

Logopedisk samtalebehandling for personer med afasi og deres primære samtalepartnere

En kvalitativ litteraturoversikt

Karina Lindberget



Masteroppgave i spesialpedagogikk med fordypning i logopedi

Institutt for spesialpedagogikk

Det utdanningsvitenskapelige fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Dato 31.05.2019

Logopedisk samtalebehandling for personer med afasi og deres primære samtalepartnere

En kvalitativ litteraturoversikt

Karina Lindberget

© Karina Lindberget

2019

Logopedisk samtalebehandling for personer med afasi og deres primære samtalepartnere
– en kvalitativ litteraturoversikt

Karina Lindberget

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Problemstilling

Afasi er en omgripende språkvanske som har stor innvirkning på de som er rammet og personene i nær omgangskrets. Personer med afasi kan møte utfordringer i den hverdagslige samtalen som er viktig både for identitet og menneskelige relasjoner. Ved å ikke kunne ta del i samtalen, kan sosial deltakelse oppleves som utfordrende. Denne masteroppgaven søker å gi en oversikt over logopedisk samtalebehandling for personer med afasi og deres primære samtalepartnere. Temaet belyses ved å gi en oversikt over hvilke former for logopedisk samtalebehandling for personer med afasi og deres primære samtalepartnere som har vært beskrevet i empirisk forskning det siste tiåret og sentrale trekk innenfor denne forskningen.

Metode

Denne masteroppgaven kan beskrives som en kvalitativ narrativ litteraturoversikt. Det er gjennomført et systematisk litteratursøk i databasene ERIC, MedLINE, PscyhINFO, og EmBASE via databasetjenesten Ovid. Etter en nøye gjennomført utvelgelsesprosess med bestemte eksklusjons- og inklusjonskriterier satt jeg til slutt igjen med 15 forskningsartikler som la grunnlaget for analysen.

Materialet

De inkluderte forskningsartiklene i datagrunnlaget er kvalitative, kvantitative eller blandede metoder. Samtlige er intervensjonsstudier med logopedisk samtalebehandling gitt til personer med afasi og en primær samtalepartner.

Resultater

Fra datagrunnlaget på 15 artikler identifiserte jeg fem forskjellige behandlingsformer. Disse kan beskrives som: behandling basert på samtaleanalyse, en løsningsorientert behandling, en læringsorientert behandling, en behandling med interaktiv historiefortelling, og en kommunikasjonsbehandling for personer med alvorlig afasi og deres samtalepartnere. Det ble i tillegg identifisert 11 sentrale trekk på tvers av behandlingene. Noen av de sentrale trekkene var mer dominerende enn andre. Et dominerende trekk som jeg analyserte ytterligere var målet om økt innsikt, kunnskap og gjensidig forståelse, og fant fire virkemidler for å oppnå dette målet. Disse virkemidlene var: informasjon om afasi og samtale, observere samtaleatferd på video, tilbakemelding fra logoped og diskusjoner, og å evaluere egen

samtale. Det andre dominerende sentrale trekket er: øvelser i praktiske diskurs- og samtalesituasjoner. Innenfor det siste sentrale trekket fant jeg 77 strategier og målatferd.

Konklusjon

Denne litteraturoversikten viser til fem logopediske samtalebehandlinger for personer med afasi og deres primære samtalepartnere. Den gir en bred oversikt og en detaljert beskrivelse av behandlingsformene, samt viser den til sentrale trekk ved disse behandlingene på tvers.

Forord

Utgangspunktet for at jeg ønsket å skrive en masteroppgave om logopedisk samtalebehandling for personer med afasi og deres nære samtalepartnere, var at jeg ved starten av arbeidet til denne masteroppgaven ble veldig interessert i identitetstematikken hos mennesker som lever med afasi. Jeg undret meg over hvordan logopeder kan arbeide på en måte som kan ivareta deres personlige integritet. Med det som bakgrunn, fikk jeg gjennom oppdagelsesferden i afasiforskningen, stadig en større interesse for samtalebehandling og hvordan man kan inkludere de nærmeste i behandling. Jeg har orientert meg i et stort og komplekst forskningsfelt som har gitt meg en god faglig forståelse og innsikt. Jeg håper og tror kunnskapen jeg har tilegnet meg vil være nyttig i arbeidslivet som nå står foran meg.

Jeg vil først og fremst rette en stor takk min veileder Line Haaland-Johansen som har vært til uvurderlig hjelp og støtte igjennom hele prosessen. Både gjennom faglig engasjement og innsikt, og har bidratt med innspill som jeg har fått stor nytte av.

Også en takk til min kjæreste Thomas som har hjulpet meg med stort og smått hele veien. Til slutt vil jeg takke min sønn Isak for oppmuntrende ord.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	13
1.1	Tema, problemstilling og metode.....	13
1.2	Terminologi.....	13
1.3	Oppgavens oppbygning.....	14
2	Teori	15
2.1	Afasi – et multimodalt og komplekst konsept.....	15
2.2	Skadebasert og konsekvensbasert tilnærming til afasi.....	17
2.3	ICF OG A-FROM som konseptuelt rammeverk.....	18
2.4	Afasi og «hverdagspraten».....	20
2.5	Perspektiver på diskurs og samtale.....	22
2.5.1	Et diskursperspektiv på afasi.....	22
2.5.2	Samtaleanalyse.....	24
2.5.3	Et perspektiv på personlige narrativ.....	24
2.6	Logopedisk samtalebehandling ved afasi.....	25
3	Metode	27
3.1	Filosofisk- og metodisk forankring.....	27
3.2	Litteraturstudie som metode.....	28
3.3	Kvalitativ innholdsanalyse.....	30
3.4	Validitet.....	31
3.5	Etiske avveininger.....	32
3.6	«Mapping» – grov kartlegging av forskningslitteratur.....	33
3.7	Identifisering av søkeord.....	34
3.8	Det «endelige» litteratursøket.....	39
3.8.1	Litteratursøk i akademiske databaser.....	39
3.9	Utvelgelse av forskningsartikler.....	40
3.10	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	41
3.11	Flytskjema.....	43
4	Materialet	44
4.1	Datamaterialet.....	44
4.1.1	Beskrivelse av datamaterialet.....	47
4.1.2	Avdekkede kategorier i materialet.....	48
5	Resultater	50
5.1	Del 1: Fem identifiserte behandlingsformer	51
5.1.1	Behandling basert på samtaleanalytiske prinsipper.....	51
5.1.2	Løsningsorientert samtalebehandling.....	54
5.1.3	Samtalebehandling med interaktiv historiefortelling.....	57
5.1.4	Læringsorientert samtalebehandling.....	60
5.1.5	Kommunikasjonsbehandling for personer med alvorlig afasi og partnere.....	64
5.2	Del 2: Sentrale trekk ved samtalebehandlingene	67
5.2.1	Oversikt over sentrale trekk ved samtalebehandlingene.....	67
5.2.2	Økt innsikt, kunnskap og gjensidig forståelse.....	71
5.2.3	Øvelser i praktiske diskurs- og samtalsituasjoner.....	72
5.3	Oppsummering av funn fra del 1 og del 2.....	76
6	Drøfting av resultater	77
6.1	Del 1 – drøfting av sentrale trekk.....	77
6.2	Del 2 – drøfting av de fem behandlingsformene.....	82

7 Avsluttende betraktninger	88
Litteraturliste	89

Figur 2.1 – A-FROM-modellen. The Aphasia Institute, referert i Kagan et al. (2007). Min oversettelse fra engelsk.....	20
Figur 3.1 – Kombinasjonen av søkeord	37
Tabell 3.1 – Oversikt over aspektene, kategoriene og antall søkeord	38
Tabell 3.2 – Databaser	39
Tabell 3.3 – Inklusjons- og eksklusjonskriterier	41
Figur 3.1 – Flytskjema	43
Tabell 4.1 – Tabell med inkluderte studier.....	45
Tabell 5.1 – Behandling basert på samtaleanalyse	51
Tabell 5.2 – Løsningsorientert behandling	54
Tabell 5.3 – Samtalebehandling med interaktiv historiefortelling.....	57
Tabell 5.4 – Læringsorientert samtalebehandling	60
Tabell 5.5 – Kommunikasjonsbehandling for personer med alvorlig afasi og partnere.	64
Tabell 5.6 – Innholdsanalyse – sentrale trekk.....	68
Tabell 5.7 – Oppsummering «sentrale trekk».....	69
Tabell 5.8 – Virkemidler for å oppnå innsikt, kunnskap og gjensidig forståelse i behandling	71
Tabell 5.9 – Oppsummering over virkemidler for å oppnå økt innsikt, kunnskap og gjensidig forståelse	72
Tabell 5.10 – Oversikt over strategier og målatferd i behandlingene.....	73
Figur 6.1 – Illustrasjon over funn av «sentrale trekk» ved logopedisk samtalebehandling for personer med afasi og dere samtalepartnere i empirisk forskning det siste tiåret....	78
Tabell 6.1 – A-FROM – oversikt over domener og spesifikke kategorier	84

1 Innledning

I dette kapitlet skal jeg først presentere hensikten med oppgaven og problemstillingene, samt terminologi og oppgavens oppbygning.

1.1 Tema, problemstilling og metode

Hensikten med denne litteraturstudien er å oppsummere og gi en oversikt over forskning utgitt det siste tiåret som omhandler logopedisk samtalebehandling for personer med afasi og deres partnere. Begrepet partner kan referere til mange ulike roller innen afasilogopedisk litteratur. I denne studien vil jeg fokusere på arbeid med det man kan kaller en *primær* samtalepartner, slik som en ektefelle, en partner, et familiemedlem, en nær venn, etc., og jeg vil kun inkludere studier der fokus nettopp er rettet mot denne spesifikke dyaden.

Siden oppgaven favner vidt, skisseres to forskningsspørsmål. Disse presenteres nedenfor:

1. *Hvilke former for logopedisk samtalebehandling for personer med afasi og deres primære samtalepartnere har vært beskrevet i empirisk forskning det siste tiåret?*
2. *Hva kan beskrives som sentrale trekk i den logopediske samtalebehandlingen for personer med afasi og deres primære samtalepartnere?*

1.2 Terminologi

Terminologien innenfor afasifeltet på samtalebehandling er komplekst og varierende (Cruice, Blom Johansson, Isaksen & Horton, 2018). Og det er nødvendig med en presisering av begreper som benyttes i oppgaven. Jeg vil benytte betegnelsen *samtalebehandling* konsekvent for denne formen for behandling. Det jeg legger i denne betegnelsen alene er behandlinger generelt innenfor afasifeltet som benytter samtalen som et redskap i behandlingen, og hvor behandlingen skjer innenfor en samtalekontekst, eller som praktiserer samtaleøvelser. Det finnes imidlertid mange forskjellige undergrupper innenfor det jeg her omtaler som samtalebehandling (Simmons-Mackie, Savage & Worrall, 2014). Jeg skal se på den undergruppen som tar for seg samtalebehandling for dyader. Dyader menes her to personen som inngår i samtalebehandlingen. Og jeg bruker både betegnelsen dyade og par. Imidlertid er det ytterligere undergrupper innenfor samtalebehandling for dyader. Jeg skal se

på dyader som er i en nær relasjon til hverandre. Jeg bruker betegnelse *primær samtalepartner*, *partner*, og *nær partner* når jeg beskriver dette forholdet. Jeg skal også søke finne trekk på tvers av de behandlingsformene jeg finner, for å se hva slags trender eller kjennetegn som er gjeldene for denne type behandling.

1.3 Oppgavens oppbygning

I kapittel 2 presenteres teori. Jeg skal presentere ulike perspektiver og tradisjoner innenfor afasifeltet. Deretter skal jeg redegjøre for ICF og A-FROM-modellen. Videre vil jeg gå litt nærmere inn på afasi og ulike perspektiver på samtalen og diskurs. Relevant teori fra kapittel 2 vil senere bli brukt til å drøfte funn.

I kapittel 3 presenteres metoden jeg har benyttet i oppgaven. Jeg skal først beskrive og begrunne valgene for metoden jeg har valgt. Videre skal jeg vise til hvordan jeg har gått frem i litteratursøk og utvelgelse av artikler.

I kapittel 4 presenteres selve materialet, det vil si datagrunnlaget mitt på 15 artikler som analyseres.

I kapittel 5 presenteres resultatene de to forskningsspørsmålene i hver sin del.

I kapittel 6 drøfter jeg resultatene mine i lys av relevant teori og mine to skisserte forskningsspørsmål.

Kapittel 7 gir en oppsummering av masteroppgaven.

2 Teori

2.1 Afasi – et multimodalt og komplekst konsept

Afasi er primært en språkvanske og kan forstyrre alle de lingvistiske komponentene i språket: fonologien, syntaksen, semantikken, morfologien og det pragmatiske aspektet ved språket. Videre kan språkvanskene vise seg i alle de ulike språkmodalitetene og forstyrre både talespråk, leseferdigheter, skriveferdigheter og gester, og både det ekspressive og det reseptive språket kan være berørt, i mer eller mindre grad (Papathanasiou, Coppens & Davidson, 2017). Det er med andre ord store variasjoner i hvordan afasi arter seg fra person til person. Afasi som konsept beskrives av (Papathanasiou et al., 2017) er mangesidig og komplekst fordi mennesker som rammes opplever svært varierende symptomer; dessuten finnes det flere ulike perspektiver på hva afasi er og hva som vektlegges innenfor de ulike perspektivene – derfor har også definisjoner på afasi vært i stadig endring gjennom historien, og vil ifølge Papathanasiou et al. (2017) antageligvis endres i fremtiden.

Den nevropsykologiske tilnærmingen innenfor afasifeltet, også kjent som den *klassiske tilnærmingen*, vektlegger selve skadeområdet i hjernen og kobler disse til språkvanskesymptomene, og fører dermed til en diagnostisk tilnærming (Howard, Webster & Whitworth, 2014). Innenfor denne tradisjonen finner man Wernicke-Lichtheims modell, som ofte kalles for en anatomisk-funksjonell modell fordi den relaterer ulike afasisymptomer til skadesteder i hjernen; Norsk grunntest for afasi (NGA) plasseres innenfor denne tradisjonen (Qvenild, Haukeland, Haaland-Johansen, Knoph & Lind, 2010) som fortsatt er jevnlig i klinisk bruk i Norge. For eksempel er *Brocas-* og *Wernickes afasi* to slike *afasisyndromer* – den første knyttes til skade i det fremre språkområdet i hjernen, og den sistnevnte til det bakre språkområdet (Potagas, Kasselimis & Evdokimidis, 2017) som ytterligere relateres til et ikke-flytende og et flytende talespråk (Helsedirektoratet, 2010).

Kognitiv nevropsykologisk tradisjon flyttet derimot fokuset vekk fra skadelokasjon og over til språkprosesseringsmodeller som illustrerer de normalspråklige prosessene (Qvenild et al., 2010) hvor hensikten er å identifisere mønstre i språkssystemet for å avdekke hvilke språkprosesser som er bevart eller skadet (Howard et al., 2014). Et annet perspektiv som er verdt å nevne, favner oppgavens problemstilling og tematikken forøvrig; nemlig den psykososiale tradisjonen, og fra dette perspektivet ser en på hvordan menneskets liv berøres av afasi utover språkvanskene (Qvenild et al., 2010). Herunder finner vi betegnelser som *funksjonell tilnærming*, *sosial tilnærming*, *livsdeltagelse*, og disse har til felles at de

vektlegger *konsekvensene* av afasi (Thompson & Worrall, 2008). Afasi medfører ofte emosjonelle og sosiale følger, og veldig mange som rammes av afasi sliter med depresjon og sosial isolasjon (Papathanasiou et al., 2017).

Afasi lar seg vanskelig defineres med noen få enkle ord og derfor benyttes herved definisjonen som skisseres av Papathanasiou et al. (2017, s. 4). Den favner flere aspekter ved afasi, og er i tråd med dagens syn og retningslinjene som proklameres av *Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse* (ICF) (Papathanasiou et al., 2017). Definisjonen presenteres følgende:

We operationally define aphasia as an acquired selective impairment of language modalities and functions resulting from a focal brain lesion in the language-dominant hemisphere that affects the person's communicative and social functioning, quality of life, and the quality of life of his and her relatives and caregivers.
(Papathanasiou et al., 2017)

Afasi er en ervervet språkvanske etter fokal hjerneskode (Papathanasiou et al., 2017). De fleste som rammes av afasi har fått afasi som følge av *hjerneslag*. De fleste hjerneslag, omtrentlig 80 prosent, er forårsaket av en reduksjon av blodforsyning til hjernen som følge av en *blodpropp* i en blodåre, mens tolv prosent er forårsaket av en *hjerneblødning* der en blodåre i hjernen er sprukket og skadet lokalt hjernevev (Potagas et al., 2017). Afasi kan også oppstå som følge av ytre skader eller for eksempel av kreftsvulst. Alle mennesker i alle aldre kan i prinsippet få afasi, selv om det er mest vanlig blant eldre mennesker (Corneliussen, Haaland-Johansen, Knoph, Lind & Qvenild, 2014). Hjerneslag beskrives som en av de største og alvorligste folkesykdommene vi har i landet, og er den tredje hyppigste dødsårsaken i Norge. Det er også en dominerende årsak til funksjonshemming. Årlig rammes anslagsvis 15.000 mennesker av hjerneslag i Norge, hvorav omtrent 25 prosent av disse får afasi (Helsedirektoratet, 2010).

Afasi assosieres til en skade i det *språkdominante* området i hjernen. Hos de aller fleste av oss ligger det språkdominante området lokalisert i venstre hemisfære (hjernehalvdel). Det betyr at språket «befinner» seg i dette området, og derfor vil en skade i dette området mest sannsynlig føre til svikt eller forstyrrelser i de språklige ferdighetene. Det ekspressive språket befinner seg i det fremre språkdominante området, også kjent som *Brocas område* og det reseptive språket linkes til det bakre språkdominante området, kjent som *Wernickes område*

(Potagas et al., 2017). Man vet nå at prosessering og bearbeiding av språk ikke utelukkende handler om det som skjer i eller mellom det man tradisjonelt har kalt språkområder, men at dette er avhengig av mange sammenkoblede neurale systemer som jobber i sammen (Potagas et al., 2017).

Språk og tale er meget komplekse prosesser som involverer flere deler av hjernen enn kun det språkdominante området. Det vil derfor være en stor sjanse for at en skade på hjernen i de fleste hjerneområder, vil påvirke språk- eller talefunksjon i større eller mindre grad. Hukommelsen må huske ord og mening som blir presentert, og man må i tillegg kunne overvåke egen tale, samt planlegge hva man skal si. For å få frem talespråket må også alle musklene koordineres og lunger og muskler jobbe sammen for å få luftstrømmen gjennom stemmebåndene for å lage lyd, så må man kunne overvåke sin egen tale og samtidig planlegge hva man skal si, samtidig skal dette koordineres med orale muskler hvor både tunge og kjeve må spille på lag. Det kreves med andre ord auditive, eksekutive og flere kognitive ferdigheter (Potagas et al., 2017) for å forstå språk og uttrykke tale. Språk- og talevansker trenger imidlertid ikke nødvendigvis å være afasi, men oppstår ofte sammen – afasi er nemlig en *språkvanske* og ikke en *talevanske*.

2.2 Skadebasert og konsekvensbasert tilnærming til afasi

Det finnes som tidligere nevnt flere retninger og tilnærminger innenfor afasifeltet. Imidlertid deles tradisjonene grovt inn i to båser; den *skadebaserte*- og den *konsekvensbaserte* tilnærmingen (Thompson & Worrall, 2008), som alternativt har fått merkelappene *den medisinske*- og *den sosiale* modellen (Worrall, Sherratt & Ilias, 2017). Den skadebaserte tradisjonen er den eldste og betraktes som den mest tradisjonelle av de to, og fokuserer på å bote på selve skaden. Skadebaserte behandlinger benytter modeller som baserer seg på normale språkmønstre og kognitiv prosessering for å avdekke hvilke komponenter og prosesser i språksystemet som er blitt forstyrret, svekket eller ødelagt (Thompson & Worrall, 2008) som følge av skade i det språkdominante området i hjernen. Både den nevropsykologiske og kognitiv nevropsykologiske tilnærmingen som ble beskrevet tidligere plasseres innenfor den skadebaserte tradisjonen (Howard et al., 2014). Hensikten med en skadebasert behandlingstilnærming er å forbedre selve språket og i størst mulig grad gjenopprette eller reorganisere de språklige prosesseringsferdighetene (Thompson & Worrall, 2008).

Den konsekvensbaserte tradisjonen favner eksempelvis de tilnærmingene som går under følgende termer: *psykososial tilnærming*, *den sosiale modellen*, *funksjonell modell*, *deltagelsesmodell* (Thompson & Worrall, 2008) samt *klientsentrert tilnærming* (Davidson & Worrall, 2017) og et *livskvalitetsperspektiv* (Hilari & Cruice, 2017). Den konsekvensbaserte tilnærmingen til afasi benytter psykososiale modeller for å kartlegge hva slags påvirkning afasi har på personens liv og deltagelse, og siktemålet med behandling er å redusere konsekvensene eller omfanget av de negative ringvirkningene som afasi medfører for personen det gjelder (Thompson & Worrall, 2008).

Thompson og Worrall (2008) fremhever betydningen av tre påvirkningskrefter som har medført større aksept og roffeste for den konsekvensbaserte tilnærmingen; den første var en ny modell proklamert av Verdens helseorganisasjon ved Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF). Den andre årsaken var økonomisk orientert; skattebetalere ønsket «valuta for pengene» og nytteverdien av afasibehandling ble utfordret, noe som medførte en større interesse for målinger av funksjonelle utfall. Den siste og tredje årsaken var bevegelsen ført av mennesker som selv hadde funksjonshemminger, som flyttet fokuset fra personen med funksjonshemming og over til samfunnets barrierer. Denne bevegelsen har ført til flere lovendringer flere steder for å hindre diskriminering mot mennesker med funksjonshemminger.

2.3 ICF OG A-FROM som konseptuelt rammeverk

Verdens helseorganisasjon introduserte i 2001 en ny klassifikasjon og et nytt mål på helse (Sosial- og helsedirektoratet, 2003). Istedenfor de tradisjonelle indikatorene på helse som har bygget på sykdomstilstander, dødelighet og dødsårsaker, gjør *Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse* (ICF) det mulig å klassifisere menneskers funksjonsevne i relasjon til hva slags muligheter de har til sosial deltagelse i livet. Denne deltagelsen fordrer tilrettelegging i form av hjelpemidler og tilpasning i samfunnet og miljøet rundt (Sosial- og helsedirektoratet, 2003). ICF er et holistisk rammeverk som inkluderer både den medisinske og den sosiale tilnærmingen til afasi og blir derfor også betegnet som en biologisk-psykososial tilnærming (Worrall et al., 2017). Sosial- og helsedirektoratet (2003) hevder at rammeverket som ICF skisserer favner alle sidene av menneskers helse og de delene av menneskers velvære som er knyttet til helse. Klassifikasjonen beskrives i form av helsedomener og helserelaterte domener og består av to *hovedområder*. Det første

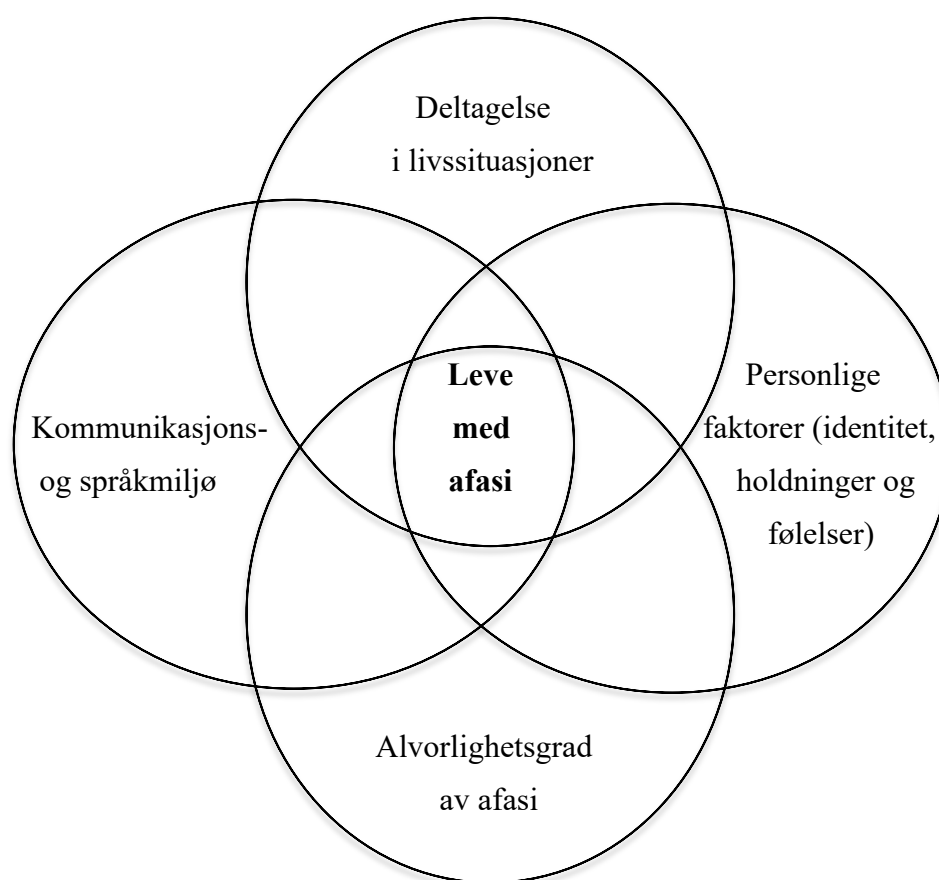
hovedområdet er: *funksjon og funksjonshemming* og det andre hovedområdet er: *kontekstuelle faktorer*. Begge hovedområdene deles videre i to *emneområder*. Funksjon og funksjonshemming består av de to emneområdene: *kroppsfunksjoner og kroppsstrukturer*, og *aktiviteter og deltagelse*. De kontekstuelle faktorene består av emneområdene: *miljøfaktorer*, og *personlige faktorer* (Sosial- og helsedirektoratet, 2003). Domenene i ICF-modellen illustreres ved tosidige piler; for å illustrere den gjensidige interaksjoner mellom domene.

Living with Aphasia: Framework for Outcome Measurement (A-FROM) er en versjon av ICF-modellen som er utviklet og tilpasset spesifikt for logopedisk arbeid og kan brukes som et rammeverk ved kartlegging og behandling av afasipasienter (Kagan, 2011). Målet med A-FROM var å lage et brukervennlig konseptuelt rammeverk for å måle utfall ved afasi med et helhetlig fokus på hvordan afasi berører pasientenes virkelighet og hverdagsliv. Likeledes var målet å lage et rammeverk som kan enkelt tas i bruk og være tilgjengelig for både logopeder og de som selv lever med afasi, samt andre som kan ha interesse for afasifeltet, eksempelvis forskere og politikere. Etersom A-FROM bygger på ICF-modellen, er den utviklet i tråd med tidens retningslinjer om funksjonshemming og helse og fronter det samme verdigrunnlaget (Kagan et al., 2007).

Domenene som A-FROM skisserer, frembringer et helhetlig «kart» over de ulike områdene som afasi kan angripe og illustrerer hvordan domene interagerer og påvirker hverandre gjensidig. A-FROM-modellens domener er knyttet direkte opp mot det å «leve med afasi» og derfor er dette også plassert i midten av modellen, og nært knyttet til livskvalitet. (Kagan et al., 2007).

A-FROM-modellen består av fire like store sirkler som overlappes på midten og metaforisk «sirkler» de rundt personen med afasi. Den ene sirkelen, eller domenet, omhandler «skaden» eller *alvorlighetsgraden av afasi* som innebærer svikt eller forstyrrelser av kognitiv og lingvistisk prosessering innenfor de ulike språkmodalitetene, og representerer det domenet som ICF betegner som *kroppsfunksjoner og -strukturer* (Kagan et al., 2007). Kontekstuelle faktorer fra ICF-modellen er i A-FROM separert i to adskilte domener; nemlig *språk- og kommunikasjonsmiljø* og *personlige faktorer*. Miljøfaktorene ansees som sammenfallende med den i ICF-modellen og omfatter det fysiske og sosiale miljøet, samt holdninger i samfunnet og miljøet. Personlige faktorer er utvidet til å ikke bare gjelde iboende personlige karakteristikk, men også nåværende personlige faktorer som følelser og personlig identitet

som kan endres som følge av afasi eller eventuell behandling (Kagan et al., 2007). Den siste sirkelen handler om *deltagelse i livssituasjoner* (Kagan et al., 2007)



Figur 2.1 – A-FROM-modellen. The Aphasia Institute, referert i Kagan et al. (2007). Min oversettelse fra engelsk.

Kagan (Kagan, 2011) hevder at domeneene om deltagelse og personlige faktorer er de mest kritiske, mens forbedring i domeneene «alvorlighetsgrad av afasi» og «kommunikasjons- og språkmiljø» fremheves som viktige fordi de potensielt fordrer deltagelse. Dessuten kan de være positivt innvirkende for identitetsfølelsen og den generelle livskvaliteten.

2.4 Afasi og «hverdagspraten»

En bredere og dypere forståelse av den hverdagslige praten eller samtalen hos personer med afasi kan gi betydelig innsikt i flere av domene i ICF-modellen (Armstrong, Bryant, Ferguson & Simmons-Mackie, 2017) og likeledes kan kunnskap om «hverdagssnakket» belyse de tilsvarende domeneene i A-FROM-modellen. Domenet som innebærer skade; altså vansker med reseptivt, ekspressivt språk, samt lese- og skriveferdigheter – har tradisjonelt vært hovedfokuset innenfor afasifeltets rutiner for kartlegging og behandling. Først i senere tid har

domenet som omfatter aktivitet, sosial deltagelse og personlige faktorer har fått større utbredelse i forskningen og litteraturen på afasifeltet (Armstrong et al., 2017).

Aktivitet og sosial deltagelse beskrives av Armstrong et al. (2017) som to nøkkelementer for den generelle velvære og livskvaliteten hos mennesker som lever med afasi, og advarer mot at behandling som begrenses til å kun rettes mot skadedomenet i ICF/A-FROM, risikerer å mislykkes vedrørende viktige aspekter som berøres av kommunikasjonen i det «virkelige liv». Den tradisjonelle skadebaserte tilnærmingen tar sikte på å forbedre selve språket og «reparere skaden» med et siktemål om generalisering fra klinisk behandling over til hverdags situasjoner. Grunntanken er at ved å forbedre språket og kommunikasjonen, muliggjøres følgelig deltagelse i sosiale aktiviteter. Imidlertid er det dessverre ikke slik at skadebasert språkbehandling garanterer noen utgjørende forskjell i selve språkferdighetene, eller at generalisering av de trente språkferdigheter hos logopedene lar seg anvendes funksjonelt i hverdagslivet (Armstrong et al., 2017). I følge (Worrall et al., 2017) bør da siktemålet for behandlingen endres eller fokuseres direkte på den funksjonelle kommunikasjonen og hvordan språket anvendes i dagliglivet. Overføring og generalisering av språk- og kommunikasjonsferdigheter som trenes på i behandling til hverdagslige situasjoner er nettopp nøkkelkonsepter i afasibehandlingen for at den skal være effektiv (Worrall et al., 2017). På tvers av samtlige tilnærminger til afasibehandling har de alle et felles overordnet mål om å generalisere tilsiktet atferd i behandling til utrente oppgaver og kontekster, spesielt de som relateres til den hverdagslige kommunikasjonen. Dog har det vist seg vanskelig å avdekke endringer i den hverdagslige kommunikasjonen, og forskere jobber med å finne metoder som kan måle endringer i forskjellige kontekster (Carragher, Sage & Conroy, 2015).

Hverdagspraten eller samtalen mellom mennesker likestilles ofte med det som kalles for *funksjonell kommunikasjon*, og assosieres til den dagligdagse kommunikasjonen som benyttes i situasjoner og aktiviteter typisk for hverdagslivet. Tradisjonelt har afasifeltet vært særlig opptatt av språket på ord- og setningsnivå, men i senere tid har forskere og klinikere stadig blitt mer interessert i funksjonell kommunikasjon på diskurs- og samtalenivå. Det vil si språklig kommunikasjon over ord- og setningsnivånivå (Armstrong et al., 2017).

Den hverdagslige praten eller samtalen, involverer utveksling av informasjon og erfaringer mellom mennesker, og presenterer og former den man er, og de sosiale mellommenneskelige relasjonene (Armstrong et al., 2017). Samtalen fungerer som et lim for menneskelig

fellesskap og for sosiale relasjoner. Å delta i en prat eller føre en samtale med andre mennesker er viktig både for å opprettholde og etablere nye sosiale kontakter, samtidig som det er viktig for å ivareta egen identitetsfølelse, mentale helse samt for å motta nødvendig informasjon. Ved afasi kan det å ha en samtale med andre mennesker være svært utfordrende, om ikke umulig (Simmons-Mackie et al., 2014). Det er flere aspekter ved en samtale og dagligdags kommunikasjon som krever språklig fleksibilitet; to viktige aspekter i den hverdagslige kommunikasjonen mellom mennesker er ifølge Carragher et al. (2015) å formidle ny informasjon, og å fortelle anekdoter eller historier. Dette krever diskursferdigheter på et makrostrukturelt nivå – som for eksempel å holde en «rød tråd» i en fortelling.

2.5 Perspektiver på diskurs og samtale

Armstrong et al. (2017) skisserer tre ulike perspektiver på samtalen og den hverdagslige kommunikasjonen mellom mennesker ved afasi: et *diskursperspektiv*, et *samtaleanalytisk perspektiv* og et *narrativt perspektiv*. Perspektivene er spesielt interessante innenfor de retningene som har et fokus på den hverdagslige praten og kommunikasjonen. Disse perspektivene kan også sees på som komplementerende perspektiver, fordi de belyser ulike ting ved samtalen. Et diskursperspektiv har et spesielt fokus på hvordan diskurs kommer til uttrykk i ulike situasjoner (Armstrong et al., 2017). For eksempel vil diskursen som regel være forskjellig i klinisk logopedbehandling enn i en samtale mellom venner. Og et narrativt perspektiv er mer opptatt av personen personlige historie (Armstrong et al., 2017). Disse tre perspektivene kan være nyttige for kartlegging og behandling hva angår diskurs- og samtalemønstre, deltagelse, identitet og sosiale relasjoner. Videre kan perspektivene sees i sammenheng med det holistiske rammeverket som skisseres av A-FROM ved at de formodentlig belyser aspekter ved alle domeneene i A-FROM-modellen; språkvanskene, språkmiljøet, deltagelse og identitet.

2.5.1 Et diskursperspektiv på afasi

Et *diskursperspektiv* innenfor afasifeltet vektlegger *hvordan* språket brukes av personer med afasi i naturlige situasjoner, og hvordan språket endrer seg etter hvilken kontekst språket brukes i og som er det språklige formålet (Armstrong et al., 2017). Armstrong et al. (2017) fremhever at kjerneprinsippet ved et diskursperspektiv er at språket ikke skjer i et vakuum, men er i et dynamisk samspill med de kontekstuelle formålene som krever ulike lingvistiske ferdigheter.

Diskurs betyr *tekst i kontekst*. Tekster kan være både skriftlige og muntlige, og en samtale er et eksempel på en type tekst (Lind, 2005). Lind (2005) forklarer at all kommunikasjon foregår innenfor en kontekst, altså en sammenheng. Kontekstuelle rammer preger språket og motsatt preges konteksten av språket. Konteksten er rammene som språklige ytringer omringes av, og hvor den språklige ytringen blir forstått ut fra. Språkferdigheter læres og påvirkes i ulike kontekster og språket er derfor situasjonsbetinget (Lind, 2005). Diskurs er altså tekst i kontekst, på et nivå som er hevet over ord- og setningsnivå. Språklige enheter som relateres til hverandre i en diskurs, gir en viss sammenheng og bidrar til en *diskursiv kontinuitet* (Armstrong et al., 2017)

Diskurs kan inndeles i et *makrostrukturelt nivå* og et *mikrostrukturelt nivå*. Personer med afasi på det makrostrukturelle og pragmatiske nivået har typisk *reduisert globalsammenheng*, eller en *usammenhengende tale* som betyr at essensen av budskapet eller «den røde tråden» ofte er svekker og vanskeligere å følge (Armstrong et al., 2017). Forstyrrelser og språklige feil som omhandler det lingvistiske mikrostrukturelle nivået er morfologiske, syntaktiske og semantiske feil. Forstyrrelser på et mikrostrukturelt nivå forstyrrer følgelig det makrostrukturelle nivået. Forskjellen fra mer tradisjonelle kliniske tester på ord- og setningsnivå; er at på et diskursnivå utforsker man hvordan språkfeilene manifesteres i *sammenhengende talespråk*, gjerne i naturlige kontekster (Armstrong et al., 2017).

Undersøkelser av diskurs hos personer med afasi kan være både monologer og dialoger. Ved monologer undersøkes gjerne følgende aspekter: mengden av informasjon som personen med afasi er i stand til å formidle, variasjonen av ord som brukes, grammatisk nøyaktighet og kompleksitet, og den helhetlige sammenhengen i teksten, samt semantiske aspekter som for eksempel hvorvidt personen med afasi klarer å formidle følelser (Armstrong et al., 2017). Videre kan det være aktuelt å utforske hvordan en person med afasi eventuelt benytter andre språklige ressurser for å skape sammenheng og mening i språklige ytringer (Armstrong et al., 2017). Ifølge Olness og Ulatowska (2011) viser personer med afasi ofte en funksjonell diskurs, på tross av deres lingvistiske vansker, fordi de kompenserer med andre språklige ressurser for å skape sammenheng og mening i ytringene sine. Armstrong et al. (2017)) å være en forskjell når en person med afasi bruker monologisk diskurs for å beskrive for eksempel bilder enn ved naturlig samtale. For eksempel benytter personen med afasi en standardstruktur med subjekt-verb-objekt i større grad ved monolog, men benytter mer

ukonvensjonelle metoder i samtale, tilsynelatende for å formidle budskap med mindre slit, og antageligvis for å skape en bedre flyt i samtalen.

2.5.2 Samtaleanalyse

Samtaleanalytiske prinsipper retter fokuset på interaksjonsmønstre i samtalen («*talk-in-interactions*») (Wilkinson, 1999, s. 252). Metoder som baseres på samtaleanalyse søker å identifisere mønstre i den naturlige samtalen, og hvordan samtalepartnere reagerer på hverandre (Best et al., 2016b). Ved samtaleanalyse tar man utgangspunktet i den naturlige samtalen, og ofte benyttes videoopptak som analyseres, slik at behandlingen kan ta utgangspunkt i de individuelle samtalestilene (Wilkinson, 1999). Samtaleanalyse er en kvalitativ metode som analyserer diskurs og søker å undersøke sosial orden innenfor en samtale og bygge en forståelse av hva slags ressurser deltakere benytter i kommunikasjonen for å fullføre interaktive mål i samtalen. Samtaleanalyse fokuserer på samarbeidet innenfor en samtale for å danne mening.

Der et diskursperspektiv ser spesielt på momenter i interaksjonen personen alene snakker, som for eksempel fortelle en historie, ser samtaleanalyse på momenter innenfor en samtale, eksempelvis turveksling mellom to eller flere parter. Samtaleanalyse fordrer også derfor en mest mulig naturlig setting enn det et diskursperspektiv nødvendigvis trenger, dog det også er et fokus innenfor et diskursperspektiv. Ved bruk av samtaleanalyse er det viktig å inkludere samtalepartnere og ideelt sett virkelighetsnære situasjoner (Armstrong et al., 2017).

Samtaleanalytiske prinsipper fokuserer mer på det lingvistisk planet, mens et diskursperspektiv fokuserer i større grad på konteksten.

2.5.3 Et perspektiv på personlige narrativ

I de senere årene har forskere fått øynene opp for hvordan personlige narrativ kan være med i prosessen når personer tilpasser seg et nytt liv med afasi. Det er en nyere interesse for personlige narrativ sett i et identitetsperspektiv (Armstrong et al., 2017) som har vært i fokus for denne forskningen. Man har vært spesielt opptatt av å forstå hvordan afasi innvirker på personens følelse av selvet og personens rolle i sitt sosiale miljø, og dette er nært relatert til ICF sitt domene om personlige faktorer og sosial deltagelse (Armstrong et al., 2017).

Et narrativt perspektiv innebærer å lytte til personer med afasi og deres livserfaringer og personlige perspektiver (Hinckley referert i Armstrong et al, 2017, s. 275). Logopeden setter seg inn i hvordan personens liv var før afasien inntraff, samt nåværende situasjon, verdier,

håp, og forventninger til fremtiden. Logopeden henter gjerne inn denne type informasjon ved samtaler og/eller intervjuer med personen med afasi. Videre brukes det ofte metoder der personen med afasi kan fortelle sin historie. Man henter inn informasjon både om diskurs og mer personlig informasjon. Dette perspektivet er opptatt av hva personen sier eller gjør, men også hvordan livet er i hverdagen (Armstrong et al., 2017).

Personer med afasi har begrensede ferdigheter til å formidle følelser og ytre sine meninger (Armstrong et al., 2017). Ved å rette fokus på personlige narrativ, gir dette logopeden et vindu inn til personlige karakteristikk som kan påvirke rehabilitering, samt prosessen med å tilvenne personen til et nytt liv med afasi. Fokuset på narrativ fra et identitetsperspektiv er en relativ ny, innovativ metode i afasifeltet. Denne forskningen har spesielt vært opptatt av hvordan afasi påvirker følelsen av selvet, og dens rolle i det sosiale miljøet. Med en slik tilnærming kan den relateres til ICF som personlige faktorer og sosial deltagelse (Armstrong et al., 2017).

2.6 Logopedisk samtalebehandling ved afasi

Logopedisk behandling har som regel et overordnet mål om å forbedre funksjonell kommunikasjon slik at personen med afasi kan fungere best mulig i hverdagen – både ved skadebasert- og konsekvensbasert behandling (Hillis, Worrall & Thompson, 2008). Noen behandlingsmetoder bruker imidlertid den «naturlige» samtalen eller samtaleelementer som utgangspunkt for og/eller som verktøy i behandlingen. Altså er ikke funksjonell kommunikasjon og bedret samtale nødvendigvis bare et mål, men behandlingen kan i tillegg skje innenfor en samtalekontekst (Simmons-Mackie et al., 2014). Behandlingene kan organisert på ulike måter. Noen av samtalebehandlinger er eksempelvis rettet kun mot personen med afasi, mens noen er rettet mot samtalepartnere, og andre er igjen tilpasset for både personen med afasi og samtalepartnere, og så finnes det samtalebehandlinger som foregår i gruppe. Noen samtalebehandlingene er direkte rettet mot personens partner, slik at behandlingen tar sikte på å bedre personen språkmiljø (Simmons-Mackie et al., 2014). Det er flere grunner for å inkludere familie og nære personer i behandling. Familie, venner, kollegaer og helsepersonell blir berørt av språkvanskene og de bør derfor kunne kommunisere med den som er rammet med afasi (Worrall et al., 2017) – dette kan direkte knyttes til A-FROM-modellens domenet om *kommunikasjons- og språkmiljø*, og angivelig indirekte til domenenene om *deltagelse i livssituasjoner* og *personlige faktorer*.

Armstrong et al (2017) skisserer hvordan man kan se på forholdet mellom behandling og diskurs/samtale. Behandlinger som bruker den «naturlige» samtalen i behandling, og der behandlingen skjer innenfor en kontekst av en samtale eller diskurs, kan relateres til det Armstrong et al. (2017) omtaler som **fokus innenfor samtale/diskurs**. Ved å trene på språklige samtaleegenskaper som for eksempel turvekslinger og reparasjoner, har behandlingen et **fokus på samtale/diskurs**. Hvis behandlingen har som mål å generalisere øvelser fra behandling, som for eksempel ved skadebaserte behandlingen som tar sikte på å bedre lingvistiske prosesser med et mål om at det skal generaliseres til den hverdagslige samtalen og hverdagspråket, kan dette sees på som **diskurs/samtale som utfall** av behandling. Behandlinger som **samtale/diskurs som et medium** for å håndtere psykososiale konsekvenser (Armstrong et al., 2017).

3 Metode

3.1 Filosofisk- og metodisk forankring

Denne masteroppgaven er gjennomført som et induktivt orientert kvalitativt forskningsdesign (Glaser & Strauss referert i Maxwell, 2013, s. 49) i den forstand at studien bygger analysen nedenfra og opp med utgangspunkt i funn fra datamaterialet, heller enn primært å lete etter mønstre i datamaterialet ut fra eksisterende teori. Videre er studien inspirert av de prinsippene som skisseres i den interaktive tilnærmingen til kvalitativ forskning som beskrives av Maxwell (2013). Forskingen som presenteres er et resultat av en dynamisk og eksplorerende prosess. Oppgaven forankres i hermeneutikkens filosofiske ideer om forforståelse og tolkning av tekst med henvisning til Heideggers (referert i Gadamer, 2004, s. 269) hermeneutiske sirkel. Fra et hermeneutisk-filosofisk ståsted legges det til grunn en erkjennelse om at ens fordommer og forforståelse påvirker hvordan man «møter» teksten, altså hvordan en leser og fortolker tekst; som følgelig er i en kontinuerlig endringsprosess som må forstås ut fra den tiden man lever i (Gadamer, 2004). Masteroppgaven har i tråd med kvalitativ induktiv metode startet med et relativt åpent og utforskende sinn (Maxwell, 2013) ved å utforske litteraturen på afasifeltet i bredden, spesielt innenfor den sosiale og funksjonelle «moderne» tradisjonen (Thompson & Worrall, 2008). Teoridelen har som formål å belyse og aktualisere temaet. Dette kan også sees i lys av hermeneutisk metodefilosofi, som vektlegger å tolke tekst inn i en historisk kontekst (Gadamer, 2004). Dessuten skal teoridelen gi en teoretisk ramme som resultatene forstås og tolkes ut fra.

Maxwell (2013) sin interaktive modell innebærer fem komponenter: *forskningsmål, konseptuelt rammeverk, forskningsspørsmål, metode og validitet*. Komponentene i modellen følger dog ingen lineær rekkefølge, men de er bundet sammen og påvirker hverandre gjensidig. Forskningsspørsmålet er plassert i sentrum av modellen og er «*hjertet*» i modellen (Maxwell, 2013, s. 4). Forskningsspørsmålet bør verken være spikret eller snevert spesifisert ved start, men består likevel som det sentrale. Plasseringen i midten indikerer at det er forskningsspørsmålet som i størst grad influerer de fire andre komponentene i modellen.

Maxwell (2013) beskriver hvordan *målet* med forskningen handler om å formulere eller reflektere rundt hvorfor selve forskningsstudien er verdt å utføre og hva forskeren egentlig ønsker å oppnå, og fremhever betydningen av å sette forskningen i en større sammenheng og hvorvidt den har nytteverdi eller kan bidra med noe forskningsmessig. Det *konseptuelle rammeverket* involverer forkunnskaper og ideer man har om et tema; altså hva slags tanker

og viten man har om det aktuelle området man ønsker å utforske. Et konseptuelt rammeverk inkluderer videre innhenting og oversikt over aktuell teori og tidligere forskning som kan bidra retningsgivende eller som kan belyse ens egen forskning. *Forskningsspørsmålets* «oppgave» innebærer å formulere hva man spesifikt vil forstå mer av innenfor et bestemt område, og hva man faktisk gjør fordres av den bestemte *metoden* man har valgt. Og *validitet* omhandler hvorvidt man kan stole på resultater og konklusjoner.

Det overordnede målet med denne oppgaven er å frembringe mer kunnskap om logopedisk samtalebehandling for personer med afasi og deres primære samtalepartnere. Slik kunnskap etterspørres i internasjonal forskning, og da særlig med fokus på spesifikke analyser av tiltak og behandlinger som brukes og av hva som faktisk «gjøres» (Beckley et al., 2013; Cruice et al., 2018). *Metoden* jeg skal bruke for å belyse de to forskningsspørsmålene som denne masteroppgaven bygger på er en *litteraturstudie*, også støttet av ulike strategier for analyse av innhold. Publisert forskning analyseres på nye måter for å supplere eksisterende viten.

Den gode forskeren bør ifølge Malterud (2017a) innta en *refleksiv* holdning ved å utfordre egne feltkunnskaper og fordommer om feltet. I en litteraturstudie vil naturligvis «feltet» være litteraturen innenfor det aktuelle området som utforskes. En annen kvalitet som (Malterud, 2017a) fremhever er *intersubjektivitet*, som innebærer at teksten formidles med informasjon om betingelsene kunnskapen er utviklet under, slik at dette kommer frem for leseren (Malterud, 2017a). En litteraturoversikt som skal ha status som et vitenskapelig arbeid skal være utført systematisk og transparent, både i fremgangsmåter og vurderinger tatt underveis (Malterud, 2017a).

3.2 Litteraturstudie som metode

Målet for denne masteroppgaven og dens problemstilling inviterte til en teoretisk studie. Den typen litteraturoversikt som er vurdert som mest hensiktsmessig for oppgavens tematikk og forutsetninger, er en *kvalitativ narrativ litteraturoversikt*. Artikler som inkluderes i litteraturoversikten vil bli gjort gjenstand for kvalitativ innholdsanalyse, slik dette beskrives senere i oppgaven. Her skal vi først ta for oss litteraturstudie som metode.

Det kan tegnes ulike kart, og det brukes da også til dels svært ulik terminologi, når det skal gjøres rede for ulike eksisterende litteraturstudier (Grant & Booth, 2009). Det benyttes i tråd med dette også ulike termer for de typer oversikter som sammenstiller kvalitative primærstudier (Berg & Munthe-Kaas, 2013). Dessuten eksisterer det ulike begreper for

kvantitative og kvalitative systematiske oversikter. Reinart og Jamtvedt (2010) bruker følgende termer: En *oversiktsartikkel* er en artikkel som gir en oversikt over litteraturen, mens en *systematisk oversikt* beskrives som en oversikt som bruker systematiske og eksplisitte metoder for å velge, kritisk vurdere, innsamle og analysere data. *Metaanalyse* er en kvantitativ metode som bruker statistikk og sammenslår resultater fra data numerisk, mens *metasyntese* innebærer analyse og syntetisering av kvalitativ forskning for å utvikle nye tolkninger og teorier. Green, Johnson og Adams (2006) deler på sin side litteraturoversikter inn i tre hovedkategorier: *narrative oversikter*, *kvalitative systematiske oversikter* og *kvantitative systematiske oversikter*.

Med dette som bakteppe er det nødvendig både med en presisering av begreper og en grundig beskrivelse av hvordan metoden har blitt gjennomført (Aveyard, 2010). Aveyard (2010) ser systematiske oversikter og narrative oversikter som liggende på hver sin ende av en skala. Systematiske oversikter i sin mest detaljerte form har meget rigide og strenge prosedyreverktøy som må etterfølges til punkt og prikke, og er et strengt omfattende arbeid som tar sikte på å oppsummere forskningen i sin helhet, inkludert publisert og upublisert forskning. Narrative oversikter er, slik Aveyard (2010) ser det, lite egnet for akademisk arbeid. Dette begrunnes med at disse benytter udefinerte metoder for søk og syntetisering av litteraturen, noe som kan føre til at resultatene ikke kan replikeres (eller repeteres) i tradisjonell forstand (Malterud, 2017a), blant annet grunnet i at denne typen studier er mer sårbare for bias (utilsiktede skjevheter i forskningen). For eksempel kan *bias* forekomme ved at forfatteren kun søker etter studier som hun selv synes er interessante (Green et al., 2006).

Greenhalgh, Thorne og Malterud (2018) har relativt nylig gått sterkt inn i debatten om sammenhengen mellom, og antagelser om et eventuelt hierarki av, ulike typer litteraturstudier i forskningen. De skiller i sin artikkel mellom hovedtypene *narrative reviews* og *systematic reviews*. De poengterer at narrative litteraturoversikter fortsatt, etter flere tiår med faglige diskusjoner, av noen fortsatt ansees for å ha lavere forskningsmessig kvalitet og verdi enn de systematiske litteraturoversiktene. Dette er Greenhalgh et al. (2018) sterkt uenige i. De fremhever at de to typer litteraturstudier har hver sine kvaliteter, og slik bare kan regnes som gode eller mindre gode sett i lys av hva litteraturstudien er ment å undersøke og frembringe av svar i forskningen. De poengterer (Greenhalgh et al., 2018, s. 2) at de to typer studier er komplementære. Mens systematiske oversikter bidrar til å oppsummere forskning og forskningsfunn («their key contribution is summarising data»), bidrar narrative oversikter til å skape en ny og dypere forståelse («their key contribution is deepening understanding»). I

tråd med dette kan man hevde at denne type forskningsstudier ikke ensidig skal handle om at ulike forskere skal kunne komme til et nøyaktig samme resultat ved gjennomgang av ett og samme materiale, for eksempel i en narrativ litteraturoversikt. Malterud (2017b, s. 24) poengterer at «*datainnsamling, analyse, tolkning og presentasjon [vil] påvirkes av den enkelte forsker*», men hun poengterer samtidig at det *ikke* betyr at hver måte å forstå og tolke et materiale på kan regnes som «like relevante». Vi kan forstå Malterud dithen at forskningen må være preget av pålitelighet og av kvalitet, men heller enn et strengt krav om «reperbarhet», så bør vi stille krav om *intersubjektivitet og konsistens* – «en synlig rød tråd», Malterud (2017b, s. 24). Dette bør være et absolutt krav til denne type forskning og litteraturstudier. Å skrive en god narrativ oversikt avhenger av god, redelig og hensiktsmessig metodebruk (Green et al., 2006).

Denne masteroppgaven kan betraktes som en kvalitativ *narrativ oversikt* (Green et al., 2006) med en systematisk tilnærming (Aveyard, 2010), og følger en del prinsipper som er gjeldende for systematiske oversikter med kvalitativ forskning som syntetiserer kvalitative primærstudier (Berg & Munthe-Kaas, 2013). Oversikten har et bredt fokus med to spørsmål. Datagrunnlaget for oppgaven består av både kvalitative og kvantitative primærstudier og av blandede metoder, og det er *intervensjonene* i forskningsartiklene som skal analyseres. Derfor ble det vurdert som mest hensiktsmessig å bruke en narrativ metode som beskriver resultatene på en mer fleksibel og beskrivende måte (Ferrari, 2015), i motsetning til metasynteser som syntetiserer *resultatene/finnene* fra kvalitativ forskning (Malterud, 2017a). Narrativ i denne sammenheng menes *beskrivende syntese* og må ikke forveksles med narrativ analyse som tar sikte på å analysere eller vurdere informantenes narrativer eller «historier» (Liamputtong, 2009).

Analysen er utført med analyseprogrammet NVivo som verktøy for å ivareta en viss systematikk i analysen. Resultatene presenteres både med en narrativ utforming og presenteres også i ulike tabeller som baseres på *kvalitativ innholdsanalyse*, mens teknikkene i analysen baseres i stor grad på kvalitativ innholdsanalyse (Graneheim & Lundman, 2004).

3.3 Kvalitativ innholdsanalyse

Masteroppgavens analyse baseres på kvalitativ innholdsanalyse, hovedsakelig på bakgrunn av Graneheim og Lundman (2004) sin beskrivelse av metoden. I dette avsnittet presenteres nøkkelkonseptene og metodens prosedyrer stegvis. Før man begynner på en kvalitativ innholdsanalyse er det nødvendig å bestemme seg for om analysen skal fokusere på *manifeste*

eller det mer *latente innholdet*. Det manifeste innholdet er det synlige og mer åpenbare innholdet, mens det latente innholdet har en mer underliggende og en «gjemt» mening der innholdet må fortolkes. Begge typer innhold krever uansett en viss grad av tolkning, men varierer i dybde og abstraksjonsnivå (Graneheim & Lundman, 2004). I masteroppgavens analyse rettes fokuset på det manifeste innholdet siden hensikten er å presentere behandlingsmetoder deskriptivt og objektivt, men også mer latent innhold drøftes når og hvis det er relevant og hensiktsmessig i den aktuelle teksten. Et annet valg man selvsagt må ta, er hva man skal analysere – *unit of analysis* eller *analyseenhet* – analyseenheten er det som skal analyseres, som kan være et intervju, en person, et program (Graneheim & Lundman, 2004). Masteroppgavens analyseenhet er i hovedsak *behandlingsprogrammene* som datamaterialet (artiklene) presenterer. *Betydningsenheter* eller *meaning units* er ord eller ytringer som kan relateres til en felles betydning, betydningsenheter kan være ord, setninger eller avsnitt som inneholder aspekter som kan kobles sammen etter innhold og kontekst (Graneheim & Lundman, 2004). Videre er det aktuelt å redusere teksten, men bevare meningen, og dette skjer gjennom en prosess som kalles for *kondensering* (Graneheim & Lundman, 2004). Teksten som blir kondensert blir videre satt i et høyere nivå, eller *abstrahert*, som vil si at teksten blir beskrevet eller fortolket på et høyere nivå. Teksten som blir abstrahert er funnet i såkalte *innholdsområder*, som er deler fra teksten som adresserer et spesifikt område. *Betydningsenheter* kan omgjøres til *kondenserte betydningsenheter* som kan *kodes* – på den måten abstraheres tekst fra tekst; «mange» ord reduseres til «få» ord, en *kode*, som vil si et overordnet (abstrakt) begrep eller et redusert til «betydningen». *Kategorier* er et kjernekonsept ved kvalitativ innholdsanalyse – kategorier refererer til deskriptivt og manifesterende innhold. En kategori er gjerne delt inn i *sub-kategorier* eller sub-kategorier med varierende grad av abstraksjon. Sub-kategoriene kan blir sortert og abstrahert inn i kategorier eller så kan en kategori bli delt inn i sub-kategorier.

3.4 Validitet

Forskning bør ikke bli sett på som vedtatte sannheter, og ingen metode, uansett hvor bra den måtte være kan med noen som helst sikkerhet fange opp virkeligheten fullstendig. (Maxwell, 2013). Jeg har tidligere i oppgaven belyst hvorfor det anbefales at litteraturstudier eller oversikter, er utført med systematiske søkemetoder, og at det er viktig å bevare en transparens i materialet, for at forskningen skal kunne etterprøves og utfordres av andre (Malterud, 2017a). Dette har jeg forsøkt å etterkomme ved å gjennomføre et systematisk litteratursøk, og jeg vil videre i metodedelen beskrive hvordan jeg har gått frem i

søkeprosessen. Likevel, uansett hvor systematisk eller rigid man følger en metode, så har man ingen garanti for at forskningen er «gyldig». Maxwell (2013) fremhever det at forskningsresultater og validitet er knyttet opp mot den virkeligheten man lever i og at dette er noe som en metode virkelig ikke kan forsikre. Dette kan relateres til det Malterud (2017a) beskriver forskerens *grunnlagsbetingelser* og innebærer de betingelsene, forutsetningene og målene som forskeren står overfor. Hun beskriver som *refleksivitet*, som handler forskerens forutsetninger og tolkningsramme. En annen ting er hva forskningen egentlig skal brukes til, og Malterud (2017a) mener dette handler om relevans, som også må tas i betraktning. Validitet handler om gyldighet, og hva som forskeren egentlig har funnet ut (Malterud, 2017a). Maxwell (2013) omtaler for eksempel forsker-bias som et særlig viktig poeng, eller en «fare» ved kvalitativ forskning, og som for så vidt også gjelder kvantitativ forskning. Forsker-bias kan forklares med at forskerens subjektivitet kan/er styrende i forskningsprosessen og at dette er vanskelig å komme utenom. Forkunnskaper, interesser og mål kan forårsake såkalt forsker-bias, fordi man «finder det man selv vil». For eksempel ved kvalitativ innholdsanalyse, som jeg bruker som et redskap i litteraturstudien, kan min subjektivitet som forsker påvirke funnene og hva som «treffer» meg mest i artiklene jeg analyserer. Det kan være vanskelig, eller umulig å løsrive seg helt fra sine erfaringer og forståelser, og å være helt «objektiv», men ifølge Maxwell (2013) kan en mulig tilnærming for å «bøte» på dette, være å beskrive de valgene man tar underveis og den teorien og forståelsen man legger til grunn. Dette har jeg hatt i mente. Jeg har for eksempel brukt innholdsanalysetabeller med deskriptivt innhold som ligger nært originalteksten, og viser på den måten, til en viss grad, hvordan jeg har gått frem. Samtidig må det sies at jeg har oversatt innholdet fra engelsk, og min subjektivitet og teoretiske forståelse kan ha hatt innvirket på innholdet. Jeg har også sammenlignet noen av funnene mine med annen forskning på feltet (Cruice et al., 2018), som kan antas å underbygge noen av funnene i denne masteroppgaven.

3.5 Etske avveininger

Det er flere etiske hensyn som må tas med i betraktningen når man skal gjennomføre et forskningsprosjekt. For eksempel skal man alltid i forskning ta i betraktning de eventuelle følgende som forskningen kan medføre, og man må ta hensyn til de personene som deltar i forskningen. Etske prinsipper handler i stor grad om redelighet og ærlighet (De Vaus, 2014). Personvernet til andre mennesker er viktig, selv ved en litteraturstudie. Malterud (2017a) tematiserer hvordan man ved en litteraturstudie kan glemme de menneskene man skriver om, og hvorvidt deltagerne i primærstudiene har gitt samtykke til å delta. Dette kan imidlertid være ekstra sårbart i afasiforskningen siden personene faktisk har språkvansker, og kan

regnes som en sårbar gruppe (Den nasjonale forskningsetiske komite, 2010). Det er derfor viktig at informasjonen er gitt på en «afasivennlig» måte, og samtykke blir bekreftet. De fleste beskriver et samtykke med gitt informasjon i mitt utvalg, og/eller ved at deltagerens anonymitet er ivaretatt ved bruk av pseudonymer eller ikke navngitt. Et annet viktig element som Malterud (2017a) poengterer, er at i kvalitative studier slik som i litteraturstudier, der fortolkning brukes som en strategi for å utvikle ny kunnskap, har man et særlig ansvar for å bevare det som blir sagt eller skrevet og at forskeren tar den opprinnelige tolkningen som et utgangspunkt. Hvordan man formidler forskningen skal gjøres på en mest mulig objektivt og redelig måte (De Vaus, 2014). Forskeren bør også være åpen rundt usikkerhet vedrørende resultater og validitet (Den nasjonale forskningsetiske komite, 2010). Det skal refereres korrekt til både primær- og sekundærkilder og man skal ikke ta æren for andres ideer og arbeid (Aveyard, 2010). God henvisningsskikk er også viktig slik at studien kan etterprøves, og for grunnlaget for videre forskning (Den nasjonale forskningsetiske komite, 2010). Som forsker skal man helst tilføre vitenskapelige bidrag som kan være nyttig for videre forskning, for praksis, eller politiske føringer. Malterud (2017a) vektlegger nemlig dette med å komme med noe nytt, og fremhever at ved gjennomføring av en litteraturoversikt eller metasyntese, så skal denne si noe «mer» enn de inkluderte primærstudiene som er undersøkt. Min litteraturoversikt har for eksempel søkt å gi en oversikt over et forskningsfelt som

3.6 «Mapping» – grov kartlegging av forskningslitteratur

Det er vesentlig å ha en god nok kunnskapsstatus på feltet før man setter i gang med de spissede søkene og innhenting av datamateriale (Maxwell, 2013). Søkeprosessen startet derfor med en omfattende og bred gjennomgang av litteraturen på afasifeltet samtidig som relevante søkeord og kilder ble notert underveis; en prosess som på engelsk kalles «*mapping studies*» (Cooper, referert i Malterud, 2017, s. 25). Hensikten med en «mapping» eller grov kartlegging er å få et inntrykk og en grov oversikt over publisert forskning for å se hva som «rører seg» i litteraturen innenfor et bestemt forskningsfelt, og for å få en oversikt over begrepene som benyttes, og eventuelt hva slags forskning som mangler (Malterud, 2017a). Malterud (2017a) påpeker at en slik oversikt av forskningslitteraturen er viktig for å identifisere egne motiver og synspunkter siden forskningen ofte preges av ulike posisjoner, og fordi man da har bedre forutsetninger for å ta stilling til begrepsbruk og definisjoner.

Det var et omfattende arbeid å få tilstrekkelig oversikt over litteraturen på afasifeltet; spesielt siden interesseområdet i utgangspunktet var stort og diffust. Den opprinnelige motivasjonen

bak masteroppgaven var å utforske hvordan logopeder kan ivareta de emosjonelle behovene ved afasi innenfor logopedisk behandling, altså utforske «gapet» mellom psykologi og logopedi, fordi disse pasientene i noen tilfeller vil falle «mellom to stoler». Motivet for oppgaven var et resultat av praksisopplevelser fortalt av logopeder. Den første «mapping»-prosessen besto av lesning av litteratur: bøker, tidsskriftsartikler, primærstudier og litteraturoversikter. Underveis i prosessen økte stadig interessen for identitetstematikken innenfor afasifeltet, eksempelvis hvordan afasi kan betraktes som «identitetstyveri» (Shadden, 2005), samt viktigheten av støtte blant familie og venner for å opprettholde en positiv identitet og optimal kommunikasjon (Le Dorze, Salois-Bellerose, Alepins, Croteau & Hallé, 2013). I tillegg tematikk som hvordan det er å bli «rettet på» i logopedisk behandling kan påvirke selvtilliten negativt og fortie personen med afasi, hvis hovedfokuset rettes primært mot korrekt produksjon fremfor meningsutveksling og interaksjon (Simmons-Mackie & Damico, 2008).

Interessen for identitet og afasibehandling ledet stadig til den viktige *samtalen* mellom mennesker og hvordan samtalen innvirker på sosiale relasjoner. Det er en forbindelse mellom identitet og deltagelse i samtaler som poengteres av blant andre Simmons-Mackie og Elman (2011) og samtalen er linket til mellommenneskelige relasjoner og den psykososiale identiteten (Lock et al., 2001). Derfor resulterte den første grove kartleggingen i et smalere fokusområde om *afasibehandling, relasjoner, identitet og samtalen*. Det er bakgrunnen for at jeg omsider landet på temaet *logopedisk samtalebehandling for personer med afasi og deres nære partnere*. Siden forskningen på temaet opplevdes som heterogent, virket det mest hensiktsmessig å utføre en litteraturoversikt. *Det neste steget ble* å identifisere aktuelle *nøkkelord* for litteratursøk som er gjeldene for mitt forskningsspørsmål og benytte disse for å innhente et dekkende datamateriale på området, ved å gjennomføre gode, korrekte ved (Aveyard, 2010).

3.7 Identifisering av søkeord

Videre i denne innledende søkeprosessen benyttet jeg hovedsakelig søketjenesten «Oria», en felles portal for norske fag- og forskningsbibliotek som har tilgang til mengder av elektronisk materiale fra åpne kilder (Unit, 2019), og databasetjenesten Ovid som gir tilgang til over hundre databaser som representerer en rekke forskningsdisipliner (Ovid, 2019). Jeg brukte søkemethoden *avansert søk* i både Oria og Ovid og utførte utallige litteratursøk med en rekke søkekombinasjoner, nettopp for å identifisere ytterligere søkeord for det endelige

litteratursøket. I løpet av denne prosessen tok jeg kontakt med to bibliotekarer som var behjelpelige med litteratursøk i databasetjenesten Ovid. Jeg mottok gode råd for å utføre presise søk og for å finne alternative søkeord før det endelige litteratursøket. For eksempel ved hjelp av funksjonen «map term to subjekt heading». På den måten ble flere relevante termer avdekket og notert. Jeg gjennomgikk i tillegg referanselistene til flere av forskningsartiklene fra søketreffet for å finne ytterligere termer, særlig var kunnskapsoversikter nyttige kilder for å lete etter betegnelser vedrørende «samtalebehandling» innenfor afasifeltet. Ved å utføre systematiske søk reduseres faren for skjevheter i datamaterialet og man unngår i større grad å søke etter forskning som bekrefter egne standpunkter (Malterud, 2017a) – såkalt «kirsebærplukking».

Å finne den riktige kombinasjonen av søkeord var en meget komplisert affære. Å utforme en søkestrategi for litteratursøk kan utføres ved å dele opp forskningsspørsmålet ved hjelp av et PICO-spørsmål. PICO står for populasjon, intervensjon, sammenligning (comparison) og utfall (outcome). PICO er mest nyttig for forskningsspørsmål vedrørende effekt (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015), men kan tilpasses til kvalitative forskningsspørsmål (Malterud, 2017a). Selv om ikke PICO-spørsmålet er direkte praktisk hensiktsmessig i denne sammenheng, illustrerer det likevel hvordan forskningsspørsmålet brytes opp for å fange opp nøkkelkonseptene. Masteroppgavens hensikt er fremskaffe en oversikt over *logopedisk samtalebehandling for personer med afasi og deres nære partnere* med et bredt fokus og med flere spørsmål. For å bruke begrepene fra PICO-spørsmålet inkluderte jeg *populasjon* og *intervensjon* som videre omtales som *aspektene*.

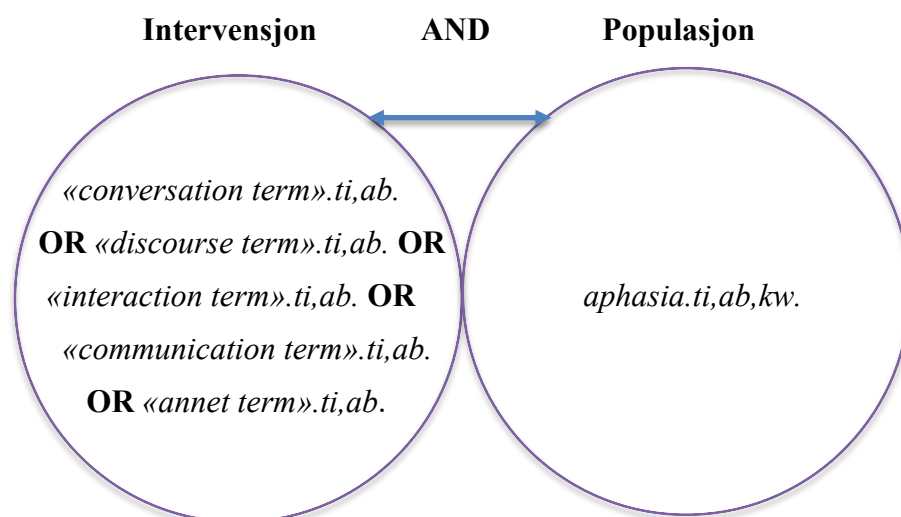
En utfordring ved litteratursøk er at kombinasjonene av søkeord enten kan begrense søket for mye eller for lite, noe som kan resultere i at man enten ikke fanger opp nok data, eller at man sitter igjen med uoverkommelige mengder med data. For eksempel er den engelske termen for samtale «conversation» et såpass vanlig og mye brukt begrep innenfor afasifeltet og inkluderte altfor mange treff alene, men sammensatt med termer for «behandling» ble søketreffet mer nøyaktig. Imidlertid er det flust av betegnelser innenfor afasifeltet for «samtalebehandling». Jeg startet derfor med å identifisere begreper og lagde en oversikt over fire *kjernebegreper* fra den engelske forskningslitteraturen på feltet: «conversation», «interaction», «discourse», «communication» og lagde kombinasjoner av disse. I tillegg til en egen kategori med «annet». Omsider, med hjelp fra veileder som har god oversikt over feltet, hadde jeg til slutt 104 søkeord for «samtalebehandling».

Søkeord inkludert i endelig litteratursøk for innhenting av data

Søkeordene i de seks tabellene som presenteres lenger ned i kapittelet ble inkludert i det endelige litteratursøket. Søkeordene er delt inn i aspektene *populasjon* og *intervensjon* kjent fra PICO-modellen. Populasjonsaspektet inneholder bare ett søkeordsøk og intervensjonsaspektet inneholder 104 søkeord. Søkeordene innenfor intervensjonsaspektet ble delt inn i fire kategorier med *kjerneord* som antas å være høyfrekvente termer innenfor afasiforskningen. *Kjerneordene* ble sammensatt av begreper for *behandling* utover avdekkede termer, for eksempel ble begrepet «conversation» satt sammen med «therapy», «treatment», «intervention» osv. I tillegg inneholder intervensjonsaspektet en kategori betegnet «annet», som består av ytterligere identifiserte søkeord.

Søkeordene innenfor aspektet *intervensjon* benytter den boolske operatoren **OR** slik at alle begrepene innenfor denne kategorien med tas med i søket – og for å inkludere begge aspektene *intervensjon* og *populasjon* benyttes den boolske operatoren **AND**. Søk med **OR/ELLER** utvider søkene, mens **AND/OG** begrenser søkene. Trunkeringstegnet * ble brukt for å utvide ulike morfem, dog ikke gjennomgående. Fordi flere av søkebegrepene nettopp er høyfrekvente i afasilitteraturen vurderte jeg det som hensiktsmessig å rette søkeordene mot tittel og sammendrag med bruk av forkortelsene ti. (title/tittel), og ab. (abstract/sammendrag) ved søkeordene innenfor *intervensjonsaspektet*. Søkeordet innenfor *populasjonsaspektet* søkte i tillegg etter *nøkkelord* med forkortelsen kw. (keyword). Eksempel på søkeord og kombinasjon: *aphasia.ti,ab,kw. AND «conversation therapy».ti,ab. OR «conversation treatment».ti,ab. OR «interaction therapy».ti,ab. osv.*

Figur 3.1 nedenfor illustrerer mer oversiktlig kombinasjonen av søkeord, sammen med benyttede parenteser, forkortelser og boolske operatoren, som er benyttet.



Figur 3.1 – Kombinasjonen av søkeord

Nedenfor følger oversikter over de kategorier av søkeord som ble med i søket etter intervensjoner, kategori 1–5.

Kategori 1: *conversation* som kjerneord

34 søkeord

Conversation therapy/Conversation treatment/Conversation intervention/Conversation based therapy/Conversation based treatment/Conversation based intervention/ Conversation focused therapy/Conversation focused treatment/Conversation focused intervention/ Conversation based aphasia therapy/Conversation based aphasia treatment/ Conversation based aphasia intervention/Conversation focused aphasia therapy/ Conversation focused aphasia treatment/Conversation focused aphasia intervention/ Conversation oriented therapy/Conversation oriented treatment/Conversation oriented intervention/Conversation oriented aphasia therapy/Conversation oriented aphasia treatment/Conversation oriented aphasia intervention/Conversation analysis/Conversation training/Conversational coaching/ Supported conversation/Facilitating authentic conversation/Conversation partner programme/Conversational partner training/ Conversation partner program/Conversation partner training/Conversation partner therapy/Conversational partner therapy/ Conversation partner treatment/Conversational partner treatment

Kategori 2: *discourse* som kjerneord

22 søkeord

Discourse therapy/Discourse treatment/Discourse intervention/Discourse based therapy/ Discourse based treatment/Discourse based intervention/Discourse focused therapy/ Discourse focused treatment/Discourse focused intervention/Discourse based aphasia therapy/Discourse based aphasia treatment/Discourse based aphasia intervention/Discourse focused aphasia therapy/Discourse focused aphasia treatment/Discourse focused aphasia intervention/Discourse oriented therapy/Discourse oriented treatment/Discourse oriented intervention/Discourse oriented aphasia therapy/Discourse oriented aphasia treatment/ Discourse oriented aphasia intervention/Discourse analysis

Kategori 3: *interaction* som kjerneord

12 søkeord

Interaction focused therapy/Interaction focused intervention/Interaction focused treatment/ Interaction based therapy/Interaction based intervention/Interaction based treatment/

Interaction focused aphasia therapy/Interaction focused aphasia intervention/Interaction focused aphasia treatment/Interaction based aphasia therapy/Interaction based aphasia intervention/Interaction based aphasia treatment

Kategori 4: *communication* som kjerneord

20 søkeord

Communication therapy/Communication treatment/Communication based therapy/Communication based treatment/Communication focused therapy/Communication focused treatment/Communication based aphasia therapy/Communication based aphasia treatment/Communication based aphasia intervention/Communication focused aphasia therapy/Communication focused aphasia treatment/Communication focused aphasia intervention/Communication oriented therapy/Communication oriented treatment/Communication oriented aphasia therapy/Communication oriented aphasia treatment/Communication oriented aphasia intervention/Communication partner training/Communication partner therapy/Communication partner treatment

Kategori 5: *annet*

16 søkeord

Family member training/Couple therapy/Couples therapy/Conversation partners/Conversational partners/Supporting partners of people with aphasia/Person with aphasia and partner/Conversational discourse analysis/Working with couples/Aphasia and their partners/Communication partner training in aphasia/Training conversation partners/Family based intervention/Communication therapy for people with aphasia and their partners/Family therapy/Communication partner approach

Populasjonsaspektet:

Kategori 1: *aphasia*

1 søkeord

Aphasia

Tabell 3.1 – Oversikt over aspektene, kategoriene og antall søkeord

Intervensjon					Populasjon
Fem kategorier					En kategori
<i>conversation</i>	<i>discourse</i>	<i>interaction</i>	<i>communication</i>	<i>annet</i>	<i>aphasia</i>
<i>34 søkeord</i>	<i>22 søkeord</i>	<i>12 søkeord</i>	<i>20 søkeord</i>	<i>16 søkeord</i>	<i>1 søkeord</i>
Totalt 104 søkeord					1 søkeord

3.8 Det «endelige» litteratursøket

Når søkeordene og søkekombinasjonen var bestemt og allerede prøvd ut en rekke ganger var det dags for å utføre det endelige søket. Det skal nevnes at de øvrige testsøkene ble utført inntil en viss *metning* av søkeord var på plass og jeg ikke lenger fant flere begreper å ta med. Ved litteratursøk anbefales det å søke bredt og i ulike akademiske databaser.

3.8.1 Litteratursøk i akademiske databaser

Tabell 3.2 – Databaser

Ovid databasevert for akademisk og avansert litteratursøk

Inkluderte databaser ved gjennomføringen av litteratursøk i Ovid databasevert:

<i>Database</i>	MEDLINE	Eric	PsycINFO	Embase
<i>Fagfelt</i>	U.S. National Library of Medicine	Education Resources Information Center (pedagogisk)	American Psychological Association database of abstracts	Excerpta Medica dataBASE
<i>Databasens Publisering/ Spesifisering (obs. søket er begrenset fra 2008-nåtid, den 8.3.19)</i>	<i>Ovid MEDLINE and Epub Ahead of Print, In Process & Other Non-Indexed Citations and Daily 1946 to March 06, 2019</i>	<i>Eric 1965 to January 2019</i>	<i>PsycINFO 1806 to February Week 4 2019</i>	<i>Embase 1980 to 2019 Week 09</i>

Det endelige søket ble utført den åttende mars 2019 i Ovid søkemotor med de nevnte søkebasene: Embase, Medliner, Eric og PsycInfo. Jeg fikk 668 treff med søkeordene jeg har kartlagt og funnet etter omfattende mapping og søkeprosesser, og etter fjerning av duplikater hadde jeg 400 treff. Etter ytterligere begrensninger satt jeg igjen med 257 treff. Og jeg landet på 257 treff etter å ha fjernet duplikater og ved å ha begrenset søket til å gjelde publikasjoner mellom 2008-pers dags dato, engelsk språklige, og inneholder abstracts (denne begrensningen var ikke mulig for databasen Eric, så derfor var ikke dette en begrensning

her). En annen begrensning var at artiklene skulle være fagfellevurderte, men dette var kun mulig i databasen PsycInfo og Eric.

3.9 Utvelgelse av forskningsartikler

Jeg gikk deretter gjennom sammendragene og ekskluderte videre 180 artikler som ikke var aktuelle for videre studier. Jeg hadde da 77 artikler igjen. Det var fortsatt noen duplikater igjen selv etter fjerning av disse i Ovid. Og etter å overføre de 77 referansene til EndNote kunne jeg bruke funksjonen «find duplicates» og det viste å være 11 duplikater som ikke Ovid hadde fanget opp. Jeg hadde da 66 artikler igjen. Jeg lagde en mappe for «ja-artikler» og for «nei-artikler» og lastet ned alle artiklene som pdf og gikk systematisk gjennom alle sammen og endte opp med 22 «ja-artikler» den første gjennomlesningen. Til slutt hadde jeg 15 artikler igjen. Jeg overførte alle de opprinnelige 257 referansene på mail for å dobbeltsjekke at de var i samsvar med eksklusjons- og inklusjonskriteriene.

Jeg fikk omsider en oversikt og startet med å utforme tentative kriterier for utvelgelse. Imidlertid oppdaget jeg likevel under første screening av de 257 artiklene at det var nødvendig å endre og spesifisere flere kriterier underveis, ettersom flere uforutsette aspekter dukket opp. Jeg utførte likevel ferdig screeningen av 257 artikler, og reduserte artiklene til 66 stykker. Deretter leste jeg de 66 artiklene relativt grundig. Grunnet de noe upresise inklusjonskriteriene vurderte jeg det som nødvendig å endre kriteriene etter den første gjennomgangen, og bestemte meg for å så starte screeningen av de 257 artiklene på nytt med tydelige fastsatte kriterier. Det resulterte i én ekstra artikkel, uten flere endringer av verken inklusjons- eller eksklusjonskriterier.

Det skal utarbeides inklusjons- og eksklusjonskriterier for søk og utvalg av forskningsartikler, men det kan slå feil å bestemme disse i en for tidlig fase og som nevnt er forarbeidet- og ha en god nok kunnskap på området nødvendig (Maxwell, 2013). Inklusjons- og eksklusjonskriterier er viktige for å presisere søk og utvalg, som hva slags type datautvalg, tidsrom, språk etc. (Avayard, 2010)

3.10 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier ble utarbeidet etter å ha lest igjennom en mengde litteratur. I startfasen brukte jeg god tid på å kartlegge litteraturen (mapping) der jeg utførte utallige litteratursøk. Både på jakt etter relevante søkeord, og for å finne aktuelle reviews/oversikter som kunne studeres. På den måten fikk jeg etablert en viss oversikt over det forskningsområdet som skulle utforskes videre. Spesielt nyttig var oversiktsstudien til (Simmons-Mackie et al., 2014), som presenterer en slags synapse og en oversikt over ulike former for samtalebehandlinger. Forskerne beskriver blant annet ulike tilnærminger til samtalebehandling og hva slags prinsipper og tradisjoner behandlingsmetodene bygger på, og *hvem* som mottar behandling.

Tabell 3.3 – Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">• Voksne med ervervet afasi• Studier av <i>samtale-fokusert</i> eller <i>samtale-basert</i> behandling• Samtalebasert behandling rettet mot dyader; én med afasi og en primær samtalepartner (ektefelle, partner, familiemedlem, nær venn)• Behandling gis til begge i dyaden i fellesskap• Samtalen og kommunikasjonen mellom partene i dyaden er fokus for behandling• Samtalefokusert behandling der tema er selvbestemt• Samtalefokusert behandling der tema	<ul style="list-style-type: none">• Personer under 18 år• Progressiv afasi• Akutt fase (tidlig fase)• Behandling rettet mot <i>kun</i> partner eller <i>kun</i> person med afasi• Dyader med frivillige, studenter eller tilfeldige samtalepartnere• Dyader med terapeuter/logopeder eller annet helsepersonell• Behandling som ikke primært fordrer «naturlig samtale», men som kun inneholder elementer av samtale/eller styrt samtale (f.eks. bildeoppgaver).• Behandling som <u>ikke</u> har et fokus/mål om bedret samtale mellom

initieres av logoped/terapeut

- Fagfelle-vurderte artikler
- Inneholder sammendrag
- Publisert mellom 2008-dags dato
- Primærstudier

partene i dyaden

- Kun kartlegging eller analyse av samtale/kommunikasjon
- Flerspråklige
- Oversikter og teoribaserte artikler

Inklusjons- og eksklusjonskriterier er vesentlige ved systematisk utvelgelse av artikler. Ved tydelige og fastsatte kriterier velges artikler som innfrir bestemte kriterier og resten siles ut. På den måten velges ikke artikler tilfeldig, som for eksempel de man synes er mest spennende, ofte omtalt som «kirsebærplukking», hvor utvalget har større risiko for skjevhet og bias. Videre er kriterier med på å løfte studiens transparens, fordi det kommer tydelig frem hvordan man går frem i å velge artikler og hvorfor.

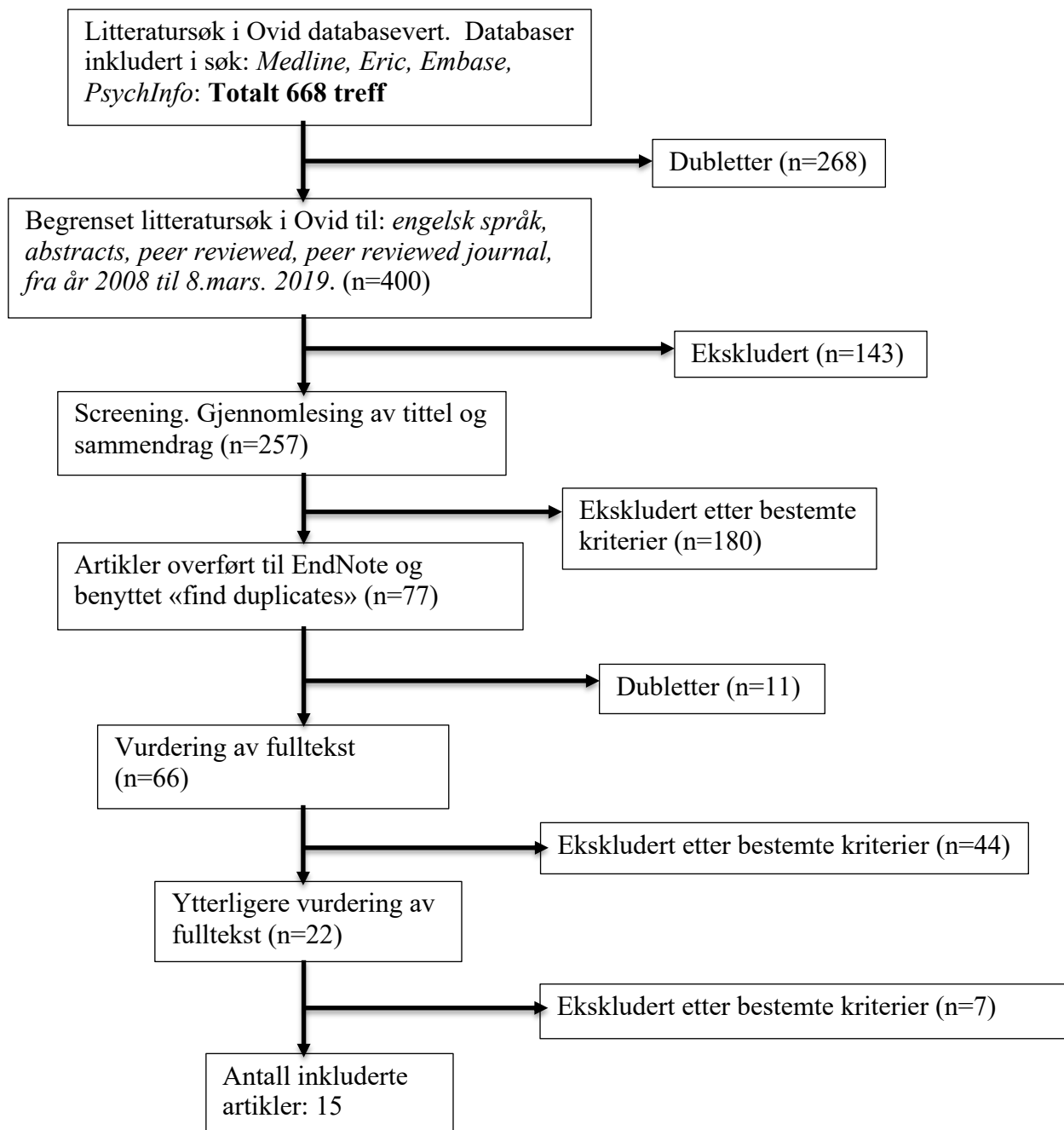
Begrensninger: «abstracts» var en begrensning som ikke var tilgjengelig i databasen Eric, og Peer reviewed, eller peer review journal; var en begrensning som ikke var tilgjengelig i MEDLINE eller EmBASE, derfor ble artikler ved disse basene ikke begrenset ved disse begrensningene ved litteratursøk.

I Ovid har jeg søkt gjennom de fire databasene med begrensninger til engelsk språk, inneholder abstracts, fagfelle-vurderte tidsskrift, eller fagfelle vurdert, og publiseringer fra år 2008– dag dato. Jeg har lagret alle de fem kategoriene, pluss søkeordet aphasia og det endelige søket i Ovid, og laget en mappe i «my project» hvor jeg startet den første screeningen. Endte til slutt med 77 artikler. Deretter overførte jeg disse til EndNote, og benyttet meg også her av en funksjon som fjernet duplikater, og ytterligere 11 duplikater ble oppdaget. Da hadde jeg 66 artikler som jeg lastet opp som pdf, og ekskluderte videre 44 artikler. Jeg satt så igjen med 22 artikler for ytterligere gjennomgang.

3.11 Flytskjema

Flytskjemaet nedenfor viser en oversikt over utvelgelsesprosessen. Modellen begynner med det totale søketreffet i Ovid databasevert og presenterer trinnvis prosessen frem til de femten utvalgte artiklene som er datamaterialet for oppgaven. Et flytskjema bidrar til økt transparens og beskriver systematikken som er anvendt.

Flytskjema



Figur 3.1 – Flytskjema

4 Materialet

I dette kapittelet presenteres datagrunnlaget som den videre analysen i oppgaven baseres på. Etter screeningen, og en omfattende ekskludering- og inkluderingsprosess av forskningsartikler ble søketreffet omsider redusert ned til 15 forskningsartikler som presenteres i dette kapittelet.

4.1 Datamaterialet

Alle de 15 inkluderte forskningsartiklene presenterer gjennomførte intervensjoner av logopedisk samtalebehandling som er blitt gitt til personer med afasi og nære/familiære samtalepartnere. De fleste parene som deltok i studiene er ektefeller. Grunnet varierte forskningsdesign, metodeterminologi og fordi intervensjonene nettopp utprøver forskjellige behandlingsmetoder med ulike siktemål vil ikke resultatene vedrørende effekt være spesielt gyldige. Det er heller ikke oppgavens formål å strengt vurdere effekten av behandlingene, men heller å gi en oversikt over *hva slags* behandling forskningen presenterer innholdsmessig. Studien fokuserer derfor istedenfor på *hva studiene måler og hvordan de måler resultatene og ikke på effekten per se*. Følgelig vektlegges ikke designet eller metoden til de inkluderte studiene noe videre utover overordnet å bemerke at samtlige studier kan sies å benytte varianter av et (eller tilnærmet) ABA-design der man kartlegger, gjennomfører et tiltak og deretter kartlegger på nytt etter gjennomført tiltak. Studien bruker både kvalitative, kvantitative og blandede («mixed») metoder. Metoden og designet for de individuelle studiene spesifiseres ikke ytterligere, da dette ikke ansees som formålstjenlig for denne masteroppgavens problemstillinger og fokus.

14 av de 15 studiene som er inkludert i min studie er enten single-case studier (syv stykker) eller varianter av case-series design (syv stykker), mens ett studie (Nykanan et al., 2013) benytter et mer tradisjonelt kvantitativt design. Jeg tar her ikke stilling til om sistnevnte studie kan betraktes som et kvasi-eksperimentelt eller ikke, eller hvorvidt de 14 studier som benytter varianter av single-case-/case series-metodikk kan anses som ikke-eksperimentelle «pre-post-studier» eller reelt eksperimentelle A-B-A-studier (Tate et al., 2016). Dette anser jeg at ligger utenfor rammen av denne oppgaven å undersøke og problematisere, selv om dette naturligvis er sentrale metodiske spørsmål, som for eksempel vil påvirke hvor sterke konklusjoner man kan trekke som følge av studiene hva gjelder effekt (i streng forstand) av tiltakene som studeres.

Forskningsartiklene presenteres i tabellen under med følgende informasjon:
forfatter/dato/land, tittel, intervensjonens sted og omfang, og deltagere. Deretter beskrives datamaterialet i en narrativ fremstilling av selve.

Tabell 4.1 – Tabell med inkluderte studier

Forfatter/land	(Fox, Armstrong & Boles, 2009)	Australia & USA
Tittel	<i>Conversation treatment in mild aphasia: A case study</i>	
Sted/omfang	I klinikk. 7 uker, 2 ganger per uke (1 t) (totalt 14 t)	
Deltagere	Et gift par (Kvinne med afasi og hennes ektemann)	
Forfatter/land	(Wilkinson, Bryan, Lock & Sage, 2010)	Storbritannia og Australia
Tittel	<i>Implementing and evaluating aphasia therapy targeted at couple's conversations: A single case study</i>	
Intervensjon	I hjemmet. 8 uker, 1 gang per uke (1-2 t).	
Deltagere	Et gift par (mann med afasi og hans kone)	
Forfatter/land	(Wilkinson, Lock, Bryan & Sage, 2011)	Storbritannia og Australia
Tittel	<i>Interaction-focused intervention for acquired language disorders: Facilitating mutual adaptation in couples where one partner has aphasia</i>	
Intervensjon	I hjemmet. 4 uker, 1 gang i uka (1.5-2 t)	
Deltagere	Et gift par (kvinne med afasi og hennes ektemann)	
Forfatter/land	(Beeke, Maxim, Best & Cooper, 2011)	Storbritannia
Tittel	<i>Redesigning therapy for agrammatism: Initial findings from the ongoing evaluation of a conversation-based intervention study</i>	
Intervensjon	I hjemmet. 8 uker, 1 gang per uke (1.5 t)	
Deltagere	Et gift par (mann med afasi og hans kone)	
Forfatter/land	(Nykanen, Nyrkko, Nykanen, Brunou & Rautakoski, 2013)	Finland
Tittel	<i>Communication therapy for people with aphasia and their partners (APPUTE)</i>	
Intervensjon	Rehab.senter. 2 intensivperioder (14 d) 5 gang per uke (1 t) (Totalt 20 t)	
Deltagere	34 gifte par	
Forfatter/land	(Beckley et al., 2013b)	Storbritannia
Tittel	<i>Conversation therapy agrammatism: exploring the therapeutic process of</i>	

	<i>engagement and learning by a person with aphasia</i>
Intervensjon	I hjemmet. 8 uker, 1 gang per uke (1.5 t)
Deltagere	Et gift par (en mann med afasi og hans kone)
Forfatter/land	(Beeke et al., 2014b) Storbritannia
Tittel	<i>Enabling Better Conversation Between a Man With Aphasia and His Conversation Partner: Incorporating Writing Into Turn Taking</i>
Intervensjon	I hjemmet. 8 uker, 1 gang per uke (1.5 t)
Deltagere	Et gift par (en mann med afasi og hans kone)
Forfatter/land	(Sorin-Peters & Patterson, 2014) Canada
Tittel	<i>The implementation of a learner-centred conversation training programme for spouses of adults with aphasia in a community setting</i>
Intervensjon	I klinikk. 1 gang per uke (2t) 8 ganger (4 m/par alene, 4 m/par i gruppe)
Deltagere	4 gifte par (4 menn med afasi og deres koner)
Forfatter/land	(Carragher et al., 2015) Australia og Storbritannia
Tittel	<i>Preliminary analysis from a novel treatment targeting the exchange of new information within storytelling for people with nonfluent aphasia and their partners</i>
Intervensjon	I klinikk. 6 uker, 1 gang per uke (1.5t)
Deltagere	4 par
Forfatter/land	(Beeke et al., 2015) Storbritannia
Tittel	<i>Conversation focused aphasia therapy: investigating the adoption of strategies by people with agrammatism</i>
Intervensjon	I hjemmet. 8 uker, 1 gang per uke (1.5 time)
Deltagere	2 par (2 menn med afasi, og kone og partner)
Forfatter/land	(Boles, 2015) USA
Tittel	<i>Establishing Alignment in Aphasia Couples Therapy in a Woman With Wernicke's Aphasia: A Case study</i>
Behandling	I klinikk. 20 uker, 2 ganger i uka (1time)
Deltagere	Et gift par (kvinne med afasi og hennes ektemann)
Forfatter/land	(Best et al., 2016a) Storbritannia m/flere
Tittel	<i>Conversation Therapy with People with Aphasia and Conversation Partners using Video Feedback: A Group and Case Series Investigation of</i>

	<i>Changes in Interaction</i>	
Behandling	I hjemmet. 8 uker, 1 gang per uke (1.5 time)	
Deltagere	8 par (3 kvinner/5menn m/afasi og 4 koner, sønn, datter, partner, tvilling)	
Forfatter/land	(Johnson, Best, Beckley, Maxim & Beeke, 2017)	Storbritannia
Tittel	<i>Identifying mechanisms of change in a conversation therapy for aphasia using behavior change theory and qualitative methods</i>	
Behandling	I hjemmet. 8 uker, 1 gang per uke (1.5 time)	
Deltagere	8 par (3 kvinner/5menn m/afasi og 4 koner, sønn, datter, partner, tvilling)	
Forfatter/land	(Barnes & Nickels, 2018)	Australia
Tittel	<i>Interaction-focused therapy for aphasia: Effects on communication and quality of life</i>	
Behandling	I hjemmet. 8 uker, 1 gang per uke (1.5 time)	
Deltagere	3 gifte par (3 menn med afasi og koner)	
Forfatter/land	(Barnes, 2019)	Australia
Tittel	<i>“Accountability” interaction-focused intervention for aphasia: a conversation-analytic study of therapeutic effects</i>	
Behandling	I hjemmet. 8 uker, 1 gang per uke (1-1.5 time)	
Deltagere	3 gifte par (3 menn med afasi og koner)	

4.1.1 Beskrivelse av datamaterialet

Samtlige forskningsartikler i datautvalget er som nevnt studier av gjennomførte intervensjoner. Noen viste seg imidlertid å være reanalyser av tidligere primærstudier. For eksempel skriver Barnes (2019) en re-analyse av en tidligere studie (Barnes & Nickels, 2018). Begge disse er tatt med i datautvalget. To andre artikler er re-analyser av det samme knippe primærstudier (Best et al., 2016a; Johnson et al., 2017). Flere av disse primærstudiene er inkludert i utvalget mitt. Selv om tre studier viste seg å være re-analyser, er de tatt med, fordi de likevel analyserer primærdata fra én intervensjon og bidrar kun positivt med perspektiver som kan belyse forskningsspørsmålene mine ytterligere. Ti av forskningsartiklene, inkludert re-analysene, presenterer en form for behandling som er basert på *samtaleanalyse* eller *conversation analysis (CA)*. Prosedyren for behandlingen baseres på det stegvise behandlingsprogrammet ved navn: *Supporting Partners of People With Aphasia in Relationships and Conversation (SPPARC)* (Lock et al., 2001), men forskjellen mellom SPPARC og behandlingen som beskrives her, er at denne er tilpasset spesifikt for dyader.

Seks av de ti nevnte artiklene viste seg å være en del av et større prosjekt (Beckley et al., 2013b; Beeke et al., 2015; Beeke et al., 2014b; Beeke et al., 2011; Best et al., 2016a; Johnson et al., 2017) hvorav to er de nevnte re-analysene (Best et al., 2016a; Johnson et al., 2017) som baserer sin analyse på de samme studiene. De to presenterer derfor samme intervensjon, men med ulikt fokus. To studier er tilsvarende de nevnt over og baseres også på SPPARC (Wilkinson et al., 2010; Wilkinson et al., 2011). De siste to (av de ti) artiklene som omhandler denne typen behandlingsmetode bygde videre på de studiene som var en del av et større prosjekt, men med noen små endringer. Disse viste seg også ved nærmere gjennomgang å være én intervensjon, dog med et ulikt fokus (Barnes, 2019; Barnes & Nickels, 2018). De fem resterende forskningsartiklene omhandler fire ulike metoder, hvorav to bygger på prosedyrer av tidligere arbeid av Boles (Boles, 2015; Fox et al., 2009) som skal forklares nærmere i senere avsnitt. De siste tre behandlingsmetodene som beskrives kan regnes som unike metoder blant materialet (Carragher et al., 2015; Nykanen et al., 2013; Sorin-Peters & Patterson, 2014).

4.1.2 Avdekkede kategorier i materialet

Gjennom først en grovsortering av forskningsartiklene ble fem behandlingsmetoder identifisert. Disse ble sortert ved hjelp av kategorier som ble avdekket underveis i sorteringsprosessen. Artiklene er publisert i tidsrommet 2009-2019 og ble plassert i en kronologisk rekkefølge for å gi meg selv en bedre oversikt, for eksempel viste det seg at behandlingen skissert av (Barnes & Nickels, 2018) og (Barnes, 2019) bygget videre på prosjektet «*Better Conversation With Aphasia*» som skisseres blant andre av (Johnson et al., 2017). Deretter overførte jeg artiklene til analyseprogrammet NVivo for ytterligere systematisk gjennomgåelse for å kontrollere sorteringen av behandlingsmetodene.

Artiklene i datagrunnlaget ble delt inn i *fem grupper*. Ved å trekke ut tekst fra de overordnede kategoriene, ble innholdet i disse ble sortert. Jeg fant fem grupper med tilsvarende innhold, som representerer de fem behandlingsmetodene. Disse gruppene inneholder med andre ord studier som presenterer tilsvarende behandlingsmetoder. Det betyr likevel ikke at alle intervensjonene eller behandlingene som skisseres innenfor samme gruppe er identiske, men har noen grunnleggende likhetstrekk og et overordnet felles rammeverk. Imidlertid er tre (60%) av gruppene kun representert av én intervensjonsstudie hver (6.6%), mens én gruppe (20%) er representert av to studier (13.3%). Den ene siste gruppen av fem grupper (20%) inneholder hele ti studier (66.6%), så det er egentlig kun i to av gruppene at flere studier

«syntetiseres» til én «behandlingsmetode». Til sammen illustrerer likevel de fem gruppene en interessant spennvidde av innfallsvinkler til behandling innen samtalebaserte tiltak ved afasi. Siden noen av artiklene refererer til tidligere studier vedrørende prinsipper og innhold (Boles, 2015; Fox et al., 2009) har det vært nødvendig å finne noen svar også i tidligere studier som de aktuelle studiene i datagrunnlaget refererer til. Enkelte studier beskriver ikke eksplisitt hva slags prinsipper behandlingen baseres på (Nykanen et al., 2013), men beskriver likevel et prinsipielt grunnlag. Dette løses ved å bruke mer latente betydningsenheter (fortolkende). I tabellen nedenfor vil informasjon som er enten hentet fra andre artikler, eller som er latente betydningsenheter, stå i parentes og i kursiv i tabellen for å markere at det ikke er eksplisitt skrevet i innholdet fra datagrunnlaget. Tabellen inneholder deskriptive kondenserte betydningsenheter. Deretter følger en presentasjon av de fem behandlingene deskriptivt og narrativt én etter én, som forklarer og utdyper innholdet i kategoriene som beskrives ut fra samme strukturelle mal, som betyr at de følger samme rekkefølge på innholdet/kategoriene. Rekkefølgen på kategoriene er beskrives konsekvent i følgende rekkefølge:

- 1) *prinsipper/røtter behandlingen baseres på*
- 2) *mål med behandling*
- 3) *innholdet i behandlingen*
- 4) *fremgangsmåten i behandlingen.*

Kategoriene 3 og 4 sklir naturligvis over i hverandre. Kategoriene er benyttet fordi disse er gjennomgående (eksplisitt eller implisitt) i alle behandlingsmetoder og «røde tråder» på tvers av behandlingene, altså en gruppe som deler noe felles (Graneheim & Lundman, 2004) og er ment for å strukturere og kontrollere innholdet. Kategoriene er valgt fordi alle behandlingene i datagrunnlaget har disse felles, men med like eller ulike betydningsenheter som derfor muliggjør en systematisk sortering av ulikheter og likheter innenfor de fire valgte kategoriene. Selv om innholdet blir gjenfortalt på en beskrivende/narrativ måte er artiklene nøye gjennomgått og sortert på en systematisk måte.

5 Resultater

Dette kapittelet i masteroppgaven er et todelt kapittel. Her besvares oppgavens to forskningsspørsmål i hver sin del. De to problemstillingene skisseres nedenfor:

1. *Hvilke former for logopedisk samtalebehandling for personer med afasi og deres primære samtalepartnere har vært beskrevet i empirisk forskning det siste tiåret?*
2. *Hva kan beskrives som sentrale trekk i logopedisk samtalebehandling for personer med afasi og deres primære samtalepartnere fra den empiriske forskningen det siste tiåret?*

I den første delen av kapittelet belyses den første problemstillingen, og her presenteres fem identifiserte behandlingstilnærminger eller behandlingsprogrammer med logopedisk samtalebehandling for personer med afasi og deres primære samtalepartnere. Innholdet i de fem behandlingene kan relateres til eller plasseres under de fire overordnede kategoriene: *prinsipper, mål, innhold og fremgangsmåte*. Altså har alle behandlingene prinsipper, mål osv., men av ulikt slag, enten implisitt eller eksplisitt. Kategoriene brukes konsekvent i den samme rekkefølgen, som betyr at beskrivelsene av de ulike behandlingsmetodene følger et systematisk oppsett etter kategoriene. Først beskrives prinsipper, deretter mål, så innhold og så fremgangsmåte. Innhold og fremgangsmåte skilr imidlertid naturligvis over i hverandre flere steder, spesielt i de narrative avsnittene.

I del 2 belyses den andre problemstillingen som søker å presentere sentrale trekk ved logopedisk samtalebehandling for personer med afasi og deres primære samtalepartnere på tvers av de fem behandlingene identifisert i del 1. De fire overordnede kategoriene (prinsipper, mål, innhold og fremgangsmåte) benyttes også som utgangspunkt i denne delen. I denne delen presenteres først en oversikt over sentralt innhold på tvers av behandlingene, og så beskriver jeg noen av de mest fremtredende sentrale trekkene ytterligere. Dette forklares nærmere i del 2.

5.1 Del 1: Fem identifiserte behandlingsformer

Fem forskjellige behandlingsformer ble identifisert i datamaterialet, og presenteres i listen nedenfor (1-5):

1. Samtalebehandling basert på samtaleanalyse
2. Løsningsorientert samtalebehandling
3. Behandling med interaktiv historiefortelling
4. Læringsorientert samtalebehandling
5. Kommunikasjonsbehandling for personer med alvorlig afasi og deres partnere

De fem identifiserte behandlingsformene vil forklares først i en tabell, som etterfølges av en narrativ beskrivelse, én etter én. Jeg vil konsekvent bruke nummeringen 1-5, slik at hver behandling er nummerert, og denne rekkefølgen brukes konsekvent igjennom oppgaven.

5.1.1 Behandling basert på samtaleanalytiske prinsipper

Her beskrives den første behandlingen. Denne behandlingen baseres på samtaleanalytiske prinsipper. Under tabellen følger en mer detaljert beskrivelse av metoden.

Tabell 5.1 – Behandling basert på samtaleanalyse

Behandling basert på samtaleanalyse			
Prinsipper	Mål	Innhold	Fremgangsmåte
Samtaleanalyse. Kolbs erfaringsbaserte læringssirkel.	Forbedre den hverdagslige samtalen i dyaden. Økt innsikt og kunnskap om afasi og samtale. Gjensidig forståelse.	Informasjon om afasi og samtale. Videoklipp av egne og andres samtaler. Øve på selvvalgte strategier. Rollespill. Diskusjoner og refleksjoner.	Tre faser: bevisstgjøring, strategier, praktiske øvelser. Paret deltar i rollespill og samtaleøvelser sammen.

(Barnes, 2019; Barnes & Nickels, 2018; Beckley et al., 2013b; Beeke et al., 2015; Beeke et al., 2014a; Beeke et al., 2011; Best et al., 2016a; Johnson et al., 2017; Wilkinson et al., 2010; Wilkinson et al., 2011)

Det prinsipielle grunnlaget som denne behandlingsformen bygger på er teoretiske prinsipper innenfor samtaleanalyse. Alle behandlingene i denne oppgavens datagrunnlag assosiert med

samtaleanalytiske prinsipper er basert på behandlingsprogrammet *Supported Partners of People with Aphasia in Relationships and Conversation* (SPPARC), men er som nevnt av for eksempel Beeke et al. (2011), tilpasset spesifikt til dyader. SPPARC er et trinnvis behandlingsprogram som integrerer samtaleanalyse for klinisk bruk (Lock et al., 2001). Den naturlige samtalen i dyaden (dokumentert via videoopptak) analyseres, slik at behandlingen kan skreddersys til de individuelle parene. *Samtaleøvelsene* i SPPARC er basert på teorien om erfaringslæring (Kolb, referert i Lock et al, 2001, s. 28), som innebærer at deltagerne både skal bevisstgjøres gjennom å observere og å konkret prøve ut samtalestrategier.

Denne behandlingsmetoden tar utgangspunkt i at man ser videoklipp av egen samtale, og prøver ut samtalestrategier i rollespill og i samtaler med etterfølgende refleksjoner og diskusjoner. Læring som konsept ansees som en prosess der kunnskap oppstår gjennom erfaringer, og at læring skjer gjennom erfaringer eller *læringssituasjoner* som involverer refleksjoner og handlinger (Kolb & Kolb's referert i Beckley et al., 2013b, s. 221). Flere av intervensjonsstudiene i datautvalget som skisserer denne formen for behandlingsmetode tilhører prosjektet: *Better Conversation With Aphasia* (Beeke et al., 2015; Beeke et al., 2014b; Best et al., 2016a; Johnson et al., 2017) som har resultert i et e-læringsverktøy for personer med afasi, deres pårørende og logopedier. E-læringsverktøyet er tilgjengelig på: <https://extend.ucl.ac.uk/>.

Målet med denne behandlingstilnærmingen er å forbedre den hverdagslige samtalen i dyaden og fokuserer derfor, slik jeg leser Armstrong et al. (2017), på *samtalen som utfall* av behandling, ved å endre samtaleatferd og interaksjonsmønster hos både personen med afasi og hos samtalepartneren (Barnes & Nickels, 2018; Beeke et al., 2011) Hensikten er å endre atferd som man vet forstyrrer flyten i samtalen ved afasi (Best et al., 2016a), og man fokuserer på atferd som man ser fungerer som barrierer eller fasilitatorer («facilitators») i samtale (Johnson et al., 2017). Man fokuserer med andre ord på adferd som kan bidra til å hemme eller fremme en samtale. Behandlingen tar sikte på å gi dyaden mer innsikt i eller større forståelse for hvordan afasi påvirker kommunikasjonen og samtalen mellom dem (Beeke et al., 2015; Beeke et al., 2014b; Best et al., 2016a). Ved å øke innsikt i hva slags mekanismer som enten hemmer eller fremmer samtalen innad i deres spesifikke dyade, er målet at personen med afasi skal kunne fullføre flere vellykkede turer i samtalen, og at samtalepartneren i større grad skal kunne modifisere og tilpasse sine responser. Følgelig vil personen med afasi kommunisere mer «effektivt» og den gjensidige forståelsen i dyaden styrkes (Beeke et al., 2015). Dyaden skal trene på selvvalgte strategier med utgangspunkt i

samtaleanalyse. Disse identifiseres gjennom samtaleanalyse. Hensikten er at disse strategiene skal benyttes spontant når samtalen bryter sammen (Beeke et al., 2014b) og at personen med afasi skal være aktiv i å lære og anvende strategier (fokus på samtalediskurs). Behandlingen er ikke skadebasert, og tar for eksempel ikke direkte sikte på å forbedre utsagn grammatisk sett, men på å bedre funksjonell kommunikasjon i dyaden (Beeke et al., 2011) og fremme en mer funksjonell *samtalestil* på tross av afasien (Beeke et al., 2015).

Behandlingen tilpasses den enkelte dyadens samtale- og interaksjonsmønster, noe som avdekkes ved å analysere dyadens naturlige samtale. Videoopptak av naturlige samtaler i dyaden (mellom personen med afasi og en nær samtaleperson) brukes som grunnlag for samtaleanalysen (Beeke et al., 2011). Ved samtaleanalyse av dyadens hverdagsamtale fanges ulike faktorer opp som innvirker enten negativt eller positivt på samtalen (Best et al., 2016a). Disse faktorene kan relateres til tur-taking, reparasjoner i samtale, initiering av tema etc. (Wilkinson et al., 2010) Dyaden skal trene på selvvalgte strategier som fremmer samtalen, som for eksempel å redusere bruk av såkalte «test-spørsmål» fra partneren uten afasi, og å ta i bruk strategier som gagnar samtalen de to imellom, som for eksempel gester eller skrivning for å markere at personen med afasi tar sin tur i samtalen (Best et al., 2016a).

I alle intervensjonsstudiene fikk dyadene opplæring i bruk av kamera og fikk i oppdrag å filme «naturlige» samtaler hjemme hos seg selv (Barnes, 2019; Beckley et al., 2013b; Wilkinson et al., 2011). De ble oppfordret til å snakke om hva som helst, og ble rådet til å filme en tid på døgnet da det uansett ville vært naturlig for dem å slå av en prat (Barnes, 2019; Beckley et al., 2013b). Videoopptak av samtaler ble gjort før, under og etter behandling. Samtaleanalyse ble brukt for å avdekke samtalemønster før behandling for å utarbeide siktemål for behandlingen, og for å måle endringer i samtalen (ut fra samtaleanalyse) etter at behandlingstiltaket var gjennomført (Beeke et al., 2014b).

Samtlige av intervensjonsstudiene beskriver et opplegg med åtte behandlingstimer som varte 1-2 timer, bortsett fra (Wilkinson et al., 2011) hvor behandling kun ble gitt fire ganger. Behandling ble gitt hjemme hos dyadene (Barnes, 2019; Beeke et al., 2014a; Beeke et al., 2011) og samtlige baseres på behandlingsprogrammet SPPARC. Nedenfor presenteres metoden trinnvis slik den er beskrevet av (Beckley et al., 2013a), som på en representerende illustrerende måte får frem essensen i behandlingsmetoden:

Den innledende fasen, altså fase 1 (behandlingstimer 1-3), vektlegger å gi dyaden konkrete samtaleerfaringer og skal legge til rette for refleksjoner rundt samtaleatferden. Den første behandlingstimen gir en introduksjon og innføring om samtale ved afasi, den andre timen fokusere på tur-taking, sekvenser i samtalen og handlinger i samtalen, mens man i tredje behandlingstimen utforsker samtaleparasjoner. Gjennomgående vises videoklipp; både klipp av andre par hvor en person har afasi, og av parets egne opptak av samtaler dem imellom, slik at dyaden kan erfare mønstre og forstyrrelser i samtalen ved afasi og muliggjør bevisstgjøring og selvrefleksjon. Dyaden diskuterer klippene med logopeden (Beckley et al., 2013).

Fase 2 (behandlingstimer 4-6) bygger grunnlaget for den videre terapeutiske prosessen. Den fjerde behandlingstimen tar sikte på å lære personen med afasi ulike strategier, og den femte timen tar sikte på å lære partneren strategier. Videre i den sjette behandlingstimen legges det til rette for å integrere strategiene i samtale om et tema (Beckley et al., 2013a).

I den siste fasen og tredje fasen (behandlingstimer 7-8) øver dyaden aktivt via rollespill etterfulgt av umiddelbare refleksjoner med støtte fra logoped. Øvelsene gir dyaden muligheter for nye samtaleerfaringer og innebærer bruk av selvvalgte strategier utforsket fra behandlingstimer fire og fem (Beckley et al., 2013).

5.1.2 Løsningsorientert samtalebehandling

Behandlingen som presenteres her kan beskrives som en løsningsorientert behandlingstilnærming. Under tabellen følger en mer detaljert beskrivelse av behandlingen.

Tabell 5.2 – Løsningsorientert behandling

Løsningsorientert samtalebehandling			
Prinsipper	Mål	Innhold	Fremgangsmåte
<i>(Løsningsorientert behandling/ Diskursanalyse)</i>	Føre paret nærmere hverandre. Forbedre kommunikasjonen	Naturlige samtaler. Behandlingsmål vektlegges, og lages i samarbeid med paret og logoped. Hjemmeoppgaver: snakke sammen.	Timene består av serier med 1-3 minutters naturlige samtaler etterfulgt av refleksjoner, med fokus på de bestemte behandlingsmålene.

(Boles, 2015; Fox et al., 2009)

Her skal behandlingen, som skildres i to artikler fra datautvalget med ulike navn, beskrives: Boles (2015) sin *aphasia couples therapy* (ACT) og Fox et al. (2009) sin *conversational treatment*. Disse er plassert sammen her, fordi de to artiklene beskriver et behandlingsforløp som har store likheter hva gjelder innhold, mål og fremgangsmåter. Det er store likheter når vi undersøker hvilke tidligere studier de to artiklene henviser til, som anfører at de ligner på (Boles; Boles & Lewis, referert i Boles, 2015, s. 219), eller direkte baseres på (Boles; Boles & Lewis, referert i Fox et al., 2009, s. 951). Selv om ikke kategorien *prinsipper* er eksplisitt presentert i de to artiklene/studiene, tolker jeg likevel at det finnes et slags felles prinsipielt rammeverk eller grunnlag for behandlingen, som kommer til syne når jeg kikker på de tidligere studier artiklene viser til og bygger på. Begge artiklene refererer til Boles & Lewis (Boles & Lewis, 2003), hva gjelder *behandling*, slik som behandlingsmetode og behandlingsfokus. Annet kildemateriell for de to studiene har et større fokus på kartlegging av diskurs og/eller samtale og på diskursanalyse (Boles, 1998), og på samtaleanalyse (Boles, 1997). De to artiklene som i denne oppgaven til sammen utgjør kategorien «løsningsorientert samtalebehandling» skiller seg fra hverandre i hva slags kartlegging man benytter for å komme frem til målene behandlingen baseres på, men felles for begge to er at parets behov vektlegges og målene utarbeides sammen med paret, uavhengig av hvilken forutgående kartleggingsmetode eller pre-analyse som benyttes.

Den behandlingen jeg her har kalt løsningsfokuset samtalebehandling baseres i stor grad på tidligere arbeid av Boles og Lewis (2003) som begge artiklene henviser til, og ligner på. Boles & Lewis kaller sin behandling for *solution focused aphasia therapy* (SFAT). Dette er en metode som adresserer kommunikasjonen og interaksjonen, og ikke afasivanskene direkte. Dette fokuset finner vi så absolutt igjen hos Boles (2015, s. 222): «*the emphasis in ACT was on proactive steps to improve communication rather than a focus on repairing breakdowns*». Hensikten er å legge til rette for mer vellykket kommunikasjon. SFAT benytter generelle prinsipper fra *solution focused therapy* (SFT) som innebærer: 1) bestemme hva klientene ønsker, 2) se hva som fungerer og gjøre mer av det, og 3) identifisere hva som ikke fungerer og gjøre det annerledes (Walter & Peller, referert i Boles & Lewis, 2003, s. 154). Disse prinsippene er i tråd med behandlingsmetoden som de to artiklene (Boles, 2015; Fox et al., 2009) fra datagrunnlaget presenterer, og som jeg her felles har kalt for løsningsorientert samtalebehandling.

Behandlingsmålene forhandles frem gjennom dialog med personen med afasi og samtalepartneren i fellesskap, med støtte og veiledning fra logoped (Boles, 2015; Fox et al., 2009). Målet er blant annet å føre personen med afasi nærmere den personen han eller hun kommuniserer med oftest, gjennom samtalen (Boles, 2015). Samtalen brukes altså på en slik måte som vi etter det Armstrong et al. (2017) kan beskrive som et *medium for psykososiale konsekvenser* og har et fokus på at treningen foregår *innenfor en samtalediskurs*. (at samtalen danner sammen for trening/behandling). Målet å forbedre kommunikasjonen dem imellom (Fox et al., 2009), altså er det også et fokus på *samtalediskurs som utfall* (Armstrong et al., 2017).

Behandlingen ble gitt to ganger ukentlig (Boles, 2015; Fox et al., 2009). I intervensjonen gjennomført av Fox et al. (2009) ble behandlingen gitt på syv uker, mens Boles (2015) utførte behandlingen på 20 uker. Begge intervensjonene inkluderte hjemmeoppgaver, som var å sette av tid til å *snakke sammen* i 5-15-minutter én gang om dagen (Boles, 2015; Fox et al., 2009) Behandlingsøktene varte i 60 minutter med serier av 1-3-minutters samtaler (Boles, 2015; Fox et al., 2009). Begge intervensjonsstudiene benyttet videoopptak av parets samtaler før, under og etter behandling, hvor parene blir bedt om å samtale om hva som helst i ti minutter, mens logopeden forlater behandlingsrommet og samtalen deres blir tatt opp på video (Boles, 2015; Fox et al., 2009). Fox et al. (2009) benytter videoklippene for å hovedsakelig sammenligne samtalemønstre før og etter behandling, mens (Boles, 2015) i tillegg analyserer videoklippene ved hjelp av Elan Software, og benytter uformell analyse av klippene i samarbeid med paret for å avdekke aktuelle «variabler» i samtalen. Man diskuterer ytringene fra samtalen, og om disse kan forstås som en *elaborering*, et *spørsmål*, en *respons* på et spørsmål etc. Med utgangspunkt i variablene ble behandlingsmål utarbeidet av paret og logoped i fellesskap før behandlingen startet (Boles, 2015). I intervensjonsstudien av Fox et al. (2009) ble behandlingsmål basert på klinisk observasjon og på hva paret selv hadde trukket frem som betydelige problemer i et semistrukturert intervju før behandling.

Behandlingstimen består, som tidligere nevnt, av serier med 1-3 minutters samtaler. Disse korte samtaler kan handle om hvilket som helst tema (Boles, 2015; Fox et al., 2009) og hver av disse korte samtaler etterfølges av selvrefleksjoner og tilbakemeldinger fra logopeden for å bekrefte vellykket samtaleatferd, eventuelt mangelfull samtaleatferd, med et hovedfokus på behandlingsmålene. Andre problemstillinger eller refleksjoner som dukket opp underveis ble også diskutert, og afasi og parets relasjon ble diskutert gjennom alle behandlingstimer (Boles, 2015; Fox et al., 2009).

5.1.3 Samtalebehandling med interaktiv historiefortelling

Behandlingen som presenteres her benytter interaktiv historiefortelling i dyaden. Under tabellen følger en mer detaljert beskrivelse av metoden.

Tabell 5.3 – Samtalebehandling med interaktiv historiefortelling

Samtalebehandling med interaktiv historiefortelling			
Prinsipper	Mål	Innhold	Fremgangsmåte
«Thinking for speaking». Forteller-grammatikk. Conversation coaching. Transaksjon i historiefortelling.	Personen med afasi skal lettere formidle ny informasjon og forbedre narrativ planlegging og produksjon. Bruke strategier selvstendig. Partner skal være støttende og mottagelig. Å utvikle bevissthet og bruke strategier ved behov	Oppgaver: gjenfortelling av filmklipp (enkel og komplisert narrativ). Paret øver på strategier når personen med afasi forteller historie. Paret ser opptak av egen samtale og diskuterer egen samtale. Hjemmeoppgaver: Satte av tid til å snakke sammen og være bevisst på målatferd.	Personen med afasi får trening av logopeden i å gjenfortelle historier ut fra videoklipp og hendelser (uten partner til stede), med gradvis mindre støtte fra logopeden. Partneren kommer tilbake, skal prøve å oppfatte/motta budskapet som personen med afasi formidler. Oppgaven (målhistorien) blir så avslørt, og paret ser opptak av egen samtale.

(Carragher et al., 2015)

Denne behandlingsmetoden er kun representert av én intervensjonsstudie (Carragher et al., 2015) fra datamaterialet på 15 forskningsartikler. Behandlingen betrakter historiefortelling som diskurs, og den engelske termen for behandlingen i studien er «*Interactive Storytelling Therapy*» (Carragher et al., 2015, s. 1385) som beskrives som en standardisert tilnærming. Studien baseres på tidligere arbeid av Ramsberger & Menn, og Ramsberger & Rende, referert i Carragher et al. (2015, s. 1385), som handler om transaksjoner i historiefortelling. Dette arbeidet er videreført til logopedisk praksis, ved å bruke interaktiv historiefortelling i praktiske øvelser i klinisk behandling. Behandlingen baserer seg på prinsipper fra «*thinking*

for speaking» (Marshall, referert i Carragher et al., 2015, s. 1389), og prinsipper som gjelder for fortellergrammatikk (Rumelhart, referert i Carragher et al., 2015, s. 1389), disse prinsippene gjelder imidlertid bare for personen med afasi. For samtalepartneren baseres behandlingen på «*conversation coaching*» (Carragher et al., 2015, s. 1383).

Målet for behandlingen er at personen med afasi lettere skal formidle ny informasjon ved å bruke strategier selvstendig, som skal føre til at personen kan konstruere en fortelling på en sammenhengende måte. Hensikten med å bruke prinsippet «*thinking for speaking*» er å forbedre narrativ planlegging og produksjon. For samtalepartneren er målet å være mottagelig for det budskapet som partneren med afasi formidler, og mottar veiledning og øvelser i å være støttende i å konstruere historien sammen med personen med afasi.

Før og etter behandlingen, blir parets interaksjon kartlagt. Kartleggingen består av oppgaver med interaktiv historiefortelling, akkurat som i behandlingsøktene. Personen med afasi får se videoklipp i fravær av partneren og skal deretter gjenfortelle hendelsene fra klippene. Ingen instruksjoner blir gitt, og gester, peking, tegning og skriving er tillatt. Partneren får kun vite at personen med afasi har fått sett et filmklipp og at de skal finne ut hva filmklippet handler om. Videoklippene som ble vist under kartlegging var fra Mr. Bean-filmene, og kompleksiteten basertes på kriteriene til Weinrich, McCall, Boser og Virata, referert i Carragher et al. (2015, s. 1387), om det de kaller *enkel narrativ* og en mer *kompleks narrativ*. En enkel narrativ er definert som kun én eller to skuespillere, og én eller to komplikasjoner, og en «løsning». Et komplekst narrativ består av flere enn to skuespillere, fire komplikasjoner, og en løsning. Mr. Bean ble valgt fordi filmene inneholder minimalt med språklig innhold, og filmklippet unngår på den måten å gi språklige hint til personen med afasi. Mr. Bean-filmene var forbeholdt kartleggingsfasen, for lettere å kunne måle om man kunne observere en viss generalisering som følge av behandlingen. Parets interaksjon under kartlegging og behandling ble tatt opp på film.

Videoklippene i selve behandlingen ble valgt fra YouTube, og inneholdt minimalt eller ingen verbalspråk, men skulle være interessante eller morsomme, slik at de var motiverende å jobbe med. Personer som hadde mild grad av afasi ble bedt om å inkludere flere detaljer i fortellingen, mens ved alvorligere grad av afasi krevdes en mer nedstrippet fortellerstruktur. Behandlingen ble gitt ukentlig i seks uker. Øktene varte ca. 1,5 time, hvorav 45 minutter var dedikert til personen med afasi, og de neste 30 minutter var fokusert på samtalepartneren. Resten av tiden ble brukt til å se videoopptak av parets interaksjon, som så ble diskutert.

I den første behandlingstimen ser paret på videoopptak av egen interaksjon (Mr. Bean). Paret oppmuntres til å reflektere over interaksjonen dem imellom for å bli bevisst egen atferd, spesielt over hvilke strategier personen med afasi benytter for å formidle budskap, og over hva slags strategier partneren bruker for å forstå budskapet som formidles av personen med afasi. Konsekvensene av deres spesifikke atferd vektlegges. Logopeden diskuterer sammen med paret hva som eventuelt forårsaker frustrasjon, alternative strategier og hvordan paret kan dele kommunikasjonsbyrden, samt øke effektiviteten i dialogen. Paret ble utfordret til å reflektere utover selve opptaket og over på den dagligdagse samtalen dem imellom.

Individualiserte behandlingsmål ble foreslått i denne første timen basert på kartlegging. Målene fikk korte «kallenavn», slik at de kunne brukes som hint i behandling, f.eks. «*drip drip*» og «*pinpoint*» (Carragher et al., 2015, s. 1388), for å hjelpe paret å huske på målene og for å støtte diskusjonen av spesifikke strategier videre i behandlingen.

De siste fem behandlingsøktene starter med at personen med afasi får se et YouTube-klipp uten at samtalepartneren er tilstede. Logopeden hjelper personen med afasi til å dele narrativet i hoveddelene *innledning*, *midtdel* og *avslutning*, eventuelt en introduksjon til scenarioet eller f.eks. stemningen i historien. Logopeden skriver ned ord og setninger som personen med afasi sier, eller tegner ved gester. Logopeden lager altså en visuell logg som fungerer som et slags anker, og bidrar til å overvåke progresjonen etterhvert som fortellingen konstrueres, samtidig som personen med afasi øver på fortellerstrategier.

Før samtalepartneren kommer tilbake, skal personen med afasi ha fortalt historien tre ganger med gradvis mindre støtte fra logoped. Den første gangen forteller personen med afasi historien med maksimal støtte fra logoped, som noterte ned og førte visuell logg med nøkkelord, setninger og tegninger. Den andre gangen ble personen med afasi hintet til å selv bruke visuell logg for å konstruere fortellingen, med moderat støtte fra logoped i form av påminnelser av strategier. Den tredje gangen ble den visuelle loggen fjernet, og personen med afasi ble oppfordret til å fortelle historien selvstendig, mens logoped bare ga tilbakemeldinger eller oppklarende spørsmål ved behov.

Samtalepartneren tok omsider del i, og ble hovedfokuset i behandlingen. Logoped minnet samtalepartneren på behandlingsmålene, men deltok ikke i samtalen om det ikke var helt nødvendig, og hjalp eventuelt kun med små hint hvis det var behov. Paret diskuterte videoklippet som personen med afasi hadde sett, og ble filmet for etterfølgende refleksjoner.

Til slutt, når paret hadde diskutert ferdig historien, fikk samtalepartneren se YouTube-klippet. Deretter så paret på videoopptak av samtalen som nettopp hadde vært, slik at begge fikk muligheten til å evaluere de strategiene de hadde brukt i oppgaven mens erfaringen fortsatt var fersk, og for å diskutere behandlingsmålene og strategiene. Personen med afasi og samtalepartneren fikk også hjemmeoppgaver, de skulle sette av tid til å snakke sammen og bruke målatferd i hverdagssamtalen og så skulle de reflektere over om strategiene er nyttige.

5.1.4 Læringsorientert samtalebehandling

Behandlingen som beskrives her baseres på læringsorienterte prinsipper. Denne behandlingen gis både til dyader alene, kombinert med gruppebehandling med flere dyader. Under tabellen følger en mer detaljert beskrivelse av metoden.

Tabell 5.4 – Læringsorientert samtalebehandling

Læringsorientert samtalebehandling			
Prinsipper	Mål	Innhold	Fremgangsmåte
Kolb's erfaringsbaserte læringssirkel. «adult learning» Støttet samtale for voksne med afasi (SCA)	Øke kunnskap og ferdigheter hos samtalepartner. Sosial deltagelse, og muligheter for genuine samtaler for personen med afasi.	Evaluere egen samtale i intervju og spørreskjema. Diskusjoner om afasi og samtale. Øvelser av strategier i samtale med partner. Se video av egen samtale.	Først tre økter med par alene. Evaluere/reflektere over samtalen. Fire gruppetimer (info/diskusjon om afasi, samtalen, roller). Parene øver på samtalestrategier. Til slutt evaluerende time.

(Sorin-Peters & Patterson, 2014)

Behandlingen som beskrives her er representert av bare én intervensjonsstudie (Sorin-Peters & Patterson, 2014) fra datamaterialet på 15 artikler. Forskningsartikkelen presenterer en

behandling som bygger på et behandlingsprogram skissert i en tidligere studie av (Sorin-Peters, 2004) som er basert på læringsteori. Forskjellen er at behandlingen som er beskrevet her (Sorin-Peters & Patterson, 2014) er modifisert og tilpasset for å gis til par individuelt og i en gruppe med flere par.

Denne behandlingen baseres på prinsipper for pedagogiske prinsipper for arbeid med voksne («*adult learning*»), som i denne sammenheng defineres som den prosessen mennesker går igjennom ved å forsøke å endre eller øke kunnskap, verdier, ferdigheter eller atferd ved å oppleve/prøve nye erfaringer (Brundage & MacKeracher, referert i Sorin-Peters & Patterson, 2014, s. 733). Pedagogiske prinsipper for arbeid med voksne er eksplisitt og systematisk integrert i programmet, og alle timene følger Kolb sin erfaringsbaserte sirkulære modell. Denne modellen beskrives som en erfaringsbasert modell som illustrer en syklisk prosess som involverer elementene *konkret erfaring, reflekterende observasjon, abstrakt konseptualisering og aktiv eksperimentering* (Kolb, referert i Sorin-Peters & Patterson, 2014, s. 733). I tillegg fungerer A-FROM som konseptuelt rammeverk for behandlingen (Kagan et al., referert i Sorin-Peters & Patterson, 2014, s. 733). Strategiene baseres i stor grad på *supportive conversation for adults with aphasia* (SCA) (Kagan, referert i Sorin-Peters & Patterson, 2014, s. 738), som på norsk er kjent som *støttet samtale for voksne med afasi* (SSA) (Corneliussen et al., 2014, s. 66), som ble benyttet ved både individuelle timer med paret alene, og i gruppetimene med flere par sammen. Det ble benyttet nøkkelord, gester, bildemateriell, og i tillegg ble det vist eksempler av støttende kommunikasjonsstrategier, både i form av demonstrasjoner og ved bruk av video (Sorin-Peters & Patterson, 2014).

Målet med denne behandlingen kan relateres til flere av A-FROM-modellens domener. Behandlingen skal følge Sorin-Peters og Patterson (2014) forbedre holdningen, kunnskapen og ferdighetene til samtalepartneren, altså rettes behandlingen mot *kommunikasjons- og språkmiljøet* til personen med afasi. Behandlingen skal også muliggjøre reelle samtaler og kan derfor relateres til A-FROM-modellens domene som omhandler *deltagelse i livssituasjoner*. Hensikten er å øke trivselen og livskvaliteten til personen med afasi, assosiert med domenet om *personlige faktorer*. Dette er i tråd med ideen om å bruke *samtalediskurs som medium for å håndtere psykososiale konsekvenser* ved afasi (Armstrong et al., 2017).

Innholdet i denne behandlingen følger et stegvis program som inkluderer både individuell og gruppebehandling. Totalt skisserer studien åtte behandlingstimer. Fire behandlingstimer er individuelle timer med personen med afasi og den primære samtalepartneren, og fire timer

gis til parene i gruppe sammen med andre par. Behandlingstimen varte i to timer med 15-minutters pause. I tråd med Kolb sin erfaringsbaserte læringssirkel referert i Sorin-Peters og Patterson (2014, s. 738) ble deltagerne oppfordret til å bygge videre på konkrete erfaringer, reflektere over sine felles kommunikasjons erfaringer, utvikle konsepter om felles effektiv kommunikasjon, og i samarbeid med logopeden bestemme måter å bruke strategiene på.

Før behandlingen startet ble informasjon om kommunikasjonsferdighetene og deres støttende kommunikasjonsstrategier innhentet fra standardisert og ikke-standardisert kartlegging og hentet fra dyadens journalnotater eller rapporter («*in their files*») som forsker fikk bekreftet og diskutert med brukernes logopeder (Sorin-Peters & Patterson, 2014, s. 737). Denne informasjonen ble brukt som utgangspunkt for anbefalinger av samtalestøtte individualisert for hvert par. Før behandlingen startet ble det også ordnet med hjelpemidler for parene, en slags *verktøykasse* som inneholdt: en tavle, tusj, svamp, kart, tall, kalender og samtaletema. En liste med familiære (kjente, relevante) navn ble lagt til i verktøykassa etter første time. Behandlingsprogrammet fulgte en stegvis plan med variert innhold.

I de to første behandlingstimen deltok hvert par alene, og ikke i gruppe med andre par. Ved disse timene fikk paret mulighet til å fortelle sin unike historie om da hjerneslaget rammet («*tell their stroke story*») til logopeden (Sorin-Peters & Patterson, 2014, s. 738). Behandlingen inkluderer altså et narrativt perspektivet (Armstrong et al., 2017). Paret ble også bedt om å besvare, hver for seg, intervju spørsmål for par, spørreskjema for par og «*reflective learning questions*» fra verktøyet: *Family intervention for chronic aphasia* (FICA) (Sorin-Peters & Patterson, 2014, s. 737). Personen med afasi fikk formidlet sine svar ved hjelp av støttende kommunikasjonsmidler/strategier. Paret skulle rangere egen kommunikasjon, og denne informasjonen ble deretter delt med paret og diskutert i fellesskap.

Den tredje behandlingstimen var også en individuell time med enkeltpar. Her ble resultatene og informasjonen fra forrige timer summert og ytterligere diskutert med paret. Paret ble filmet under samtale, slik at de skulle få se videoklipp av sin egen samtale, og deretter oppfordret til å rangere egen samtale ved bruk av retningslinjer fra verktøyet: *Measure of Skill in Supported Conversation* (MSC) og *Measure of Participation in Conversation* (MPC) (Kagan et al., Sorin-Peters & Patterson, 2014, s. 735). Individuelle mål ble etterhvert utviklet for hvert par og nedskrevet på en afasivennlig måte. Behandlingstimen inkluderte også samtaleøvelser der logopeden demonstrerte og veiledet samtalepartneren i bruk av individualiserte samtalestrategier, som er et eksempel på at behandlingsprogrammet har et

fokus på samtalediskurs (Armstrong et al., 2017). Behandlingsmål og kommunikasjonsstrategier ble skrevet ned og lagt i parets personlige «verktøykasse».

De neste fire behandlingsøktene er med flere par sammen og foregår i stor grad *innenfor en samtalediskurs* (Armstrong et al., 2017). Følgende temaer ble diskutert i gruppetimene: afasi og kommunikasjonskompetanse, vanlige kommunikasjonsvansker etter hjerneslag og hvordan disse påvirker sosial deltagelse, deltagernes læringsstil og hvordan læringsstiler påvirker parets kommunikasjon, og hvordan håndtere ulike læringsstiler, samt ektefellens eller partners nye rolle i samtalen, og strategier for støttet samtale for personer med afasi (Kagan, referert i Sorin-Peters & Patterson, 2014, s. 738). Afasivennlige hjelpemidler ble benyttet i gruppetimene (tavle, nøkkelord, gester, piktografier). Det ble også vist video av, og demonstrasjoner av strategier for støttet samtale. Parene øvde på individualiserte strategier for støttet samtale i andre halvdel av timene med veiledning og tilbakemeldinger fra logopeden som styrket samtalepartneren i vellykket bruk av strategier i tråd med prinsippene fra Kolb sin sirkulære erfaringsmodell, referert i Sorin-Peters og Patterson (2014, s. 738). Etersom progresjonen økte i gruppetimene; minsket støtten fra logopeden.

Den siste behandlingstimen avsluttes med enkeltpar, og ikke i gruppe. I denne timen skal parene på nytt rangere kommunikasjonen seg imellom ved å besvare intervju, spørreskjema og de reflekterende læringsspørsmålene fra FICA slik de gjorde i de to første timene, først separat, og så delt i felleskap. Parets samtale ble også på nytt filmet, og endringer i kommunikasjonen/samtalen ble diskutert. Siste timen inkluderte også å lage langsiktige mål for hvert par.

5.1.5 Kommunikasjonsbehandling for personer med alvorlig afasi og partnere

Behandlingsprogrammet som beskrives her er en form for kommunikasjonsbehandling for personer med alvorlig afasi og deres primære samtalepartnere. Under tabellen følger en mer detaljert beskrivelse av metoden.

Tabell 5.5 – Kommunikasjonsbehandling for personer med alvorlig afasi og partnere

Kommunikasjonsbehandling for personer med alvorlig afasi og partnere			
Prinsipper	Mål	Innhold	Fremgangsmåte
<i>(kan relateres til flere)</i>	Funksjonell Kommunikasjon. Større innsikt og gjensidig forståelse. Gjøre personen med afasi bedre rustet til å formidle hverdagslige beskjeder. Partner skal være støttende og mottagelig.	Oppgaver: gjenfortelling av bilder (objekter, situasjoner) og ekte nyheter eller hendelser. Paret praktiserer strategier i diskurs med hverandre.	Logopeden presenterer oppgaver til personen med afasi, i fravær av samtalepartner, og skal gjenfortelle oppgaven til partneren sin. Partneren støtter og tar imot budskapet. Nivåbasert med økende vanskelighetsgrad.

(Nykanen et al., 2013)

Behandlingsmetoden som beskrives her er representert av kun én forskningsartikkel fra datautvalget. Forskningsartikkelen av Nykanen et al. (2013) rapporterer en finsk intervensjonsstudie som presenterer det de beskrives som en ny behandlingsmetode for personer med *alvorlig afasi* og deres samtalepartnere, og er den eneste i datautvalget mitt som er tilpasset alvorlig grad av afasi. Behandlingen hevdes å være utviklet av førsteforfatteren i studien (Nykanen et al., 2013). Det nevnes ikke eksplisitt om behandlingen bygger på andre metoder, eller eventuelt hva det prinsipielle grunnlaget for behandlingen baseres på. Dog skisseres eksplisitt flere likhetstrekk med andre metoder de nevner (CA, PACE, conversation coaching, SCA) og derfor kan det prinsipielle rammeverket for behandlingsmetoden relateres til noen av disse, men samtidig beskrives ulikhetene. Tilsynelatende kan det virke som om metoden er inspirert av en variasjon av tidligere metoder, men med justeringer. Det finske navnet på metoden er: *afasian paripuheterapia* (APPUTE) og er oversatt til engelsk: *communication therapy for people with aphasia and their partners* (Nykanen et al., 2013).

Behandlingen tar sikte på å bedre funksjonell kommunikasjon, og å øke den gjensidige forståelsen i dyaden ved å bevisstgjøre hverandres behov i kommunikasjonen «*both parties have their particular roles and understand the needs of the other party*» (Nykanen et al., 2013, s. 1161). Både personen med afasi og den primære samtalepartneren har et ansvar og hver sin rolle i kommunikasjonen. Det er personen med afasi som har den aktive rollen, mens samtalepartneren skal støtte og ta imot det budskapet som blir formidlet. Målet er å gjøre personen med afasi bedre rustet til å formidle hverdagslige beskjeder og/eller muligens mer kompliserte beskjeder. Ved å praktisere ulike strategier er målet å bedre den funksjonelle kommunikasjonen. Øvelsene foregår gjennom et strukturert program under tett veiledning av logoped. Hensikten er ikke å kopiere eller å matche bilder, men å lære nye måter å formidle budskap på, selv om man står uten penn og papir. Behandlingen skiller seg ut fra de andre fire fra datagrunnlaget ved at den er spesifikt tilsiktet mennesker med *alvorlig grad av afasi*, som i denne studien defineres som maksimum fem korrekte objekter på sub-testen *Object naming* i Western Aphasia Battery (WAB) (Kertesz referert i Nykanen et al., 2013, s. 1162).

Behandlingsprogrammet er også den eneste i datamaterialet som presenterer et intensivt behandlingsprogram, med to 14-dagers perioder med en times behandling hver ukedag, 20 timer totalt. Det intensive formatet begrunnes av praktiske årsaker som at deltagerne i intervensjonen kom fra over hele Finland, og ikke eksplisitt av «effekt»-grunner, selv om det kan være en årsak.

I denne behandlingsmetoden så er det personen med afasi som er ledende deltager, men både personen med afasi og partneren deltar aktivt i kommunikasjonen og har begge et ansvar for en vellykket kommunikasjon, dog med ulike roller. Logopeden gir personen med afasi i oppgave å beskrive eller gjenfortelle objekter eller situasjoner til partneren. Logopeden presenterer oppgaver til personen med afasi, mens partneren er ute av rommet. Personen med afasi initierer kommunikasjonen, og har et hovedansvar i sine forsøk på å formidle budskapet, og mottar veiledning fra logopeden i å formidle budskapet del-for-del i en logisk rekkefølge, mens samtalepartnerne mottar veiledning i å tolke informasjonen, bekrefte mottatt budskap eller hjelpe personen med afasi ved vanskeligheter. Logopeden veileder paret mens de gjør ulike kommunikasjonsoppgaver, men deltar ikke i deres diskusjon. Personen med afasi mottar veiledning i hvordan formidle innholdet, ved å for eksempel bruke ulike uttryksmåter som stemmeleie, peking, gester, tegning, og i hvordan respondere på partnerens spørsmål (mest ja og nei), som er egenskaper ved kommunikasjonen som dyaden jobber med, altså er det et fokus på *samtalediskurs* (Armstrong et al., 2017) ved at dyader jobber med konkrete

samtaleegenskaper for en mer funksjonell samtale. Samtalepartneren på sin side blir oppfordret til å stille spørsmål for å forstå budskapet, og å være oppmerksom på ansiktsuttrykk, gester og kroppsspråket ellers som personen med afasi uttrykker.

Behandlingsprogrammet består av tre nivåer bestående av kommunikasjonsoppgaver med gradvis økende vanskelighetsgrad. Logopeden beskriver innholdet verbalt og forsikrer seg om at oppgavene er forstått før personen med afasi skal gjenfortelle innholdet til partneren.

Nivå 1 er delt inn i undernivåene A og B. Her presenteres bilder av objekter og aktiviteter. A-bildene viser enkle objekter som for eksempel en *børste, nøkkelring, klokke, telefon* etc. Mens B-bildene viser enkle aktiviteter som for eksempel *påkledning, stupe, smile, gråte, skrive* etc.

Nivå 2 er også delt inn i undernivåene A og B. Her presenteres situasjonsbilder. A-bildene viser enklere situasjoner som for eksempel å *bygge et hus, flytte ting inn fra flyttebil* etc. B-bildene viser mer krevende situasjoner som for eksempel *butikktyveri, rettsak* etc.

Nivå 3 er mer avansert og logopeden presenterer ikke lenger bilder, men hendelser fra nyhetene. Den verbale oppgaven på nivå 3 er ikke planlagt på forhånd, men selektert ut fra siste nytt. Deltagernes erfaringer og interesser tas med i betraktning når logopeden skal velge hvilken hendelse som skal presenteres for dyaden. Målet er at kommunikasjonspartneren kan benytte egen kunnskap om kontekst og knytte mulige temaer til det, som kan skje i vanlige hverdagslige samtaler. I begynnelsen på nivå 3, skal tematikk som lett gjenkjennes velges.

Ved bildeoppgavene har ikke personen med afasi lov til å tegne eller bruke bilder som bistand, bortsett fra å tegne med finger på bordet etc. Partneren derimot har lov til å tegne for å støtte forståelse om nødvendig. På tredje nivå er imidlertid tegning oppfordret. Når paret har lært å formidle beskjeder på en effektiv måte, går de videre til neste nivå. Hvis dyaden ikke klarer å løse oppgavene på det neste nivået, selv etter hjelp fra logoped, fortsetter de på nivået under. Hver oppgave etterfølges av en gjennomgang av samtalen med begge parter tilstede. Først blir oppgaven avslørt for samtalepartneren, og så blir personen med afasi veiledet i å fortelle om én ting om gangen, for eksempel ved å innlede hovedpoenget først og så gradvis lede partneren til situasjonen eller historien. Partneren blir på sin side oppfordret til å spørre om én ting om gangen og innhente nok informasjon til å skjønne hva det dreier seg om, og til repetere poengene som allerede er forstått. Det er her et fokus på samtalediskursens, men ikke innenfor en samtalesituasjon. Når logopedet vet hva som skal

kommuniseres av personen med afasi, kan logopeden lettere gjenkjenne fallgruvene i kommunikasjonen og hjelpe paret å finne funksjonelle løsninger.

5.2 Del 2: Sentrale trekk ved samtalebehandlingene

I denne delen av kapittelet skal jeg belyse oppgavens andre problemstilling: *Hva kan beskrives som sentrale trekk innenfor logopedisk samtalebehandling for personer med afasi og deres primære samtalepartnere fra den empiriske forskningen det siste tiåret?* Jeg har allerede beskrevet fem forskjellige metoder enkeltvis, men skal nå belyse noen sentrale trekk ved logopedisk samtalebehandling for personer med afasi og deres primære samtalepartnere, på tvers av behandlingene. Jeg vil fremdeles bruke de samme fire kategoriene (*prinsipper, mål, innhold og fremgangsmåte*), og de fem behandlingsmetodene som utgangspunkt. På hvilken måte dette er gjort vil forklares nærmere under de aktuelle punktene.

En oversikt over innholdet i denne delen (del 2):

- Oversikt over sentrale trekk ved samtalebehandlingene
 - Tabell 5.6 – «sentrale trekk»
 - Tabell 5.7 – oppsummering «sentrale trekk»
- Økt innsikt, kunnskap og gjensidig forståelse
 - Tabell 5.8 – virkemidler for å oppnå økt innsikt, kunnskap og gjensidig forståelse
 - Tabell 5.9 – oppsummering av virkemidler for å oppnå økt innsikt, kunnskap og gjensidig forståelse
- Øvelser i praktiske diskurs- og samtalesituasjoner
 - Tabell 5.10 – oversikt over strategier og målatferd i behandlingene

5.2.1 Oversikt over sentrale trekk ved samtalebehandlingene

I dette avsnittet presenteres en oversikt over noen sentrale trekk ved logopedisk samtalebehandling for personer med afasi og deres primære samtalepartnere. Tabellen 5.6 nedenfor inneholder informasjon hentet fra studiene som beskriver de fem formene for

logopedisk samtalebehandling for dyader som er beskrevet i del 1. Informasjonen er plassert innunder de fire overordnede kategoriene (prinsipper, mål, innhold og fremgangsmåte) som er brukt konsekvent i oppgaven. Tallene helt til venstre i tabellen (1-4) representerer disse kategoriene, og heltrukket linje i tabellen markerer et skille mellom kategoriene, mens de prikkete linje markerer sub-kategoriene innenfor kategoriene.

Tabell 5.6 – Innholdsanalyse – sentrale trekk

	Kondenserte betydningsenheter	Sub-kategorier
1	Fortellergrammatiske prinsipper. Kommunikasjonstransaksjon i historiefortelling. «Thinking for speaking». Samtaleanalyse	Lingvistiske prinsipper
	Kolb sin erfaringsbaserte læringssirkel	Læringsteoretisk prinsipper
	Voksenlæring (« <i>adult learning</i> ») ²	
	Veiledet samtale (« <i>conversation coaching</i> »)	Råd-/veilednings prinsipper
	Støttet samtale for voksne med afasi (SCA)	
2	Endre samtaleatferd i dyaden som forstyrrer samtaleflyten, og bedre den hverdagslige samtalen. Muliggjøre for genuine samtaler for personer med afasi. Forbedre kommunikasjonen. Personen med afasi skal lettere formidle ny informasjon. Forbedre narrativ planlegging og produksjon. Bruke strategier selvstendig. Funksjonell kommunikasjon. Gjøre personen med afasi bedre rustet til å formidle hverdagslige beskjeder	Forbedre den dagligdagse samtalen og kommunikasjonen
	Økt innsikt og kunnskap om afasi og samtale/Gjensidig forståelse/Å utvikle bevissthet og velge strategier ved behov/ Øke kunnskap og ferdigheter hos samtalepartner/Føre paret nærmere hverandre/Større innsikt og gjensidig forståelse	Økt innsikt/kunnskap og gjensidig forståelse
	Støttende partner/Støttende og mottagelig samtaleatferd hos samtalepartner/Partner skal være støttende og mottagelig	Støttende samtalepartner
	Sosial deltagelse for personen med afasi	Sosial deltagelse
3	Øve på selvvalgte strategier/Rollespill med samtaleøvelser Diskusjoner og refleksjoner/Naturlige samtaler/ Hjemmeoppgaver: snakke sammen/Oppgaver: gjenfortelling av filmklipp (enkel og komplisert narrativ)/Paret øver på strategier når personen med afasi forteller historie/Oppgaver: gjenfortelling av bilder (objekter, situasjoner) og ekte nyheter eller	Øvelser i praktiske diskurs- og samtalsituasjoner

	hendelser/Paret praktiserer strategier i diskurs med hverandre/Diskusjoner om afasi og samtale/ Øvelser av strategier i samtale med partner	
	Videoklipp av egne og andre samtaler/Paret ser opptak av egen samtale og diskuterer egen samtale/Se video av egen samtale/ Behandlingsmål vektlegges og lages i samarbeid med paret og logoped/Informasjon om afasi og samtale/Evaluere egen samtale i intervju, spørreskjema/tilbakemeldinger fra logoped på samtale/refleksjoner over egen samtaleatferd/Diskusjoner og informasjon om afasi, samtale, rolle og læringsstiler i gruppe.	Selvevaluering, selvrefleksjon og bevisstgjøring.
4	Tre faser: bevisstgjøring, strategier, praktiske øvelser, paret deltar i rollespill og øvelser sammen/Timene består av serier med 1-3 minutters naturlige samtaler etterfulgt av refleksjoner, med fokus på å øve på bestemte behandlingsmål/Først tre økter med par alene som evaluerer/reflekterer over egen samtale, fire gruppetimer (info, diskusjon om afasi, samtale, roller). Parene øver på samtalestrategier, til slutt evaluerende time.	Dyaden inngår i samtalen sammen (mer « <i>toveis</i> »-diskurs)
	Personen med afasi får trening av logopeden i å gjenfortelle historier fra videoklipp og hendelser i fravær av partner, med gradvis mindre støtte fra logopeden. Partner kommer tilbake, og tar imot budskapet som personen med afasi forteller. Oppgaven blir avslørt og paret ser opptak av egen samtale. Logopeden presenterer oppgaver til personen med afasi, i fravær av samtalepartner, og skal gjenfortelle oppgaven til partneren sin. Partneren støtter og tar imot budskapet.	Personen med afasi «forteller» til partner, samtalepartneren støtter/ tar imot budskapet (mer « <i>enveis</i> » diskurs)

I tabellen 5.7 som vises nedenfor oppsummeres sub-kategoriene fra forrige tabell (tabell 5.6). I begge tabellene (5.6 og 5.7) plasseres sub-kategoriene innunder de fire overordnede kategoriene. Disse sub-kategoriene er de jeg videre henviser til som «kjennetegn» eller «sentrale trekk». Imidlertid kan vi se fra tabellen 5.6 at det er noen «trekk» som er mer dominerende enn andre. Oppsummeringen i tabell 5.7 bør derfor sees i sammenheng med tabell 5.6 for en oversikt over trekkene som er de mest sentrale.

Tabell 5.7 – Oppsummering «sentrale trekk»

Tema	Logopedisk samtalebehandling for personer med afasi og deres partnere			
Kategorier	Prinsipper	Mål	Innhold	Fremgangsmåte
<i>Sub-kategorier</i>	<i>Lingvistiske Prinsipper. Lærings-teoretiske Prinsipper. Rådgivnings-/veilednings-prinsipper</i>	<i>Forbedre den dagligdagse samtalen og kommunikasjonen/ Økt innsikt, kunnskap og gjensidig forståelse /Støttende Samtalepartner/ Sosial deltagelse</i>	<i>Øvelser i praktiske diskurs- og samtale-situasjoner/ Selv-evaluering, refleksjoner og bevisstgjøring.</i>	<i>Dyaden inngår i samtalen sammen (mer «toveis» diskurs)/ Personen med afasi «forteller» til partner, mens samtalepartnern støtter og tar imot budskapet (mer «enveis» diskurs)</i>

Ut ifra tabellene 5.6 og 5.7 kan vi se at målene om å «forbedre den dagligdagse samtalen og kommunikasjonen», og «økt innsikt, kunnskap og gjensidig forståelse», og at innholdet «øvelser i praktiske diskurs- og samtalsituasjoner» og «selvevaluering, refleksjoner og bevisstgjøring» er dominerende og sentrale trekk, og dette er noe som vektlegges i samtlige av behandlingene. Disse to målene og de to «trekkene» fra «innholds»-kategorien kan videre sees i sammenheng. Målet «økt innsikt, kunnskap og gjensidig forståelse» relateres til det som finnes i innholdet «selvevaluering, refleksjoner og bevisstgjøring», og målet om å «forbedre den hverdagslige samtalen og kommunikasjonen» kan linkes til det som finnes i innholdet «øvelser i praktiske diskurs- og samtalsituasjoner». Med andre ord, så kan det tolkes slik at det benyttes øvelser i praktiske diskurs- og samtalsituasjoner for å oppnå målet om å forbedre den hverdagslige samtalen og kommunikasjonen, og for å oppnå økt innsikt, kunnskap og gjensidig forståelse så skal dyaden evaluere egen samtale, reflektere og bevisstgjøres i behandlingen.

Videre i oppgaven skal jeg analysere nærmere målet om «økt innsikt, kunnskap og gjensidig forståelse» og hva som gjøres mer konkret for å oppnå dette. Deretter skal jeg presentere hva slags «øvelser i praktiske diskurs- og samtalsituasjoner» det er snakk om. Dette er både sentrale trekk og interessant for den praktiske delen av logopedisk samtalebehandling. Jeg vil derfor se på hva disse sub-kategoriene innebærer mer konkret, og hva man egentlig gjør i praksis.

5.2.2 Økt innsikt, kunnskap og gjensidig forståelse

Økt innsikt, kunnskap og gjensidig forståelse er et sentralt trekk ved logopedisk samtalebehandling for personer med afasi og deres primære samtalepartnere. Og i tabellen 5.8 som presenteres nedenfor skal jeg undersøke hva som gjøres for å oppnå dette målet, eller hva som kan relateres til dette. I denne tabellen representere tallene helt til venstre (1-5) de fem behandlingsmetodene beskrevet i del 1. Her er det en «sub-kategori» som analyseres, og innholdet relatert til denne er hentet fra datagrunnlaget mitt som beskriver de fem behandlingene. I tabell 5.8 markerer heltrukket linje et skille mellom de fem behandlingene.

Tabell 5.8 – Virkemidler for å oppnå innsikt, kunnskap og gjensidig forståelse i behandling

	Kondenserte betydningsenheter (oversatt fra engelsk)	Sub-kategori
1	Informasjon/diskusjon om afasi. Informasjon om typiske samtalemønstre ved afasi. Informasjon/diskusjon om turveksling, sekvenser, reparasjoner og samtalebrudd, barrierer og fasilitatorer, og samtaleflyt i samtalen. Informasjonsskriv om afasi.	Informasjon om afasi og samtale
	Reflektere over egen samtale på film. Se på videoopptak med fokus på å øke innsikt over nøkkelegenskaper i interaksjonen, og identifisere hva som kunne gjort annerledes. Se på videoopptak øyeblikkelig etter samtale for refleksjon, og tilbakemeldinger på konsekvensene av samtaleatferd. Se video av andre par med afasi. Se video av ulike måter å stille spørsmål på og hva slags virkning de har på personen med afasi.	Observere samtaleatferd på video
	Diskusjoner med logoped. Samtaleøvelser med tilbakemeldinger fra logoped om strategibruk.	Tilbakemelding og diskusjon
2	Hver samtale ble etterfulgt av diskusjoner med selvrefleksjoner og tilbakemeldinger fra logoped, med særlig fokus på behandlingsmål Logopeden avbryter for å poengtere vellykket (eller mangel på) «alignment», for å sikre felles forståelse/tema i samtalen.	Tilbakemelding og diskusjon
	Paret svarer på spørsmål om tilfredshet ved ulike aspekter i samtalen dem imellom	Evaluerer egen samtale
3	Reflektere over videoopptak av egen historiefortelling for å øke bevissthet rundt ulike strategier og valg i interaksjonen. Se videoopptak for å skape diskusjon om konsekvensene av spesifikk atferd.	Observere samtaleatferd på video
	Logopeden avbryter om nødvendig med tilbakemeldinger når paret diskuterte fortellingen/historien	Tilbakemelding og diskusjon

4	Rangere egen kommunikasjon (FICA intervju og spørreskjema). Paret forteller om seg selv «tell their stroke story», og diskuterer i fellesskap. Paret observerer egen samtale på film, og rangerer egen samtale på video ved hjelp av retningslinjer fra MSC og MPC.	Evaluere egen samtale/ Observere samtaleatferd på video
	Diskusjonstema i gruppe: afasi og kommunikasjonskompetanse, vanlige kommunikasjonsvansker etter slag, læringsstiler og innvirkning på parets kommunikasjon, ektefellenes nye roller i samtale og støttende strategier. Viser demonstrasjoner og videoeksemplere av støttende samtalestrategier	Informasjon om afasi og samtale
	Tilbakemelding fra logoped ved praktisering av strategier, reflektere over egne kommunikasjons erfaringer med hverandre. Logoped styrker parters vellykkede bruk av kommunikasjonsstrategier.	Tilbakemelding og diskusjon
5	Øve på strategier med tilbakemelding og veiledning fra logopeden. Oppgaven blir avslørt, og strategier blir diskutert med begge tilstede	Tilbakemelding og diskusjon

Tabell 5.9 – Oppsummering over virkemidler for å oppnå økt innsikt, kunnskap og gjensidig forståelse

Økt innsikt, kunnskap og gjensidig forståelse			
Informasjon om afasi og samtale	Observere samtale- atferd på video	Tilbakemelding fra logoped og diskusjon	Evaluere egen samtale

Fire virkemidler for å øke innsikt, kunnskap og forståelse ble identifisert, og er presentert i tabell 5.9.

5.2.3 Øvelser i praktiske diskurs- og samtalesituasjoner

Øvelser i praktiske diskurs- og samtalesituasjoner er et sentralt trekk ved logopedisk samtalebehandling for personer med afasi og deres partnere. Her skal vi se nærmere på hva slags øvelser dette faktisk er, og hva som konkret gjøres. Nedenfor vises en tabell med konkrete strategier og målatferd som brukes som praktiske arbeidsredskaper i behandling. I noen av behandlingene jobbes det eksplisitt med strategier, mens andre behandlinger er mer rettet mot en type målatferd hvor logopeden påminner dyaden behandlingsmålene. Noen artikler fra datagrunnlaget er mer detaljerte i beskrivelsene av hvilke strategier eller målatferd som brukes i behandling, og i tillegg er strategiene eller målatferden som beskrives ofte tilpasset deltagerne med afasi. Derfor vil ikke strategiene eller målatferden nødvendigvis

være representative som generelle for behandlingsmetodene eller favne alt som brukes av strategier innenfor disse, men kan likevel være nyttige som en oversikt, og oversikten kan fungere som en pekepinn på hva slags metoder eller fokus de ulike behandlingene har. Vi kan for eksempel se i tabellen at behandling nummer 3 og 5, som begge er behandlinger der personen med afasi er «forteller» bruker strategier som i større grad handler om å trene på å forbedre fortellerstrukturen enn i de behandlingene som i større grad vektlegger interaksjonen i dyaden.

Denne tabellen lister opp og gir en oversikt over strategier og målatferd, men analyserer ikke innholdet ytterligere. Jeg velger heller her å la strategiene og målatferden stå oppført i en enkel liste fordi informasjonen er interessant slik den er. Strategiene og målatferden plasseres i de fem behandlingene de er hentet fra, slik at man kan se hvilke behandlingsmetoder som har beskrevet de ulike strategiene eller målatferden.

Tallene 1-5 helt til venstre i tabellen henviser til de fem behandlingsmetodene, og bokstavene *a, b, c* henviser til *hvem* strategiene eller målatferden er rettet mot: a) er rettet mot personen med afasi, b) er rettet mot primær samtalepartner, og c) er rettet mot begge i paret. Heltrukket linje skiller de fem behandlingene, mens prikkete linje skiller hvem strategiene eller målatferden er rettet mot innenfor de fem behandlingene.

Tabell 5.10 – Oversikt over strategier og målatferd i behandlingene

1	Bruke nøkkelord, tegne, skrive, mime i samtalen.
a	Multimodale samtaler (kombinere gester, talespråk, tegne/skrive). Bruke enkle nøkkelord, hint, gester, skriving, tegning i turtaking. Bruke verbal eller ikke-verbal atferd for å signalisere fortsettelse i samtalen. Bruke nøkkelord for å identifisere tema. Øke fleksibiliteten til å endre modaliteter (eks. Fra tale til skriftspråk). Be om assistanse ved samtalebrudd/vanskeligheter (si fra/be om «hjelp»).
b	Øve på å ta en aktiv rolle (tilføre nye ting i samtalen, korrigere samtalepartneren).
	Skrive logg over suksess i samtalen ved utprøving av strategier. Støtte/akseptere skriftspråket og andre modaliteter i samtale. Ta mindre «lærer-rollen» i samtalen (ikke stille masse spørsmål, men gi mer rom og muligheter for personen med afasi til å delta i samtalen). Fortsette samtalen når budskapet er forstått (trenger ikke være perfekt).

	<p>Redusere/unngå test-spørsmål (ikke stille spørsmål når man vet svaret)</p> <p>Redusere korrigering og hinting.</p> <p>La samtalen fortsette (for å få ytterligere ledetråder, og la person m/afasi bruke strategier).</p> <p>Bruke kommentarer eller påstander for å starte eller endre et tema.</p> <p>Bruke brede gjetninger (ikke altfor detaljfokusert).</p> <p>Bruke åpne spørsmål.</p> <p>Parafasere eller repetere ytringen/turtakingen til personen med afasi.</p> <p>Bruke minimale turer i form av <i>continuers</i> som «mm hm».</p>
2	<p>Si fra ved vanskeligheter som «jeg forsto ikke» «gi meg et minutt».</p>
a	<p>Stille flere spørsmål til partner (inkludere partner, ikke holde monologer).</p> <p>Senke tempoet på taleflyten (bedre tid til å tenke over hva som blir sagt).</p> <p>Øke antall ytringer/Å initiere flere tema/Øke ord per ytring/Øke prosent i ytringer i samtale/Øke sammenheng og tydelighet.</p>
b	<p>Minimere avbrytelser, og minske antall ytringer og prosent av ytringer i samtale.</p> <p>Øke refleksjoner, bli mer bevisst egen samtalestil.</p> <p>Stille spørsmål når noe er uklart «mener du...?» «snakker vi om...?»</p> <p>Ikke be personen med afasi om å si ting som allerede er forstått (test-spørsmål).</p>
c	<p>«<i>Alignment</i>» – et engelsk begrep som innebærer bruk av tilhørende ord for å oppnå lingvistisk og kognitiv «felles grunn» i samtalen. Logopeden gir tilbakemeldinger underveis på vellykket eller mangel på «alignment»</p>
3	<p>«<i>Chunk it up</i>»: Tenke på historien i mindre deler (mer håndterlig).</p>
a	<p>«<i>set the scene</i>»: Gi kontekstuell informasjon om historien (eks. stemningen i historier)</p> <p>«<i>Drip drip</i>»: Fortell historien del-for-del, og gi rom for at partner kan stille spørsmål.</p> <p>«<i>Show and tell</i>»: Personen med afasi bruker gester eller skuespill/miming i tillegg til talespråk i å formidle deler av historien.</p> <p>Produsere <i>agent-verb-setninger</i> med verbet produsert verbalt eller gjennom gester, skrijving eller tegning.</p> <p>«<i>stop and listen</i>»: lytt og bruk samtalepartnerens spørsmål til å oppklare detaljer i historien med ja/nei svar.</p>
b	<p>«<i>Stop and check</i>»: Bekreft forståelse (stille spørsmål eller gjenfortelle det som er forstått).</p> <p>«<i>pinpoint</i>»: Partner må være spesifikk på hva som er forstått og hva som ikke er forstått.</p> <p>«<i>move along</i>»: Hvis personen med afasi opplever vanskeligheter, kan partner</p>

	<p>oppsummere fortellingen så langt og oppmuntre personen med afasi til å fortelle neste del.</p> <p>«<i>Move on</i>»: Partner skal la samtaler fortsette om han eller hun vet ordet/svaret, hvis de ikke; still spørsmål som: «<i>mener du...?</i>»</p> <p>«<i>Go for the jugular</i>»: Etabler de grunnleggende detaljene/hendelsene først, og så spør spesifikt om bakgrunnsinformasjon eller mer finkornede detaljer.</p> <p>«<i>Who does what</i>»: Partner bør få frem hvor mange personer som er med i historien og hva slags roller de har.</p>
c	<p>Lage en visuell logg underveis i fortellingen, logopeden/personen med afasi skriver eller tegner samtidig som person med afasi forteller historien.</p> <p>Huskeord for strategier (hint som logopeden bruker i behandling, eks.: «<i>drip drip</i>»)</p>
4	Bruke penn og papir
a	Bruke ja/nei verbalt samtidig med tommel opp/ned
b	Partner stiller spørsmål om tema, kontekst, eller etter ledetråder
c	<p>Verktøykasse for parene (tavle, tusj, svamp, kart, tall, kalender, tema, familienavn, individualisert mål).</p> <p>Bruke «bok» («flip chart») med nøkkelord, og gester, piktografisk materiell i samtale.</p> <p>Sitte på uforstyrret sted å prate.</p>
5	Personen med afasi blir bedt om å bruke alle mulige virkemidler for å kommunisere
a	<p>ledetråder til samtalepartneren (utenom å tegne eller vise bilder ved bildeoppgaver, men tegne på bordet eller i luften er greit).</p> <p>Personen med afasi mottar veiledning i å formidle budskap med ulike uttrykksmåter (tonen i stemmen, peking, gester, tegning, svare partneren f.eks. ja og nei).</p> <p>Personen med afasi får veiledning i å uttrykke én ting om gangen, starte med hovedpoenget og deretter «føre» partneren inn i fortellingen.</p> <p>Personen med afasi blir bedt om å ikke presentere et poeng på nytt når det er løst for å ikke forvirre partneren.</p>
b	<p>Samtalepartnere bruker tegning for å støtte samtalen om nødvendig.</p> <p>Observere ansiktsuttrykk, gester og kroppsspråk.</p> <p>Partneren blir oppfordret til å stille spørsmål.</p> <p>Partner får veiledning i å spørre om én ting om gangen for å få nok informasjon til å forstå helheten.</p> <p>Påminne og repetere poenger som allerede er forstått.</p>
c	Paret er oppfordret til å holde seg til en sak om gangen.

5.3 Oppsummering av funn fra del 1 og del 2

I del 1 presenterte jeg funn som kunne bidra til å belyse følgende problemstilling: *Hvilke former for logopedisk samtalebehandling for personer med afasi og deres primære samtalepartnere har vært beskrevet i empirisk forskning det siste tiåret?*

Jeg identifiserte fem følgende behandlingstilnærminger:

1. Behandling basert på samtaleanalyse
2. Løsningsorientert samtalebehandling
3. Behandling med interaktiv historiefortelling
4. Læringsorientert behandling
5. Kommunikasjonsbehandling for alvorlig grad av afasi

I del 2 søkte jeg å presentere funn som kunne belyse følgende problemstilling: *Hva kan beskrives som sentrale trekk innenfor logopedisk samtalebehandling for personer med afasi og deres primære samtalepartnere fra den empiriske forskningen det siste tiåret?*

Ved hjelp av innholdsanalyse avdekket jeg elleve sentrale trekk som jeg presenterte i en oversiktstabell (tabell 5.7). Videre utforsket jeg noen av de sentrale trekkene som var mest dominerende, og som jeg i tillegg anså som de mest interessante for den praktiske delen av logopedisk behandling. Jeg valgte å utforske «økt innsikt, kunnskap og gjensidig forståelse» og «øvelser i praktiske diskurs- og samtalesituasjoner». Jeg gjorde en ytterligere analyse av målet om «økt innsikt, kunnskap og gjensidig forståelse» for å finne ut hva slags konkrete virkemidler som benyttes for å oppnå dette målet og fant fire «virkemidler» som vises nedenfor:

1. Informasjon om afasi og samtale
2. Observere samtaleatferd på video
3. Tilbakemelding fra logoped og diskusjon
4. Evaluere egen samtale

Det andre dominerende sentrale trekket, som jeg utforsket videre, er det jeg kaller «øvelser i praktiske diskurs- og samtalesituasjoner». Jeg utforsket dette nærmere og identifiserte 77 eksempler på konkrete strategier og målatferd, disse ble presentert i tabell 5.10.

6 Drøfting av resultater

I dette kapitlet skal jeg drøfte resultatene fra min litteraturstudie, i lys av masteroppgavens to skisserte problemstillinger og teori som ble beskrevet i kapittel 2. Siden resultatdelen min er todelt, vil jeg for ryddighetens skyld i hovedsak legge opp til en todelt drøftingsdel. Selv om jeg kaller kapitlene 5 og 6 for todelte, er hvert kapittel innbyrdes nært knyttet sammen, og begge er strukturert ut fra innholdet i de overordnede kategoriene (*prinsipper, mål, innhold og fremgangsmåte*), og de sentrale trekkene som blir skissert er trender og kjennetegn for de fem samtalebehandlingene sett under ett. I kapittel 6 skal vi imidlertid gjøre en endring. Jeg endrer på rekkefølgen, og skal først drøfte problemstilling 2, og deretter problemstilling 1.

I den første drøftingsdelen tar jeg utgangspunkt i oppgavens andre problemstilling. Jeg skal drøfte de trendene eller sentrale trekkene som jeg fant i datagrunnlaget mitt, hva gjelder logopedisk samtalebehandling for personer med afasi og deres primære samtalepartnere. Jeg skal først og fremst drøfte terminologien og hva jeg legger i funnene mine («*de sentrale trekkene*»), hva slags faglig inspirasjon («forforståelse») jeg har vært drevet av i arbeidet mitt, og i tillegg i noen grad drøfte valg jeg har tatt under analyseprosessen. Men primær vil jeg aktualisere litteraturoversikten min og sette den i en kontekstuell sammenheng ved å sammenligne den med et utvalg litteraturoversikter som relativt nylig er gjennomført innenfor afasifeltet om logopedisk samtalebehandling for personer med afasi.

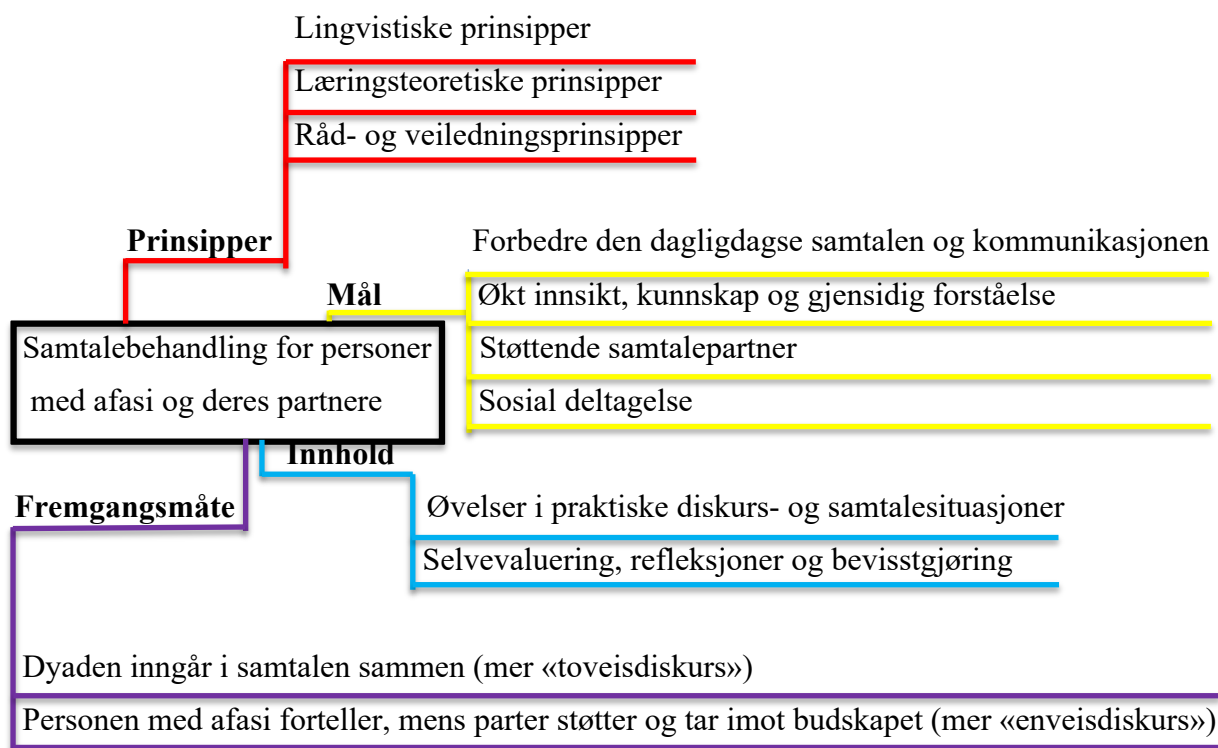
I den andre delen av drøftingen skal jeg drøfte oppgavens første problemstilling, som hadde som formål å belyse hvilke former for logopedisk samtalebehandling for personer med afasi og deres primære samtalepartnere som kan gjenfinnes i empirisk forskning det siste tiåret. I denne delen skal jeg ta for meg de fem behandlingsmetodene som ble identifisert i materialet mitt, og drøfte disse primært i lys av relevant teori jeg beskrev i kapittel 2.

6.1 Del 1 – drøfting av sentrale trekk

Jeg vil nå drøfte de funnene som oppgavens andre problemstilling søkte å belyse; altså, hva som kan beskrives som sentrale trekk innenfor logopedisk samtalebehandling for personer med afasi og deres primære samtalepartnere i empiriske forskningen fra det siste tiåret. Det jeg identifiserte og beskrev som «*sentrale trekk*» har jeg tidligere beskrevet i form av tabell

5.7, men jeg vil her minne leseren om mine funn, i form av oppsummeringen i figur 6.1, nedenfor.

Sentrale trekk i logopedisk samtalebehandling for personer med afasi og partnere



Figur 6.1 – Illustrasjon over funn av «sentrale trekk» ved logopedisk samtalebehandling for personer med afasi og dere samtalepartnere i empirisk forskning det siste tiåret

Figur 6.1 illustrerer på en enkel måte funn av det jeg beskriver som «*sentrale trekk*» ved samtalebehandling for dyader i nær relasjon, som inngår i datagrunnlaget mitt. Den firkantete «boksen» med sorte streker, illustrerer behandlingsformen (*samtalebehandling for personer med afasi og partnere*). De fire forgreiningene i figuren illustrerer de fire overordnede kategoriene (*prinsipper, mål, innhold og fremgangsmåte*) som er brukt konsekvent igjennom analysen. De ytterste grenene illustrerer det jeg beskriver som sentrale trekk eller kjennetegn.

Figur 6.1 kan gi en pekepinn om hva slags trender som befinner seg innenfor afasifeltet hva gjelder logopedisk samtalebehandling for dyader i nær relasjon. Dette kan være et nyttig redskap i et forskningsfelt som fremstår som komplekst og med en rekke av varierende merkelapper og former, som det allerede er vanskelig å orientere seg innenfor. Det finnes et behov både for detaljerte og mer beskrivende oversikter, samt et felles rammeverk som forskning innenfor dette området kan forholde seg til, og bygge videre på (Cruice et al.,

2018). Relativt nylige undersøkelser belyser at logopeder kan ha en noe vag oppfatning av hva samtalebehandling egentlig går ut på (Beckley et al., 2013b) og at slike beskrivelser også er mangelfulle i publiserte intervensjonsstudier (Cruice et al., 2018). Flere antyder at dette kan være en mulig årsak til at denne formen for behandling ikke er mer utbredt (Beckley et al., 2013b). En studie som min, som forsøker å skape oversikt og innsikt i dette terrenget, kan derfor ha en viss betydning også for praksisfeltet. Med dette i mente, kan det antas at mine resultater som strekker seg noe lenger enn å beskrive overordnede mål og sentrale trekk, kan ha både en forskningsmessig og en praktisk nytteverdi, ved at jeg både gir detaljert beskrivelse av alle fem behandlingene jeg identifiserte, og i tillegg har avdekket og utforsket mer inngående noen av de sentrale trekkene som fremsto som dominerende i min analyse, som gjelder denne undergruppen av logopedisk samtalebehandling personer med afasi (dyader i nære relasjoner).

Jeg fant elleve punkter på det jeg omtaler som sentrale trekk, som vises i figur 6.1, og jeg har utforsket noen av disse ytterligere. De sentrale trekkene som jeg har belyst videre var de som viste seg å være mest dominerende, og var gjennomgående i de 15 artiklene. Dessuten valgte jeg disse fordi de er interessante for logopedisk behandlingspraksis. Et dominerende trekk var målet om *økt innsikt, kunnskap og gjensidig forståelse* som jeg linker til det sentrale trekket innenfor kategorien «innhold» som jeg omtaler som *selvevaluering, refleksjoner og bevisstgjøring*. De kan sees i sammenheng. For å oppnå økt innsikt, kunnskap og gjensidig forståelse, så inngår personene i aktiviteter («innhold») hvor de for eksempel evaluerer egen samtale/interaksjon, eller ved at logopeden kommer med innspill og tilbakemeldinger på dyadens samtale og hvor paret i fellesskap med logopeden reflekterer og bevisstgjøres, for eksempel av konsekvenser av egen samtaleatferd. Ved ytterligere analyse av dette målet (økt innsikt, kunnskap og gjensidig forståelse) undersøkte jeg hva som var assosiert til dette og fant fire ulike underkategorier som kan sees på som «virkemidler» for å oppnå det overordnede målet. Disse ble funnet ved hjelp av innholdsanalyse tabell 5.8 og oppsummeres i tabell 5.9. Jeg fant her fire ulike virkemidler for å oppnå målet: 1) informasjon om afasi og samtale, 2) observere samtaleatferd på video, 3) tilbakemelding fra logoped og diskusjon, og 4) evaluering av egen samtale.

Det andre dominerende trekket jeg fant, og som jeg utforsket videre, var det jeg omtaler som *øvelser i praktiske samtale- og diskurssituasjoner*, dette kan relateres til det sentrale trekket og målet om å forbedre den dagligdagse kommunikasjonen og samtalen. Jeg fant 77 strategier og målatferd som jeg listet opp i tabell 5.10. *Strategier* viser til noe man konkret

øver eller trener på, som for eksempel ved at man trener på større fleksibilitet i bruk av ulike språkmodaliteter, som å skrive ned et ord hvis man opplever ordleting, om det hjelper for personen med afasi (Beeke et al., 2014b). Noen av behandlingene arbeider mer mot det som beskrives som *målatferd*, for eksempel Boles (2015). Målatferd kan eksempelvis være at samtalepartneren skal minske antall ord, og at personen med afasi skal øke antall ord. Noe av det som kan karakteriseres som målatferd og strategier kan dog skli litt over i hverandre, men felles er det at de benyttes i de praktiske øvelsene, enten ved å gjennomføre strategier eller bli påminnet eller bevisstgjøres målatferd.

Disse sentrale trekkene som jeg har drøftet i avsnittet over, og fant som dominerende sentrale trekk, var gjennomgående i alle behandlingene. Og dette samsvarer med funnene i litteraturstudien til Cruice et al. (2018) som fant at alle studiene hadde økt kunnskap og bedring av kommunikasjonsferdigheter som et overordnet mål. De hadde gjort en analyse av 56 studier om *communication partner training* (CPT). Dette kan antas å understøtte mine funn om de sentrale trekkene jeg har funnet.

Inspirasjonen til figur 6.1 er hentet fra en tidligere kvalitativ litteraturstudie av Simmons-Mackie et al. (2014), som presenterte en lignende figur og en taksonomi over logopedisk samtalebehandling i en litteraturoversikt som nettopp hadde til hensikt å organisere og gi en oversikt over logopedisk samtalebehandling for personer med afasi. I deres litteraturstudie organiseres for eksempel behandlingene etter *hvem* behandlingen rettes mot, og de fant at logopedisk samtalebehandling enten rettes mot personen med afasi, samtalepartneren, eller dyader (Simmons-Mackie et al., 2014). Denne masteroppgaven har rettet søkelyset mot den undergruppen som fokuserer på dyader, og som helt spesifikt er rettet mot dyader i nære og/eller familiære relasjoner. Dette betyr at min studie har bidratt til å fremskaffe mer oversikt og flere detaljer i et lite, men klart definert «underområde» av det man kan kalle logopedisk samtalebehandling.

Litteraturoversikten til Simmons-Mackie et al. (2014, s. 513) benytter beskrivende kategorier som jeg har hentet inspirasjon fra. De bruker termene «*key elements*» som til en viss grad samsvarer til en viss grad med det jeg beskriver som «sentrale trekk». Simmons-Mackie et al. (2014) beskriver disse nøkkelementene i den taksonomiske figuren som kontrasterende. Disse viser til både motsetninger og ulikheter, og minner mye om de «sentrale trekkene» som jeg har identifisert og viser til i figur 6.1. For eksempel viser den kategorien i figur 6.1 som jeg beskriver som «*prinsipper*» til ulike prinsipper innfor logopediske behandling for dyader,

mens kategorien «*fremgangsmåte*» viser til mer kontrasterende fremgangsmåter, der det er et «enten-eller» – enten er det personen med afasi som har en forteller-«rolle», som ved behandlingen som bruker historiefortelling som en øvelse (Carragher et al., 2015), eller så deltar dyaden mer på «lik linje», som for eksempel i det jeg har betegnet som en løsningsorientert behandling hvor paret skal inngå i naturlige samtaler (Boles, 2015).

Logopedisk samtalebehandling beskrives i litteraturen som kompleks og varierende, og på grunn av stor variasjon i beskrivelser er det per i dag et noe uklart bilde av hva som faktisk gjøres i de intervensjonsstudier som er publisert innen samtalebehandlinger, slik man blant annet hevder i en nylig gjennomført litteraturstudie (Cruice et al., 2018). Min studie identifiserte 15 ulike studier, hvor hele ti var artikler om samtaleanalyse, og jeg fant fem forskjellige behandlinger. Jeg har funnet fem forskjellige behandlingsmetoder på tross av at jeg kun har søkt artikler fra det siste tiåret og i en ganske snever undergruppe og kun inkludert behandlinger for dyader som inkluderer en nær samtalepartner, og ikke for eksempel helsepersonell eller logopeden, eller frivillige. Dette bidrar til å understreke kompleksiteten i feltet, men det viser at det er mulig å identifisere mønstre. Kompleks terminologi innenfor dette logopediske området vil også ha noe å si for min litteraturoversikt, i den forstand at de begrepene jeg benytter ikke nødvendigvis er konsekvente begreper innenfor forskningslitteraturen og kan dermed forårsake misforståelser hvis det ikke tydeliggjøres hva som legges i de begrepene som benyttes. Oppgavens transparens og systematikk i å bruke konsekvente overordnede kategorier og innholdsanalysetabeller med kondenserte betydningsenheter, som ligger nært opp mot originaltekst eller poeng, kan derfor sees på som en styrke ved at man kan gå tilbake til tabellene og de deskriptive avsnittene som detaljert beskriver grunnlaget for begrepene jeg bruker i den videre analysen og i de sentrale trekkene.

6.2 Del 2 – drøfting av de fem behandlingsformene

Ut ifra den empiriske forskningen, identifiserte jeg fem forskjellige behandlingsmetoder. I denne delen av drøftingen skal jeg diskutere disse i lys av relevant teori jeg beskrev i kapittel 2. De fem behandlingene som ble identifisert, og som skal drøftes videre, repeteres i listen under:

1. Behandling basert på samtaleanalyse
2. Løsningsorientert samtalebehandling
3. Behandling med interaktiv historiefortelling
4. Læringsorientert behandling
5. Kommunikasjonsbehandling for alvorlig grad av afasi

Alle behandlingene kan beskrives som logopediske samtalebehandlinger for personer med afasi og deres primære samtalepartnere, og i samtlige av behandlingene foregår behandlingen innenfor en samtale eller i en samtalelignende kontekst. Ved samtlige behandlinger så deltar både personen med afasi, og deres primære samtalepartnere aktivt, men de kan ha ulike roller i samtalen. I tillegg så har alle disse identifiserte behandlingsformene bedret samtale og kommunikasjon innad i dyaden som et overordnet mål, og tar ikke sikte på å reparere språkvanskene. De kan følgelig plasseres innenfor den konsekvensbaserte tradisjonen (Thompson & Worrall, 2008). Behandlingene har et fokus på den hverdagslige samtalen og/eller praten mellom mennesker, og et mål om å forbedre den hverdagslige samtalen og kommunikasjonen. Behandlingene kan derfor også, slik jeg tolker Armstrong et al. (2017), beskrives som en funksjonell tilnærming, siden de sidestiller den hverdagslige kommunikasjonen med det som ofte omtales som funksjonell kommunikasjon. Alle behandlingene vektlegger i tillegg familierelasjoner og deltagelse. Den behandlingen jeg identifiserte og omtaler som en løsningsorientert behandling, tar eksplisitt utgangspunkt i deltagerens behov og ønsker (Fox et al., 2009). Behandlingene kan derfor også sees i sammenheng med et livskvalitetsperspektiv som blant annet vektlegger sosiale relasjoner og deltagelse, og hva slags behov personen med afasi har (Hilari & Cruice, 2017). Behandlinger som baseres på samtaleanalyse tar utgangspunkt i den naturlige samtalen, som ofte tas opp på video, slik at personen med afasi eller dyaden i denne sammenheng, kan observere og bli bevisst eget samtalemønstre. Ved å se på hvordan dyaden reagerer på hverandre i en naturlig kontekst, ved at man ser på samtalesekvensene i sammenheng i en interaksjon, kan man ta

utgangspunkt i dyadens naturlige samtalestil og dette beskriver Wilkinson (1999, s. 253) som en deltager-dreven tilnærming («*participant-driven*»).

De fem behandlingsmetodene kan sees i lys av det konseptuelle rammeverket som A-FROM-modellen skisserer. A-FROM inneholder fire domener som sirkler rundt det som er det sentrale; mennesket som lever med afasi. I midten av A-FROM-modellen overlapper de fire domenene som illustreres i sirklene, som er vist i figur 2.1, og innerst i sentrum står det «leve med afasi» («*living with aphasia*») som er nært knyttet til livskvalitetsaspektet, men som hovedsakelig er et fokus på «livet med afasi» (Kagan et al., 2007, s. 266). Det betyr at alle domenene som A-FROM-modellen illustrerer, innvirker på livet og livskvaliteten til de menneskene som lever med afasi. En logopedisk behandlingstilnærming som benytter A-FROM som et konseptuelt rammeverk kan relateres til det som kalles for en brukersentrert tilnærming (Davidson & Worrall, 2017). De fire domenene er overordnede og vide konsepter, derfor er det laget mer spesifikke kategoriene innenfor domenene (Kagan et al., 2007). Domenene og de spesifikke underkategoriene i A-FROM-modellen beskrives i tabell 6.1 nedenfor

Tabell 6.1 – A-FROM – oversikt over domener og spesifikke kategorier

A-FROM	
Domener	Spesifikke kategorier innenfor domenene
<i>Deltagelse i livssituasjoner</i>	<i>Aktiviteter, kommunikasjon og samtale, roller og ansvar og relasjoner/forhold</i>
<i>Personlige faktorer (identitet, holdninger og følelser)</i>	<i>Fremtiden, ditt syn på deg selv, afasi og hvem du er, og følelser</i>
<i>Alvorlighetsgraden av afasi</i>	<i>Språkforståelse, snakke, lese, og skrive</i>
<i>Kommunikasjons- og språkmiljø</i>	<i>Offentlige tjenester, systemer og politiske føringer, hva slags holdninger folk har til personer med afasi og til afasi, hjelp til kommunikasjon og samtale</i>

A-FROM favner flere aspekter ved logopedisk samtalebehandling for dyader. Jeg vil i hovedsak se på tre av domenene, og ikke inkludere domenet om «alvorlighetsgrad av afasi» – fordi behandlingene jeg identifiserte ikke er skadebaserte behandlinger, og ingen av dem tar sikte på å reparere afasien eller «skaden» – som relateres til lingvistisk og kognitiv prosessering (Hillis et al., 2008).

Det varierer hva behandlingsmålene og øvelsene i behandlingen baseres på, alle er på en eller annen måte tilpasset dyaden og personen som lever med afasi. Men hvordan og i hvilken grad varierer. For eksempel, som nevnt i avsnittet over, er behandlingen som baseres på samtaleanalyse, naturligvis basert på samtaleanalyse som behandlingen skreddersys etter til dyaden. Dyaden velger tre strategier basert på analysen og praktiserer disse i samtale via rollespill og diskusjoner (Beeke et al., 2015). Siden behandlingen forgår i en diskurs som ligner på «ekte» samtaler, kan man forstå det slik at behandlingen skjer innenfor en samtale/diskurs. Ved å trene på egenskaper ved samtalen, slik som turveksling og samtalereparasjoner, har man også i denne samtalebaserte behandlingen et fokus på samtale/diskurs. Siden behandlingen i tillegg sikter på å bedre samtalen og generalisere det som trenes på i behandling til hverdagslivet, fremgår det at man i denne behandlingen har et fokus på diskurs/samtale som utfall. Selv om Armstrong et al. (2017) i særlig grad omtaler det siste fokuset i sammenheng med skadebaserte behandlinger som tar sikte på å forbedre lingvistisk og kognitiv prosessering med et siktemål om generalisering og diskurs/samtale som utfall, bruker jeg min bredere forståelse og tolkning av dette forholdet mellom behandling og utfall som Armstrong et al. (2017) beskriver, og legger i dette at

behandlingene som fokuserer på generalisering til den hverdagslige samtalen, har generalisering til samtale som et uttalt mål.

Behandlingen som jeg omtaler som løsningsorientert, vektlegger dyadens behov og ønsker ved utarbeidelse av behandlingsmål. Og et overordnet mål ved denne behandlingen er å føre parene nærmere hverandre via naturlige samtaler (Boles, 2015). Denne behandlingen kan sees i tråd med det som Armstrong et al. (2017) beskriver som å bruke samtalen som et medium for å håndtere psykososiale konsekvenser, fordi både parets samtale og relasjon er et fokus i denne behandlingsformen. Øvelsene i behandlingen innebærer serier av samtaler der paret kan snakke om hva som helst, og foregår innenfor samtale/diskurs. Det jeg her kaller for løsningsorientert behandling har ikke et eksplisitt fokus på generalisering av språkferdigheter, selv om bedret kommunikasjon er et mål. Behandlingen kan forstås som mindre lingvistisk orientert enn det behandling basert på samtaleanalyse er.

Den behandlingen jeg beskriver som behandling med interaktiv historiefortelling (Carragher et al., 2015), skiller seg fra samtalebasert behandling og løsningsorientert behandling vedrørende hva slags roller personen med afasi har, og hva slags rolle samtalepartneren har. Dette illustreres også i figur 6.1 under kategorien «fremgangsmåte», hvor jeg skisseres at det er to kontrasterende trekk i behandlingens fremgangsmåte. I noen behandlinger deltar dyaden sammen i det jeg omtaler som mer «toveis» diskurs, mens i andre så har partnerne i dyaden ulike roller, og personen med afasi sitter med et budskap som skal formidles til partneren, og dialogen bærer i noenlunde preg av et mer «enveis» diskurs. Selv om partneren også her deltar aktivt, og øvelsene etterfølges av reflekterende diskusjoner. Behandlingen bruker historiefortelling som diskurs, og dyaden skal konstruere sammen den historien som personen med afasi skal fortelle, med minst mulig innblanding fra logopeden. Behandlingen kan forstås derfor å foregå innenfor samtale/diskurs (historiefortelling). Å fortelle anekdoter og formidle ny informasjon vektlegges av Carragher et al. (2015) som viktige elementer i den hverdagslige kommunikasjonen, øvelsene i denne behandlingen er mer lingvistisk orientert enn for eksempel den løsningsorienterte behandlingen, og personen med afasi får trening i å forbedre sin fortellerstruktur og å formidle historier, mens samtalepartneren støtter historiekonstruksjonen. Det er et fokus på samtale/diskues. Studien av Carragher et al. (2005) vektlegger eksplisitt generalisering og har slik et fokus på samtale/diskurs som utfall.

Behandlingen som har blitt omtalt som en læringsorientert behandling, skiller seg ut blant de andre ved at denne behandlingen inkluderer behandlingsøkter med flere dyader sammen i en

gruppe, i tillegg til økter med individuelle dyader. Behandlinger legger til rette for behandling innenfor en samtale/diskurs. Den læringsorienterte behandlingen er beskrevet av Sorin-Peters og Patterson (2014) og bruker A-FROM eksplisitt som et konseptuelt rammeverk. Behandlingen er i hovedsak rettet mot språk- og kommunikasjonsmiljøet, fordi den primært har et spesifikt siktemål om å bedre holdningen, kunnskapen og ferdighetene til ektefellene. Hovedpoenget i denne behandlingen er å forbedre kunnskapen og ferdighetene hos samtalepartneren slik at man på den måten kan forbedre språkmiljøet til personen med afasi. Et annet aspekt ved behandlingen som kan sees i lys av A-FROM er at den tar sikte på å muliggjøre for reelle samtaler for personen med afasi som relateres til domenet om *deltagelse i livssituasjoner* og målet for personen med afasi er sosial deltagelse, og i gruppetimene diskuteres slike ting som afasi, samtale, læringsstiler og rolleendring for partnere. Det kan tolkes slik at det her brukes samtalen som et medium for å håndtere psykososiale konsekvenser (Armstrong et al., 2017). Denne behandlingen har i større grad fokus på støttende samtalestrategier fra samtalepartnerens side, og i mindre grad lingvistiske egenskaper i samtalen. Denne læringsbaserte metoden innebærer også samtaler om roller og hvordan det er å leve med afasi, og kan derfor knyttes til A-FROM-modellens domene om *personlige faktorer* og underkategorien «syn på deg selv».

Den behandlingen som her har blitt omtalt som en kommunikasjonsbehandling for mennesker med alvorlig afasi som er beskrevet i studien til (Nykanen et al., 2013) er den eneste i utvalget som eksplisitt er rettet mot mennesker med alvorlig grad av afasi. Denne behandlingen ligner på noen områder på den behandlingen som benyttet historiefortelling som diskurs (Carragher et al., 2015) og benytter også en mer «enveis» diskurs, som illustrert i figur 6.1. I denne behandlingen er det også personen med afasi som har en ledende rolle, og er den som skal formidle et budskap til partneren. Denne behandlingen vektlegger at begge partene har et ansvar i samtalen og kan knyttes til A-FROM-modellens underkategorier «roller» og «ansvar» under domenet *deltagelse i livssituasjoner*. Personen med afasi skal for eksempel trene på å dele opp historien, og fortelle én og én del om gangen. Metoden fokuserer på egenskaper ved samtalen og har slik sett fokus på samtale. Paret har hver sin rolle i samtalen, men begge har et ansvar og behandlingen vektlegger økt innsikt og gjensidig forståelse. Et fokus på ansvar i relasjonen kan knyttes til underkategorien om roller og ansvar i A-FROM-modellen (Kagan et al., 2007). Behandlingen foregår innenfor samtale/diskurs, via historiefortelling. Det blir også fremhevet i studien til Nykanen et al. (2013) at poenget ikke er å matche målobjekter, men å generalisere ferdighetene for å slik bedre den hverdagslige kommunikasjonen. Siden behandlingen inkluderer øvelser på et lingvistisk nivå,

med et siktemål om å generalisere ferdighetene til den hverdagslige kommunikasjonen kan det forstås som om behandlingen har et eksplisitt fokus på *samtale/diskurs som utfall.*

7 Avsluttende betraktninger

Denne litteraturstudien har forsøkt å presentere en oversikt over den logopediske samtalebehandlingen for personer med afasi og deres primære samtalepartnere.

Masteroppgaven min identifiserte fem behandlingsformer, som har et ganske så forskjellig innhold. De inneholder også ulike prinsipper, noe ulik bruk av terminologi, og rammeverk for behandling. Jeg fant 11 sentrale trekk, ved fem behandlinger – dette belyser at materialet jeg hadde av samtalebehandlinger er varierende. Jeg hadde 15 artikler, hvor hele ti av disse var samtaleanalytiske behandlinger. Med tanke på at jeg hadde begrenset søket innenfor en «snever» undergruppe av logopedisk samtalebehandling og tillegg begrenset søket til å gjelde det siste tiåret, så var det ganske sprikende funn. Det var i min oversikt veldig mange studier på behandlinger basert på samtaleanalyse. Det kan tyde på at det er gjort mest forskning på dette området.

Ved ferdigstillingen av oppgaven er det den store mengden av begreper som benyttes innenfor afasifeltet jeg undrer meg mest over. Jeg opplevde at bare det å finne søkeord var et lite prosjekt i seg selv. Det er veldig mange tradisjoner, tilnærminger og ulike prinsipper. Og mange av tilnærmingene ligner litt, men går under ulike navn, eller er overordnede tradisjoner. Slik som skadebasert og konsekvensbasert, sosial modell og funksjonell modell, deltagerperspektiv, livskvalitetsperspektiv osv. Det at det er et noe uoversiktlig felt fremheves også av (Cruice et al., 2018).

Min masteroppgave beskriver detaljer fra de ulike behandlingene, og ser også på sentrale trekk på tvers. Jeg beskriver både overordnede trekk og konkrete detaljer. Dette kan bidra til å samle noen av trådene i forskningen på logopedisk samtalebehandling for personer med afasi og deres primære samtalepartnere. Masteroppgaven bidrar til å trekke det *overordnede* til et mer praktisk og enkelt plan.

Litteraturliste

- Armstrong, E., Bryant, L., Ferguson, A. & Simmons-Mackie, N. (2017). Approaches to Assessment and Treatment of Everyday Talk in Aphasia. I P. Coppens (Red.), Aphasia : and related neurogenic communication disorders (Second edition. utg., s. 269-285). Burlington, Mass: Jones & Bartlett Learning.
- Aveyard, H. (2010). Doing a literature review in health and social care : a practical guide (2nd ed. utg.). Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press.
- Barnes, S. (2019). "Accountability" in interaction-focused intervention for aphasia: a conversation-analytic study of therapeutic effects. *Aphasiology*, 33(2), 163-186. Hentet fra <https://dx.doi.org/10.1080/02687038.2018.1545455>
- Barnes, S. & Nickels, L. (2018). Interaction-focussed therapy for aphasia: Effects on communication and quality of life. *International journal of speech-language pathology*, 20(5), 528-540. Hentet fra <https://doi.org/10.1080/17549507.2017.1329851>
- Beckley, F., Best, W., Johnson, F., Edwards, S., Maxim, J. & Beeke, S. (2013). Conversation Therapy for Agrammatism: Exploring the Therapeutic Process of Engagement and Learning by a Person with Aphasia. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 48(2), 220-239. Hentet fra <http://dx.doi.org/10.1111/j.1460-6984.2012.00204.x>
- Beeke, S., Beckley, F., Johnson, F., Heilemann, C., Edwards, S., Maxim, J. & Best, W. (2015). Conversation focused aphasia therapy: investigating the adoption of strategies by people with agrammatism. *Aphasiology*, 29(3), 355-377. Hentet fra <https://doi.org/10.1080/02687038.2014.881459>
- Beeke, S., Johnson, F., Beckley, F., Heilemann, C., Edwards, S., Maxim, J. & Best, W. (2014). Enabling Better Conversations Between a Man With Aphasia and His Conversation Partner: Incorporating Writing Into Turn Taking. *Research on Language and Social Interaction*, 47(3), 292-305. Hentet fra <https://doi.org/10.1080/08351813.2014.925667>
- Beeke, S., Maxim, J., Best, W. & Cooper, F. (2011). Redesigning therapy for agrammatism: Initial findings from the ongoing evaluation of a conversation-based intervention study. *Journal of Neurolinguistics*, 24(2), 222-236. Hentet fra <https://doi.org/10.1016/j.jneuroling.2010.03.002>

- Berg, R. C. & Munthe-Kaas, H. (2013). Systematiske oversikter og kvalitativ forskning. *Norsk epidemiologi*, 23(2), 131-139. Hentet fra <https://doi.org/10.5324/nje.v23i2.1634>
- Best, W., Maxim, J., Heilemann, C., Beckley, F., Johnson, F., Edwards, S. I., ... Beeke, S. (2016). Conversation Therapy with People with Aphasia and Conversation Partners using Video Feedback: A Group and Case Series Investigation of Changes in Interaction. *Frontiers in Human Neuroscience*, 10, 562. Hentet fra <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=pem&AN=27872588>
- Boles, L. (1997). Conversation analysis as a dependent measure in communication therapy with four individuals with aphasia. *Asia Pacific Journal of Speech, Language and Hearing*, 2(1), 43-61. Hentet fra <https://doi.org/10.1179/136132897805577468>
- Boles, L. (1998). Conversational discourse analysis as a method for evaluating progress in aphasia: a case report. *Journal of Communication Disorders*, 31(3), 261-274. Hentet fra [https://doi.org/10.1016/S0021-9924\(98\)00005-7](https://doi.org/10.1016/S0021-9924(98)00005-7)
- Boles, L. (2015). Establishing Alignment in Aphasia Couples Therapy in a Woman with Wernicke's Aphasia: A Case Study. *Communication Disorders Quarterly*, 36(4), 219-230. Hentet fra <http://dx.doi.org/10.1177/1525740114544317>
- Boles, L. & Lewis, M. (2003). Working with couples: solution focused aphasia therapy. *Asia Pacific Journal of Speech, Language and Hearing*, 8(3), 153-159. Hentet fra <https://doi.org/10.1179/136132803805576110>
- Carragher, M., Sage, K. & Conroy, P. (2015). Preliminary analysis from a novel treatment targeting the exchange of new information within storytelling for people with nonfluent aphasia and their partners. *Aphasiology*, 29(11), 1383-1408. Hentet fra <https://doi.org/10.1080/02687038.2014.988110>
- Corneliussen, M., Haaland-Johansen, L., Knoph, M., Lind, M. & Qvenild, E. (2014). *Afasi og samtale : gode råd om kommunikasjon* ([2. utg.]. utg.). Oslo: Novus.
- Cruice, M., Blom Johansson, M., Isaksen, J. & Horton, S. (2018). Reporting interventions in communication partner training: a critical review and narrative synthesis of the literature. Hentet fra <https://doi.org/10.1080/02687038.2018.1482406>
- Damico, J., Tetnowski, J., Lynch, K., Hartwell, J., Weill, C., Heels, J. & Simmons-Mackie, N. (2015). Facilitating Authentic Conversation: an intervention employing principles of constructivism and conversation analysis. *Aphasiology*, 29(3), 400-421. Hentet fra <https://doi.org/10.1080/02687038.2014.945388>

- Den nasjonale forskningsetiske komite (2010). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Hentet fra <https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/kvalitative-forskningsprosjekt-i-medisin-og-helsefag-2010.pdf>
- Davidson, B. & Worrall, L. (2017). Living With Aphasia : A Client-Centered Approach. I I. Paphathanasiou & P. Coppens (Red.), Aphasia : and related neurogenic communication disorders (Second edition. utg., s. 311-327). Burlington, Mass: Jones & Bartlett Learning.
- De Vaus, D. A. (2014). Surveys in social research (6th ed. utg.). London: Routledge.
- Ferrari, R. (2015). Writing narrative style literature reviews. Hentet fra https://www.researchgate.net/publication/288039333_Writing_narrative_style_literature_reviews
- Fox, S., Armstrong, E. & Boles, L. (2009). Conversational treatment in mild aphasia: A case study. *Aphasiology*, 23(7-8), 951-964. Hentet fra <https://doi.org/10.1080/02687030802669526>
- Gadamer, H.-G. (2004). Truth and method (2nd, rev. ed. translation revised by Joel Weinsheimer and Donald G. Marshall. utg.). London: Continuum.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. Hentet fra <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Grant, M. J. & Booth, A. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. I(Vol. 26, s. 91-108). Oxford, UK.
- Green, B. N., Johnson, C. D. & Adams, A. (2006). Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *Journal of Chiropractic Medicine*, 5(3), 101-117. Hentet fra [https://doi.org/10.1016/S0899-3467\(07\)60142-6](https://doi.org/10.1016/S0899-3467(07)60142-6)
- Greenhalgh, T., Thorne, S. & Malterud, K. (2018). Time to challenge the spurious hierarchy of systematic over narrative reviews? *European Journal of Clinical Investigation*, 48(6), e12931. Hentet fra <https://doi.org/10.1111/eci.12931>
- Helsedirektoratet (2010). Hjerneslag – Nasjonal faglig retningslinje. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag>
- Hilari, K. & Cruice, M. (2017). Quality-of-Life Approach to Aphasia. I I. Paphathanasiou & P. Coppens (Red.), Aphasia : and related neurogenic communication disorders (Second edition. utg., s. 287-306). Burlington, Mass: Jones & Bartlett Learning.

- Hillis, A., Worrall, L. & Thompson, C. K. (2008). The State of Impairment- and Consequences-Based Approaches to Treatment for Aphasia. Final Commentary. I L. Worrall & N. Martin (Red.), *Aphasia rehabilitation : the impairment and its consequences* (s. 261-269). San Diego, Calif: Plural Pub.
- Howard, D., Webster, J. & Whitworth, A. (2014). Theory and principles. I J. Webster & D. Howard (Red.), *A cognitive neuropsychological approach to assessment and intervention in aphasia : a clinician's guide* (2nd ed. utg., s. 3-9). London: Psychology Press.
- Johnson, F. M., Best, W., Beckley, F. C., Maxim, J. & Beeke, S. (2017). Identifying Mechanisms of Change in a Conversation Therapy for Aphasia Using Behaviour Change Theory and Qualitative Methods. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 52(3), 374-387. Hentet fra <https://dx.doi.org/10.1111/1460-6984.12279>
- Kagan, A. (2011). A-from in action at the Aphasia institute. *Seminars in Speech and Language*, 32(3), 216-228. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1286176>
- Kagan, A., Simmons-Mackie, N., Rowland, A., Huijbregts, M., Shumway, E., McEwen, S., ... Sharp, S. (2007). Counting what counts: A framework for capturing real-life outcomes of aphasia intervention.
- Le Dorze, G., Salois-Bellerose, É., Alepins, M., Croteau, C. & Hallé, M.-C. (2013). A description of the personal and environmental determinants of participation several years post-stroke according to the views of people who have aphasia. *Aphasiology*, 28(4), 1-19. Hentet fra <https://doi.org/10.1080/02687038.2013.869305>
- Liamputtong, P. (2009). Qualitative data analysis: conceptual and practical considerations.
- Lind, M. (2005). Språk som handling og tekst – diskursnivået i logopedisk praksis. *Norsk tidsskrift for logopedi*. 2005, nr 3, side 5-8. Hentet fra https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/26328/92650_artikkel_spraak_handling.pdf
- Lock, S., Wilkinson, R., Bryan, K., Maxim, J., Edmundson, A., Bruce, C. & Moir, D. (2001). Supporting Partners of People with Aphasia in Relationships and Conversation (SPPARC). *International Journal of Language & Communication Disorders*, 36(S1), 25-30. Hentet fra <https://doi.org/10.3109/13682820109177853>
- Malterud, K. (2017a). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017b). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.

- Maxwell, J. A. (2013). *Qualitative research design : an interactive approach* (3rd ed. utg.). Los Angeles: Sage.
- Nykanen, A., Nyrkko, H., Nykanen, M., Brunou, R. & Rautakoski, P. (2013). Communication therapy for people with aphasia and their partners (APPUTE). *Aphasiology*, 27(10), 1159-1179. Hentet fra <https://doi.org/10.1080/02687038.2013.802284>
- Olness, G. S. & Ulatowska, H. K. (2011). Personal narratives in aphasia: Coherence in the context of use. *Aphasiology*, 25(11), 1393-1413. Hentet fra <https://doi.org/10.1080/02687038.2011.599365>
- Papathanasiou, I., Coppens, P. & Davidson, B. (2017). Aphasia and related neurogenic communication disorders: basic concepts, management, and efficacy. I I. Papathanasiou & P. Coppens (Red.), *Aphasia : and related neurogenic communication disorders* (Second edition. utg., s. 3-12). Burlington, Mass: Jones & Bartlett Learning.
- Potagas, C., Kasselimis, S. D. & Evdokimidis, I. (2017). Elements of Neurology Essential for Understanding the Aphasias. I I. Papathanasiou & P. Coppens (Red.), *Aphasia : and related neurogenic communication disorders* (Second edition. utg., s. 37-61). Burlington, Mass: Jones & Bartlett Learning.
- Qvenild, E., Haukeland, I., Haaland-Johansen, L., Knoph, M. & Lind, M. (2010). Afasi og afasirehabilitering. I M. Lind, L. Haaland-Johansen, K. I. K. Monica & E. Qvenild (Red.), *Afasi – et praksisrettet perspektiv* (s. 23-37). Oslo: Novus.
- Reinar, L. M. & Jamtvedt, G. (2010). Hvordan skrive en systematisk oversikt? *Sykepleien forskning*, (3), 238-246.
- Shadden, B. (2005). Aphasia as identity theft: Theory and practice. *Aphasiology*, 19(3-5), 211-223. Hentet fra <https://doi.org/10.1080/02687930444000697>
- Simmons-Mackie, N. & Damico, J. S. (2008). Exposed and embedded corrections in aphasia therapy: issues of voice and identity. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 43 Suppl 1, 5-17. Hentet fra <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med6&AN=18432458>
- Simmons-Mackie, N. & Elman, R. J. (2011). Negotiation of identity in group therapy for aphasia: the Aphasia Cafe. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 46(3), 312-323. Hentet fra <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=med7&AN=21575072>

- Simmons-Mackie, N., Savage, M. C. & Worrall, L. (2014). Conversation therapy for aphasia: a qualitative review of the literature. I(Vol. 49, s. 511-526).
- Sorin-Peters, R. (2004). The evaluation of a learner-centred training programme for spouses of adults with chronic aphasia using qualitative case study methodology. *Aphasiology*, 18(10), 951-975. Hentet fra <https://doi.org/10.1080/02687030444000453>
- Sorin-Peters, R. & Patterson, R. (2014). The implementation of a learner-centred conversation training programme for spouses of adults with aphasia in a community setting. *Aphasiology*, 28(6), 731-749. Hentet fra <https://doi.org/10.1080/02687038.2014.891094>
- Sosial- og helsedirektoratet (2003). Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/registrering-av-iplos-data-i-kommunen/om-funksjonsvurdering-og-skarinndeling/bruk-av-kodeverk-internasjonal-klassifikasjon-av-funksjon-funksjonshemming-og-helse-icf>
- Tate, R.L., Perdices, M., Rosenkoetter, U., Shadish, W. & Vohra, S. (2016). The Single-Case Reporting Guideline In BEhavioural Interventions (SCRIBE) 2016 Statement. *Physical Therapy, Volume 96, Issue 7, 1 July 2016, Pages e1–e10*, Hentet fra <https://doi.org/10.2522/ptj.2016.96.7.e1>
- Thompson, C. K. & Worrall, L. (2008). Approaches to Aphasia Treatment. I L. Worrall, C. K. Thompson & N. Martin (Red.), *Aphasia rehabilitation : the impairment and its consequences* (s. 3-24). San Diego, Calif: Plural Pub.
- Wilkinson, R. (1999). Special issue: Conversation analysis - Introduction.
- Wilkinson, R., Bryan, K., Lock, S. & Sage, K. (2010). Implementing and evaluating aphasia therapy targeted at couples' conversations: A single case study. *Aphasiology*, 24(6-8), 869-886. Hentet fra <https://doi.org/10.1080/02687030903501958>
- Wilkinson, R., Lock, S., Bryan, K. & Sage, K. (2011). Interaction-focused intervention for acquired language disorders: facilitating mutual adaptation in couples where one partner has aphasia. *International journal of speech-language pathology*, 13(1), 74-87. Hentet fra <https://doi.org/10.3109/17549507.2011.551140>
- Worrall, L., Sherratt, S. & Ilias, P. (2017). Therapy Approaches to Aphasia. I P. C. Ilias Papathanasiou (Red.), *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. Burlington Jones & Bartlett Learning.

