag til andre typer språkoppgaver som allikevel tar utgangspunkt i en kortspillaktivitet kan for eksempel være:

- Bruk av rimord: «Ola, har du noe som rimer på hus?»
- Bruk av synonymymer og antonymer: «Eva, har du det motsatte av noe som er kaldt?»
- Kort med tekst (ord, frase, setning) som skal pares med konkret bilde eller annen tekstkort for å øve leseforståelse og høytlesing
- Kort med tall, regnestykker, dato eller klokkeslett

Hva er logopedens rolle?

Logopedens hovedoppgave er å være rollemodell og bidrar til individuell shaping. Det vil si at logopeden hjelper den afasirammede til å forme en verbal ytring for å formidle budskapet til samtalepartneren på det aktuelle nivå. Det betyr at logopeden for eksempel i begynnelsen eksplisitt kan modellere den ønskede verbale responsen, som i slike tilfeller krever direkte gjentakelse; det kan benyttes fonologisk prompting så vel som semantiske hjelpeformer for å

øke sjansen for riktig verbal svar, osv. Samtidig er det ønskelig at deltakeren i størst mulig grad produserer ytringen selv. Individuell tilpassning, også med hensyn til tidsintervall før det gis hjelp, anses som en forutsetning og bestyrkende for å fremme deltakerens individuelle taleproduksjon. Deltakeren skal oppleve høy grad av mestring innenfor det enkelte nivå av treningsprogrammet.

Noen deltakere vil i starten ha hjelp av å ha setningsstrukturen som skriftbildet foran seg (for eksempel «Navn, har du.../ Ja, jeg har.../Nei, jeg har ikke..») eller lapp med navn på deltakere. Enkelte deltakere med fonemisk afasi/store fonologiske innkodingsvansker kan også ha nytte av å ha ordlister med alle begreper tilgjengelig hvor de selv må finne ordet på det de ønsker å si. Selvstimulering foregår da via høytlesing.

I hvilken grad logopeden deltar som aktiv spiller eller bare støtteperson for afasirammede i en gruppe kan variere, og rapporteres også ulikt i de forskjellige studiene. Vi har videre positiv erfaring på Sunnaas med å ha med en pedagogisk assistent eller en annen fagperson fra det tverrfaglige teamet i grupper med flere deltakere med alvorlig afasi. Samtidig styrker kunnskapen om deltakerens språklige funksjon overføringsverdien til avdelingen. Logopeden er den som bør påse at alle deltakere får samme rammer for taletid.

Hva hvis jeg bare har en aktuell person med afasi?

CIST strukturen kan brukes både i en-til-en situasjoner eller i gruppe. Fordelen med en gruppe er at det blir mer naturlige interaksjoner når man kan spørre ulike personer om kort. I tillegg ser vi at gruppedynamikken ser ut til å ha en ekstra positiv effekt, hvor deltakere kommenterer og prøver å hjelpe hverandre, delvis mer direkte enn hva logopedens feedback ville vært. Til tross for delvis store språkvansker oppstår det mye humor fra første stund som bidrar til at den intensive treningen får en ekstra positiv dimensjon. I en gruppe vil også de ulike deltakere fungere som rollemodeller for hverandre.

Ulike studier påpeker at man ikke nødvendigvis trenger å ha en gruppe med bare afasirammede. Sickert et al. (2014) inkluderte to pasienter uten språkvansker som «normal-språklige» modeller i hver gruppe sammen med opptil 4 afasirammede. Hos Johnson et al. (2014) brukes for eksempel pårørende som en fast deltaker, det vil si hver gruppe består av to afasirammede med hver sin pårørende.

Når passer CIST best og for hvem?

De fleste studier inkluderer personer med afasi minst et år etter skade, med andre ord kronisk afasi. Samtidig vet vi at den afasirammede har behov for tidlig hjelp også, men det foreligger fortsatt få studier på dette området. Resultater fra mitt doktorgradsarbeid viste at det var mulig å gjennomføre CIST med positive resultater allerede 2-3 måneder etter en skade når personen var motivert for det og tilbudet ble tilpasset det individuelle, helhetlige rehabiliterings-tilbudet (Kirmess, 2011a). En nyere tysk studie med 100 deltakere sammenlignet en modifisert form av CIST (2 timer/dag i 15 dager) med like intensivt vanlig logoped-tilbud 1-4 måneder etter skaden, og konkluderte med at begge metoden var effektive med utgangspunkt i intensiteten og at CIST var praktisk greit gjennomførbart i en sub-akutt fase i et vanlig rehabiliteringssykehus (Sickert et al., 2014).

Det finnes per i dag få kasestudier som har sett på gjen-tagende grupper og om utbytte og fremgang da opprettholdes eller til og med forsterkes. Fra vår egen kliniske erfaring kan det fremheves at flere personer med afasi ønsker å delta flere ganger etter gjennomført SunCIST-program. Så langt har vi på Sunnaas bare hatt anledning til å gjennomføre en egen, spesifikk gjentakelsesgruppe, mens flere andre deltakere har fått en ny runde av tilbudet sammen med førstegangsdelaktakere. Gjentakelsesgruppen omfattet seks språklig høyt fungerende afasirammede som krevde en tilrettelegging av CIST for godt fungerende afasirammede. Eksempler på hvordan dette kan gjennomføres presenteres i senere avsnitt. Resultatene fra gjentakelsesgruppen viste fortsatt en liten bedring og da spesielt på utrente elementer (Kirmess, Nordli, & Becker, 2013). Sitatet « Nå snakker vi virkelig sammen» understreker videre gruppens positive tilbakemelding med hensyn til samtaler og fellesskap utover de rene CIST-timene, som samsvarer godt med den pragmatiske tankegangen til Pulvermüller og kolleger.

Det vil si at vi vet for lite til å kunne si om man burde ha alternerende tilbudsperioder, for eksempel tre uker CIST, en måned fri, tre uker CIST, en måned fri, osv. Og hvis så, hvor lenge og i hvilke intervaller og ikke minst for hvilke afasirammede og når i behandlingsforløpet? Det er med andre ord fortsatt mange åpne spørsmål når det gjelder optimal utbytte av CIST metoden.

Oversiktsartikler innen afasifeltet har fremhevet CIST som en metode som har vist positive tendenser, men hvor det også kreves mer forskning på lik linje med andre typer

afasitilbud (Cherney, Patterson, Raymer, Frymark, & Schooling, 2008; Kelly, Brady, & Enderby, 2010). Samtidig har noen artikler påpekt at effekten er usikker, fordi CIST kan oppleves som så krevende at flere deltakere trekker seg (Brady, Kelly, Godwin, & Enderby, 2012). Den CIST studien med flest deltakere per i dag viste derimot til at alle gjennomførte tilbudet, selv om det her var en modifisert form av CIST med 2 timer per dag i 15 dager (Sickert et al., 2014). Vår erfaring fra SunCIST programmet med opp til tre timer CIST per dag i tre uker er også hovedsakelig positiv når det gjelder intensiteten, selv om vi ser at deltakere bruker mye krefter når de jobber så intenst med språket og noen har behov for tilrettelegging av pauser og hvile i løpet av dagen (Kirmess et al., 2012).

Interessant nok viser en amerikansk undersøkelse blant logopeder at det er logopedene som er skeptiske når de skal vurdere CIST som aktuell for sine afasirammede (Page og Wallace, 2014). Det dreier seg om i hvilken grad CIST med sin intensitet vil falle i smak og gjennomføres med

hensyn til tidsbruk, men også om begrensede ressurser til å kunne tilby den type intensivt tilbud. Utfordringen med ressurser ser vi også i Norge, samtidig er det gledelig å høre om alle som ønsker å prøve metoden. Derfor vil det være interessant med en tilsvarende undersøkelse i Norge for å se på hvor mye og hvordan CIST egentlig brukes. Tilbakemeldinger fra afasirammede som har deltatt på CIST og involverte logopeder er oppløftende og bestyrkende til å fortsette med å utvikle og utforske CIST-metoden også i fremtiden.

Takk til alle afasirammede som har deltatt i CISTgrupper og som dermed har bidratt til å forme behandlingstilbudet. Takk også til alle engasjerte logopeder som gjennomfører SunCIST til daglig og alle logopeder som anvender eller ønske å utprøve CIST på sine ulike arbeidsplasser.

SunCISTprosjektet er støttet av midler fra Extrastiftelsen Helse- og Rehabilitering.

Referanser

- Bhagal, S. K., Teasell, R., & Speechley, M. (2003). Intensity of aphasia therapy, impact on recovery. *Stroke*, *34*, 987-993.
- Brady, M. C., Kelly, H., Godwin, J., & Enderby, P. (2012). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *The Cochrane Library*. doi: DOI: 10.1002/14651858.CD000425.pub3
- Cherney, L. R., Patterson, J. P., Raymer, A., Frymark, T., & Schooling, T. (2008). Evidence-based systematic review: Effects of intensity of treatment and constraint-induced language therapy for individuals with stroke-induced aphasia. *Journal of Speech, Hearing & Language Research*, *51*(5), 1282-1299. doi: 10.1044/1092-4388(2008/07-0206)
- Difrancesco, S., Pulvermüller, F., & Mohr, B. (2012). Intensive language-action therapy (ILAT): The methods. *Aphasiology*, *26*(11), 1317-1351. doi: 10.1080/02687038.2012.705815
- Johnson, M. L., Taub, E., Harper, L. H., Wade, J. T., Bowman, M. H., Bishop-McKay, S., . . . Uswatte, G. (2014). An Enhanced Protocol for Constraint-Induced Aphasia Therapy II: A Case Series. *American Journal of Speech - Language Pathology (Online)*, *23*(1), 60-72.
- Kelly, H., Brady, M., & Enderby, P. (2010). Speech and language therapy for aphasia following stroke (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5). doi:10.1002/14651858.CD000425.pub2
- Kirmess, M. (2007). Constraint induced språkterapi: En introduksjon. *Norsk tidsskrift for logopedi*, *53*(1), 12-17.
- Kirmess, M. (2011a). The applicability and outcome of constraint induced language therapy (CILT) in early aphasia rehabilitation: Unipub forlag.
- Kirmess, M. (2011b). Constraint induced språkterapi (CIST) i tidlig afasirehabilitering. *Norsk tidsskrift for logopedi*, *57*(3), 12-20.
- Kirmess, M., Becker, F., Hvistendahl, A. K., & Günther, L. (2012). The SunCIST program - A clinical approach for intensive aphasia rehabilitation. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *61*, 18-19.
- Kirmess, M., Nordli, H., & Becker, F. (2013). «Now we are talking together...» Experience from an intensive aphasia group with focus on complex sentence production. Paper presented at the 4th Nordic Aphasia conference, Gothenborg. Konferanse retrieved from

- Kirmess, M., Nordli, H., & Becker, F. (2014). «Kan man være for god for deltagelse på CIST?» – Erfaringer fra Sunnaas intensive afasi tilbud (SunCIST) for godt fungerende afasirammede. Paper presented at the Norsk Logopedlagets Landsmøte og Etterutdanningskurs, Tromsø. Konferanse retrieved from
- Lyngås Skjelstad, A. M., & Kirmess, M. (2010). «Kristian, kan du gi meg bilde av en gassgrill?» Constraint induced språkterapi (CIST). In M. Lind, L. Haaland-Johansen, M. I. K. Knoph & E. Qvenild (Eds.), *Afasi - et praksisrettet perspektiv* (pp. 150-161). Oslo: Novus Forlag.
- Meinzer, M., Djundja, D., Barthel, G., Elbert, T., & Rockstroh, B. (2005). Long-term stability of improved language functions in chronic aphasia after constraint-induced aphasia therapy. *Stroke*, 36(7), 1462-1466.
- Newcastle undervisningsmaterieell for afasirammede (NUMA). (2011). Norsk Versjon. Original Morris, J., Webster, J., Withworth, A. og Howard, D. Hentet fra: <http://www.afasi.no/Nettbutikk/Bestill-fra-nettbutikken/Ressursmaterieell/NUMA-1-auditiv-prosessering>
- Page, S.J. & Wallace, S.E (2014). Speech language pathologists' opinions of constraint-induced language therapy. *Top Stroke Rehabil.*21(4):332-8. doi: 10.1310/tsr2104-332.
- Pulvermüller, F., & Berthier, M. L. (2008). Aphasia therapy on a neuroscience basis. *Aphasiology*, 22(6), 563 - 599.
- Pulvermüller, F., Neiningen, B., Elbert, T., Rockstroh, B., Koebbel, P., & Taub, E. (2001). Constraint-induced therapy of chronic aphasia after stroke. *Stroke*, 32(7), 1621-1626.
- Sickert, A., Anders, L.-C., Münte, T. F., & Sailer, M. (2014). Constraint-induced aphasia therapy following sub-acute stroke: a single-blind, randomised clinical trial of a modified therapy schedule. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 85(1), 51-55. doi: 10.1136/jnnp-2012-304297
- Illustrasjonsbildene er hentet fra egne fotografier, Colour cards, Word for windows og Google pictures.