

Hva er stamming?

– sett i relasjon til tidlig stammeforløp

På mange måter kan det virke unødvendig å stille spørsmålet, for vi vet jo så godt hva stamming er – eller gjør vi det? Når vi skal informere de som er berørt om stamming, og spesielt når det dreier seg om barn og deres foreldre, er det viktig at den informasjonen vi gir, er så oppdatert og hensiktsmessig som mulig. I denne artikkelen vil vi fokusere på noen temaer som vi mener har stor betydning i opplysningsarbeidet knyttet til stamming, både for logopeder, for dem som stammer selv, og for deres nærpå personer og pårørende. Spesielt foreldre til barn med stamming har behov for å få riktig og god informasjon. Vi håper denne artikkelen kan være til hjelp og støtte i dette arbeidet.

Stammings kompleksitet og variabilitet

«*Stuttering is whatever people who stutter feel their own stuttering to be*» (Shapiro, 2011, s. 8).

Alle mennesker har brudd i talen, uansett om de stammer eller ikke. Mengden av brudd og graden av muskelspenninger kan videre gi en indikasjon på om noe kan betegnes som stamming. Shapiro (2011) reflekterer over flyt-begrepet, og mener det kan være altfor begrensende å tenke taleflyt kun utfra perspektivet om at det i talen oppstår et stammeøyeblikk eller ikke. Han støtter seg til en bredere forståelse når han beskriver «flyt» på denne måten: «*Fluency is viewed along a continuum reflecting the ease with which speech is produced, rather than as a dichotomy reflecting the presence or absence of stuttering*» (2011, s. 28). Ikke-flyt knyttet til lingvistiske faktorer er også vesentlig å trekke inn i kartleggingen hos førskolebarn: «*[...] fluency involves both speech fluency and language fluency, with the latter including semantic, syntactic, pragmatic, and phonologic fluency*» (Shapiro, 2011, s. 28). Barn har mange brudd som også kan være basert på prosesser knyttet til både ordgjenkalling og ordleting. Når vi i denne sammenheng omtaler flyt i språkproduksjonen, mener vi en taleflytproduksjon som er jevn, rytmisk og uanstrengt (Lind, 2004).

Hvordan vi forstår ordet stamming, vil være avhengig av flere ulike faktorer. I tillegg til Shapiro vil vi spesielt trekke fram Alm (2005) sin definisjon, som vi mener kan favne begrepet på en hensiktsmessig måte.

Alms definisjon vektlegger følgende: «*Stuttering is a speech disorder characterized by difficulties to move forward in the speech sequence, when the person knows what to say. The difficulties are expressed as: sound initiation problems; prolongations of sounds; repetitions of sounds, syllables, words, or phrases; rephrasing; pauses; superfluous sounds or words; or avoidance of speech. In some cases the difficulties to move forward in the speech sequence are associated with abnormalities in muscular tension or abnormal movements, especially in the throat, mouth, and face, but also in the rest of the body. The disorder may be hidden if the person manages to use conscious strategies to avoid display of symptoms [...]*» (Alm, 2005, s. xix).

Det er tydelig at stamming innebærer mye mer enn de fysiske symptomene, men ikke nødvendigvis for alle. De følelsesmessige reaksjonene på stammingen kan videre påvirke hvordan den arter seg. Stamming påvirker også interaksjon mellom mennesker, og den kan få konsekvenser for personens liv, og for de store og små valgene som personen tar. For eksempel kan stamming styre valg av ord, fritidsaktiviteter, venner, kjæreste, yrke og så videre.

Shapiro (2011) har oppsummert og sammenfattet en forståelse som favner tre forskjellige perspektiver: 1) Stamming basert på synlige og hørbare symptomer observert hos lytteren (utenfra-perspektivet), 2) en standard faglig definisjon, og 3) den opplevde vurderingen av personen selv som stammer (innenfra-perspektivet).



Hilda Sønsterud, Kirsten Howells og Karoline Hoff

er logopeder i Statped sørøst, avdeling språk/tale, og tilknyttet team for taleflytvansker. De arbeider med klinisk oppfølging og samarbeid i brukersaker innen alle aldre, og holder kurs og driver kompetanseheving for logopeder innenfor feltet. Videre arbeider Hilda med forskning og fagutvikling, og er spesielt opptatt av stammebehandling og effektvurdering i relasjon til personer med stamming. Kirsten er spesielt interessert i skjult stamming og stamming etter hjerneskader. Karoline har sitt fokus på løpsk tale og stammebehandling av førskole- og skolebarn.

Epost: hilda.sonsterud@statped.no, kirsten.howells@statped.no, karoline.hoff@statped.no

Alle som jobber med stamming, opplever kompleksiteten og variabiliteten i vanskeområdet, og et mangfold av definisjoner finnes. Shapiro (2011) mener at alle definisjoner til sammen kan utgjøre en del av en sannhet, og vi støtter oss til denne tenkningen. Denne artikkelen vil videre spesielt fokusere på stamming relatert til små barn.

Stammingsens starttidspunkt og dens sværhetsgrad

Grovt sett kan vi tenke at stammingen begynner på det tidspunkt hvor mange barn er inne i en aktiv språk-utvikling, ofte mellom 2 og 5 årsalderen (nevrogen og psykogen stamming er da ekskludert). Nyere litteraturgjennomgang fant at det gjennomsnittlige tidspunktet for stammingsens start var 33 måneder (Yairi & Ambrose, 2013), mot det tidligere gjennomsnittet på 42 måneder (Yairi, 1997). I vår kliniske hverdag hører vi ulike historier fra foreldre om hvordan akkurat deres barn begynte å stamme, og tidspunktet for når de første gang registrerte stamming hos sitt barn. Noen barn begynte å stamme brått og hardt, mens andre igjen begynte lett og løst. Denne variabiliteten er helt i tråd med forskningen som har undersøkt stammingsens starttidspunkt, mønster og utviklingsforløp. Nyere studier (Yairi & Ambrose, 2005; Månsson, 2000; Buck, Lees & Cook, 2002) bekrefter her tidligere studier (Fröschels, 1952; Bloodstein, 1960; Preus 1981). I studien til Reilly og kollegaer (2009) ser vi at hele 50% av utvalget rapporterte om en plutselig og hard stammeatferd, mens Yairi og Ambrose (2005) rapporterte 40%. Dette er i samsvar

med Månsson (2000) og Buck, Lees og Cook (2002) som fant i sitt utvalg tilfeller av hard og plutselig stammeatferd tidlig i forløpet med henholdsvis 33% og 53%. Flere av studiene bekreftet funn hvor kroppslig strev og medbevegelser var en del av stammesymptomene tidlig i utviklingen. Dette indikerer et utviklingsforløp med stor variasjon og hvor stammingen opptrer svært sammensatt - også i tidlig fase.

Vi registrerer at enkelte logopeder presenterer stammeutviklingen i faser, og viser til Guitars faseinndeling (2006, 2014) hvor stammingen beskrives som lett og løs i begynnelsen, for at den deretter utvikler seg i en mer negativ retning med hardere og mer fastlåste blokkeringer og mer fysisk strev. Denne faseinndelingen benyttes hyppig og tolkes ofte absolutt, selv om Guitar selv understreker at det finnes unntak og individuelle forskjeller. Forskningen som er referert ovenfor, understreker videre en omfattende variabilitet både relatert til stammingsens kvantitet og kvalitet også i tidlig fase. Kan det være slik at det å inndele stammeutviklingen i faser ikke har så relevant betydning, da vi ser at stamme-mønster og stammeutvikling er individuelt i svært stor grad?

Stammeutviklingen følger ofte ikke en lineær progresjon, og kan spesielt for småbarn oppleves svært periodisk og kan veksle mellom ulike faser. Vi mener det er nødvendig å understreke at stammingen ikke alltid har en begynnelse som bærer preg av at stammingen er løs og

lett. Videre stiller vi spørsmål til hva som kan være hensiktsmessig i diagnostiseringsarbeidet i tidlig fase av stammeutviklingen. Det er en tydelig forskjell mellom taleflytmessige uregelmessigheter som finnes hos personer med stamming, og den type uregelmessigheter som finnes hos personer uten stamming. Typiske trekk som kan observeres hos barn med naturlig ikke-flyt kan blant annet være revisjoner, utfyllinger, ord og ordgruppegjentakelser. Atypiske trekk kan være lyd- og delords-gjentakelser, forlengelser og blokkeringer. Det er disse trekkene som vi i tillegg kan observere hos barn med mer typisk stammeatferd.

Vi bør som fagpersoner bidra med viktige nyanseringer som favner om variabiliteten og kompleksiteten også i tidlig fase. I sammenhenger hvor foreldre informerer om sitt barns alvorlige og harde stamming og er bekymret for dette, kan det være hensiktsmessig å informere om at den brå og plutselige stammingen ikke nødvendigvis har et dårligere utgangspunkt og forløp enn den lettere og løse stammingen. Med støtte i studier av Månsson (2000) og Yairi og Ambrose (2005), kan tendensen faktisk se ut som det motsatte, hvor det var en større hyppighet av mild stamming i det utvalget som opplevde mer varig stamming.

Insidens, risikofaktorer og prognose

Hvor mange som opplever stamming i løpet av barneårene er av betydning for oss logopeder, og spesielt for foreldre. Det er hensiktsmessig å være bevisst risikofaktorer som kan ligge til grunn hos barn som opplever tidlig stamming, sannsynligheten for opphør av stamming, samt å kunne vurdere sannsynligheten for vedvarende stamming. Vi vil kortfattet sette lys på og drøfte flere av aspektene nedenfor.

Insidens

Nyere studier tyder på at livstidsforekomsten av stamming er høyere enn den tidligere antatte insidensen på 5-6 % (Andrews & Harris, 1964; Månsson, 2000; Bloodstein & Bernstein Ratner, 2008). Reilly og kollegaer (2009, 2013) har gjort en stor epidemiologisk studie for å blant annet kartlegge insidens og risikofaktorer. Nesten to tusen barn ble rekruttert fra helsestasjoner i Melbourne ved åtte måneders alder som en del av lengdesnittstudien «The Early Language in Victoria Study» (ELVS) (Reilly et al., 2007). På denne

måten sikret de bakgrunnsinformasjon om barna før stammingsstart, og faktorer som ble kartlagt var blant annet familiehistorie knyttet til språk og tale, sosio-økonomisk status, foreldrenes utdanningsnivå, psykisk helse, minoritetsstatus og detaljer knyttet til fødsel. Deltagerne fikk informasjon og beskrivelser om stamming i posten da barna ble 2 år, og de ble bedt om å kontakte forskergruppen om de observerte slike tegn. Ved 2 års alder var det 1619 barn igjen i utvalget, altså 85 % av de rekrutterte, da noen hadde flyttet og andre trukket seg fra studien av uvisse årsaker. Foreldrene som rapporterte inn stammeliknende atferd hos barnet ble fulgt opp med hjemmebesøk av forskergruppen for å vurdere stammingen. Videoopptak fra lekesituasjon og utfylling av sværhetsskala ble foretatt, og vurdering av videoopptak ble i etterkant gjort av flere logopeder i forskerteamet. Familiene fikk månedlige hjemmebesøk den kommende tiden for å følge den tidlige stammingsutvikling. I de tilfeller der det var tvil om barnet stammet, ble barnet ikke inkludert i utvalget. Resultatene indikerte at insidensen var 8,5 % ved fylte 3 årsalder (Reilly et al., 2009) og 11,2 % i utvalget ved nylig fylte 4 år (Reilly et al., 2013). En pågående studie fra samme forskergruppe vil ta for seg den videre utviklingen, og det forventes at insidensen vil stige ytterligere når man også får med dataene fra etter fylte 4 år og oppover. Noen vil kanskje være skeptisk til disse tallene som er høyere enn hva man tidligere har antatt. Vi vil trekke frem noen aspekt fra to sammenliknbare studier; Bornholm undersøkelsen med 1042 barn (Månsson, 2000) og '1000 Family survey' (Andrews & Harris, 1964), som begge fikk en insidens på omtrent 5 %. I Bornholm begynte kartleggingen fra fylte tre år, og en svakhet med studien var at data kan ha gått tapt siden de muligens ikke fikk med alle barna som begynte å stamme da de var 2 år. Svakheter i '1000 Family' studien var at taleflyten ble vurdert av helsearbeidere, og ikke logopeder, i tillegg til at det i denne studien er uklart ved hvilken alder barna ble fanget opp. Ved alle tre studiene kan det betraktes som en svakhet at det ikke foreligger spesifikke kriterier for hva som defineres som tidlig stamming. Imidlertid hadde det vært overraskende om studiene hadde hatt en tydelig klarhet i dette, da det i forsker- og klinikermiljøet på verdensbasis i dag ikke råder noen fullstendig enighet om dette. Da vi ser at foreldrenes pålitelighet til å identifisere stamming hos eget barn stemmer med egne kliniske erfaringer, mener

vi det er viktig i større grad å legge foreldrenes vurderinger til grunn. Dette har også støtte i forskning som har vist at foreldre kan være en pålitelig kilde i identifisering av stamming (Einarsdottir & Ingham, 2010).

En høyere insidens støttes også av Yairi og Ambrose (2013) som har gjort en gjennomgang av seks epidemiologiske studier, og de fant at insidensen var 8-10 %. De trakk frem at fire av de seks studiene var tydelig på at insidensen på 5 % burde revurderes. Når det gjelder stamming er for øvrig underestimering mer sannsynlig enn overestimering fordi folk ikke pleier å påstå at de stammer om de ikke gjør det (Yairi og Ambrose, 2013). Reilly og kollegaer (2013) sin seneste studie er dessuten for ny til å ha blitt inkludert i gjennomgangen, og insidensen på 11,2 % ville ha høynet gjennomsnittet noe. Et moment verdt å merke seg er at Yairi og Ambrose vurderte det til at studien i Melbourne var den med mest hensiktsmessig metode for å vurdere stammings forekomst. De begrunnet dette med at studien ble gjort på en populasjon, og de møtte kriteriene for tidlig kartlegging og inkluderte fagpersoner til å vurdere hver kasus.

Med bakgrunn i de oppsummerte forskningsresultatene, vil vi påstå at det for fremtiden vil være feilaktig å henviser til en insidens på 5 %, når forskningen totalt heller mot en insidens på ca. 10 % eller godt over. Hva vil en høyere insidens bety? En høyere insidens behøver ikke å bety noe negativt, men heller at stammingen kan alminneliggjøres ved å kunne vise til at det er ganske mange foreldre og førskolebarn som opplever det i løpet av en periode. Vi håper den oppdaterte informasjonen for fremtiden vil spres til foreldre og barnehager rundt om i landet da nettopp informasjon i seg selv er et godt tiltak for foreldre. Det vil være hensiktsmessig å starte prosessen med å oppdatere brosjyrer, materiell og muntlig informasjon om stamming. God og saklig informasjon kan bidra i prosessen med å berolige foreldre, samt planlegge betimelig intervensjon i oppfølgingen.

Risikofaktorer ved stammings start

Det har gjennom tidene blitt foreslått mange ulike risikofaktorer for utvikling av stamming. Slik vi ser det, er det viktig å få klarhet i hvilke faktorer som er pålitelige og støttet av forskningen. I dagens samfunn er det enkelt å søke frem informasjon på internett, og en mulig fare med dette er at foreldre selv kan lese seg til usikre

faktorer. Vi har erfart at en del foreldre klandrer seg selv for at eget barn har begynt å stamme, med begrunnelse at det for eksempel var et samlivsbrudd eller en flytteprosess i perioden hvor stammingen begynte.

Reilly og kollegaer (2009, 2013) fant at stammings start kunne assosieres til blant annet følgende faktorer; noe høyere hyppighet av gutter (58,6 %), tvilling, og høyere vokabular ved to års alder. Stammings start kunne med andre ord ikke settes i sammenheng med språklig forsinkelse, spesiell sårbarhet eller sosiale- eller miljømessige faktorer. At stammings start ikke kan assosieres med språklig forsinkelse eller fonologiske vansker støttes av Nippold (2004, 2012). Litteraturgjennomgang av Kefalianos og kollegaer (2012) har vist at det er utfordrende å finne et entydig svar på i hvilken grad følelses- og sårbarhetsaspektet påvirker den tidlige stammingen, da 9 av 10 studier ikke hadde informasjon fra perioden før barnet begynte å stamme. Det at små barn kan utvikle negative holdninger og følelser knyttet til egen snakking kan være en følge av selve stammingen.

Prognose

Det kan være hensiktsmessig å vurdere sannsynligheten for om stammingen kan være av forbigående eller varig karakter. Dette både for å bistå med relevant logopedisk oppfølging og informere bekymrede foreldre og barn.

Illinoisstudien (Yairi & Ambrose, 2005) er en lengdesnittstudie som har bidratt til nyttig informasjon på feltet, og spesielt med hensyn til prognose. Det var viktig for forskerne at utvalget representerte et mangfold, og ikke bare familier som hadde søkt hjelp fra fagpersoner i forhold til barnets stamming. Det var også viktig for dem å fange opp barna så tidlig som mulig, uansett varighet fra stammings start. Forskerne rekrutterte familier ved å sende ut brev til logopeder, leger og barnehager, skrive artikler i media, og innslag i radio-program. Inklusjonskriterier var blant annet at barna måtte være 6 år eller yngre, at foreldrene var sikre på at barnet stammet, og at det ble observert av forskerne minst 3 stammeligende brudd per 100 stavelser i spontantale. Videre at stammings sværhetsgrad ble evaluert til minimum 2 på en skala fra 0-7. Totalt ble 89 barn fulgt opp over tid. Barna ble fanget opp kort tid etter stammings start og det ble utført 6 oppfølgingsmålinger mellom 6 måneder og 4 år etter den første

kartleggingen. En siste oppfølging ble utført 5-8 år senere. Stammering ble betraktet som vedvarende i tilfeller hvor den fortsatt var til stede fire år etter den først oppsto. For at stammering skulle betraktes som opphørt, måtte barnet oppfylle følgende kriterier i minst 4 år: ingen stammering registrert av forskerne, ingen stammering registrert av foreldrene, og færre enn 3 talebrudd per 100 stavelser.

Studien viste at stammering opphørte for 31 % av barna innen 2 år, 63 % innen 3 år og 79 % innen 5 år etter den først oppsto. At mange barn oppnådde naturlig remisjon få år etter stammeringens start, bekreftes av annen forskning. Ryan (2001) identifiserte 68 % opphør av stammering uten behandling innen 2 år i et utvalg med 22 førskolebarn, og Bornholmundersøkelsen viste at vel 71% av barna sluttet å stamme innen 2 år (Månsson, 2000). Dworzynski og kollegaer (2007) utførte en tvillingstudie som fulgte opp 12,892 barn fra 2 til 7 år. Av 950 barn med stammering identifisert ved foreldre-rapportering, hadde stammering opphørt hos 86 % ved 7 årsalder.

Det kan videre være interessant å trekke frem funn fra Reilly og kollegaer (2013) som fant kun 6,3 % naturlig opphør 12 måneder etter stammeringens start i sitt utvalg. Dette kan være viktig informasjon å ta med oss til samtaler med foreldre. For noen foreldre kan det være bekymringsfullt at barnet fremdeles stammer etter et år, men for mange barn er det fremdeles gode sjanser for «å vokse stammering av seg» selv etter det første året. Om en regner med at insidensen for barn som opplever stammering er høyere enn tidligere antatt, vil dette også bety at prosentandelen av de som vil oppnå naturlig bedring er høyere. Dette må selvsagt ikke fungere som en slags hvilepute for ikke å starte logopedisk oppfølging. Dette fordi vi enda ikke vet akkurat hvilke barn som står i risikozonen for vedvarende stammering.

Likevel, og selv om det alltid finnes unntak, er det faktorer som til en viss grad kan forutse økt risiko for at stammering kan vedvare. Dette kan være nyttig informasjon i prioritering og planlegging av behandlingsmål og tiltak. Shapiro (2011) oppsummerer faktorene som ble identifisert i Illinois studien. Disse inkluderer:

- *Stammeringens varighet.* Naturlig opphør skjer oftest innen 3-4 år etter stammeringens start.
- *Stammering i familien.* Kronisk stammering er mer sannsynlig dersom det finnes vedvarende stammering i familien. Hvis stammering opphørte for et medlem er det mer sannsynlig at barnet også kan oppleve dette.
- *Kjønn.* Det er større sannsynlighet for vedvarende stammering hos gutter.

Nær til debut av symptomene (de første 6-12 månedene) hadde verken sværhetsgrad av stammering eller type stammeligende brudd (lydgjentagelser, forlengelser, blokkeringer) noe å si for om stammering skulle vedvare eller ikke (Yairi & Ambrose, 2005). Dette bekrefter det som ble trukket frem tidligere i artikkelen om at variabiliteten nær stammeringens start er stor, og at det ikke er av stor betydning for videre utvikling. Forskning utført av Howell og Davis (2011) og Howell (2013) foreslår derimot at sværhetsgrad av stammering ved 8-års alder (målet med instrumentet SSI-3) kan forutse med ca. 80 % nøyaktighet om stammering vil opphøre før barnet blir tenåring.

Interessant nok fikk ingen av barna i Illinois studien som opplevde opphør av stammering formell behandling. Bloodstein og Bernstein Ratner (2008) har gjennom litteraturgjennomgang funnet at omtrent 75 % av barna som begynner å stamme oppnår bedring uten noen form for intervensjon. Likevel kan det være interessant å vurdere hva som regnes som «behandling». For eksempel, er det behandling hvis foreldre eller lærere spontant bruker elementer fra Palin PCI (Parent-Child Interaction) metodikken? Videre; er det behandling hvis barnet og læreren avtaler strategier for å håndtere stammering i timene, eller er det behandling hvis barnet eller foreldrene utvikler strategier for å påvirke taleflytproduksjonen ved å øve regelmessig hjemme? Som Ward (2013, s.136) fremhever det; «*often difficult to know where to draw the line as to where exactly therapy begins. This in turn complicates the concept of what really does constitute recovery without therapy.*»

Da det er vanskelig å si noe sikkert om prognose knyttet til stammeutviklingen, vil tidlig innsats være det optimale og gjelde alle de som har tatt kontakt med hjelpe-

apparatet. Videre er det av stor betydning at det i tillegg kan gjøres en meningsfull risikovurdering om det er sannsynlig at barnet vil oppleve vedvarende stamming. For de barn som har tilgang på logoped, så blir det i stor grad opp til oss logopedene å avgjøre om barn skal starte behandling for sin stamming eller ikke. Om det utsettes med å komme i gang med behandling, kan vi risikere at barnet opplever flere negative reaksjoner til sin stamming. Dette har vist seg å kunne øke sannsynligheten for vedvarende stamming (Månsson, 2000, Yairi & Ambrose, 2005).

«Tidlig stamming», «stotring», eller «stammeliknende ikke-flyt»?

Vi kan finne mange ord i litteraturen som betegner ikke-flyt, og vi ønsker å gi en kort faglig refleksjon over noen av ordene. Mulig er det grunnlag for å rydde litt i ordbruken knyttet til stamming i tidlig fase. Vi tror «tidlig stamming» er et veldig egnet begrep å bruke, mer enn «begynnende stamming». «Tidlig stamming» er som oftest vanlig å observere hos mange barn som er i en eksplosiv fase i språkutviklingen, og flertallet av de barn som opplever denne type stamming, slutter å stamme etter kortere eller lengre tid, som beskrevet ovenfor. Bruker vi begrepet «begynnende stamming» tenker mange at det naturligvis blir en fortsettelse på stammingen. Siden naturlig opphør av stamming er såpass vanlig, så kan «tidlig stamming» muligens være en mer dekkende betegnelse. En slik betegnelse kan benyttes når stammingen er i tidlig fase, og har en varighet over en viss periode. Utfordringen for oss logopedene, blir ofte å vurdere risikoen for at stammingen kan bli av en mer kronisk eller vedvarende karakter.

«Stotring» er et etablert ord i Norge til tross for at det ser ut til å være stor usikkerhet blant logopedene om meningsinnholdet. Det er uklart om ordet «stotring» utgjør den naturlige ikke-flyten som er vanlig å observere hos et barn, eller inneholder en slags mellomting mellom naturlig ikke-flyt og det som Guitar (2014) definerer som «borderline stuttring». Vi tror det mer gunstig å unngå ordet «stotring» innenfor en logopedisk kontekst, spesielt fordi vi ser at denne kategorien ikke brukes stringent nok blant logopedene, eller har nødvendigvis noen prognostisk verdi. Videre registrerer vi at ordet mangler en felles «gjenklang» i andre land. Vi tror i så fall «naturlig ikke-flyt» og «stamming» er mer

hensiktsmessige ord å benytte. Da kan fokus heller gå i retning av å analysere og vurdere taleproduksjonen og taleflytbruddene innenfor en kontekst som er mer kjent internasjonalt.

Vi antar at foreldrene selv kan vurdere en forskjell mellom stamming og naturlig ikke-flyt i snakkingen til sitt eget barn (Einarsdottir & Ingham, 2010). Når foreldrene først tar kontakt med hjelpeapparatet, så er det som regel en reell bekymring de har, og at det da kan forventes at det faktisk er stamming de har observert. Vi tror at det å skjelne mellom stamming og naturlig ikke-flyt ofte lar seg som gjøre uten at en logoped behøver være inne i bildet.

Det mest utfordrende blir kanskje å kunne skjelne mellom det typiske og det atypiske innenfor den såkalte «stammeliknende ikke-flyten». Det er nok innenfor denne kategorien vi kan finne størst faglig uenighet og faglig usikkerhet, også internasjonalt. På mange måter kan den «stammeliknende ikke-flyten» utgjøre en slags gråsoner og et vanskelig faglig terreng å orientere seg i. Her kan enkelte stammesymptomer vurderes av noen forskere og klinikere som stamming, samtidig som det hos andre igjen ikke vurderes som stamming. En forskjell i definisjon kan dermed føre til forskjell i resultater og funn i forskningen. Som eksempel her kan diskusjonen mellom Howell (London) og Onslow, Packman med kollegaer (Sydney) være med på å tydeliggjøre kompleksiteten. Onslow med kollegaer inkluderer de barn som har en høy frekvens av gjentakelser av hele ord, mens Howell mener de bør utelates (Howell 2011). Den australske forskningsgruppen henviser til World Health Organization (2007) sin definisjon av stamming, hvor det forutsettes at stammingen skal regnes med kun når dens sværhetsgrad er slik at den forstyrrer flyten i talen markant (Onslow et al. 2011).

I Norge har det ikke tidligere vært noen tradisjon for å vurdere stamming gjennom formell kartlegging. Tidligere har vi i forskjellige logopediske sammenhenger, og ofte basert på tilfeldigheter, brukt ulike redskap og ulike markører for å vurdere stamming. Som oftest er vurderingene basert kun på en uformell kartlegging, uten noen former for spesifikke mål og markører. Kanskje vil det være hensiktsmessig om vi i framtiden kan finne flere felles kliniske markører, både for å kunne vurdere

mengde og type taleflytbrudd, men også for å kunne vurdere personens opplevde reaksjoner og relaterte følelser og konsekvenser knyttet til stammingen. Å vurdere stammingen er nødvendig både for å kunne si noe om stammesymptomene, men også for å kunne vurdere stammeutviklingen og effekt av eventuelle tiltak. En kontinuerlig vurdering og evaluering er nødvendig for å kunne si noe om stammingen i en endringsprosess. Tiden er som oftest en knapp faktor for mange logopedier, og valg av markører og måleinstrumenter kan igjen være påvirket av hvor mye tid vi har til rådighet i hvert enkelt tilfelle.

Håndtering av stamming

For de fleste av oss, er det heldigvis den kliniske vurderingen som blir relevant; hvor det praktiske og pragmatiske aspektet stort sett må få prioritet innenfor en hektisk, logopedisk hverdag. For de fleste barn som stammer, vil taleproduksjonen fortløpende veksle mellom naturlig ikke-flyt og stamming. Viser foreldrene, barnehagepersonalet eller barnet selv en bekymring, bør det tas på alvor. Da kan det være gunstig å gjennomføre en logopedisk utredning for å skaffe oversikt over de risikofaktorer som kan følge hvert enkelt barn som blir henvist for sin stamming, samt å vurdere egnet intervensjon.

Foreldre ønsker selvsagt den beste logopedoppfølging og hjelp til sitt eget barn. Foreldre bør få informasjon tidligst mulig i samarbeidet, og jo mer opplyste foreldrene er, dess mer realistisk kan de forholde seg til barnets stamming. Vi lever i et informasjonssamfunn hvor tilgang på informasjon om stamming er formidabel på et internasjonalt nivå, men dessverre begrenset på nasjonalt nivå. Foreldrene kan selv søke seg fram til informasjon, men det er ikke nok. De bør få nødvendig tid sammen med en logoped, hvor det kan gis god plass til samtale og spørsmål. Jo tryggere en logoped er i disse samtalene, dess tryggere kan foreldrene bli i å håndtere barnets stamming hjemme.

Videre er det av stor betydning at en fagperson innehar den kunnskap om tilgjengelig tiltak som kan være aktuelt å igangsette for det enkelte barn. Foreldrene etterspør ofte hvilke typer behandling som finnes og som kan være effektive for deres eget barn. Hva som vurderes, vil være avhengig av flere faktorer. Prinsipielt er

vi opptatt av å kunne anerkjenne både den indirekte og direkte oppfølgingen, og at direkte behandlingskontakt bør vurderes i de tilfeller hvor barnets stamming synes å være av en vedvarende karakter. Vi bør ikke vente for lenge med å introdusere tiltak som innebærer direkte oppfølgingskontakt med det enkelte barn. Stammingen bør alminneliggjøres, og det viktigste for barnet er at kommunikasjonen med de voksne er ærlig og autentisk. Det er ikke noe grunnlag i forskningen som tilsier at foreldre eller logopedier «beskytter» barnet best ved ikke å snakke om stammingen. Hvert enkelt barn fortjener å bli sett og anerkjent, også barnets stamming.

Oppfølgende artikler om kartlegging og stammebehandling vil komme som etterfølgere til denne artikkel.

Elgen Svea

av Odd Haugstad

Ny bok!

Kjærlighets-
historie
mellom et
dyr og et
menneske



kr. 158,-

Pedagogisk Forlag (fraktfritt):
Tlf. 92662945/Fax: 38045552 – eller i bokhandel



Referanser

- Alm, P. A. (2005). *On the Causal Mechanism of Stuttering*. Lund University: Sweden.
- Andrews, G. & Harris, M. (1964). *The syndrome of stuttering*, Clinics in developmental medicine, nr. 17. London: William Heineman Medical Books Ltd.
- Bloodstein, O. & Berstein Ratner, N. (2008). *A handbook on stuttering*. San Diego: Singular.
- Bloodstein O. (1960). The development of stuttering: I. Changes in nine basic features. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 25, 219-37.
- Buck S.M., Lees R. & Cook F. (2002). The influence of family history of stuttering on the onset of stuttering in young children. *Folia Phoniatica*, 54, 117-24
- Dworzynski, K., Remington, A., Rijdsdijk, F., Howell, P. & Plomin, R. (2007). Genetic Etiology in Cases of Recovered and Persistent Stuttering in an Unselected, Longitudinal Sample of Young Twins. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 16, 169-178.
- Einarsdottir, J. & Ingam, R. (2010). Accuracy of parent identification of stuttering occurrence. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 44, 847-863.
- Fröschels E. (1952). The significance of the symptomatology for the understanding of stuttering. *Folia Phoniatica*, 4, 217-230.
- Guitar B. (2006). *Stuttering: an integrated approach to its nature and treatment* (3. utg.) Baltimore: Williams and Wilkins
- Guitar, B. (2014). *Stuttering: an integrated approach to its nature and treatment* (4. utg.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Howell, P. (2011). Listening to the lessons of The King's Speech. *Nature*, 470, 7
- Howell, P. & Davis, S. (2011). Predicting Persistence of and Recovery from Stuttering by the Teenage Years Based on Information Gathered at Age 8 Years. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 32, 196-205.
- Howell, P. (2013). Screening school-aged children for risk of stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 38, 102-123.
- Kefalianos, E., Onslow, M., Block, S., Menzies, R. & Reilly, S. (2012). Early stuttering, temperament and anxiety: Two hypotheses. *Journal of Fluency Disorders*, 37, 1551-163.
- Lind, M. (2004). Flyt i språkproduksjonen. *Norsk Tidsskrift for Logopedi* 1, 21-26.
- Månsson H. (2000). Childhood stuttering: incidence and development. *Journal of Fluency Disorders*, 25, 47-57.
- Nippold, M. A. (2004). Phonological and language disorders in children who stutter: impact on treatment recommendations. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 18, 145-159.
- Nippold, M. A. (2012). Stuttering and language ability in children: Questioning the connection. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 21, 183-196.
- Onslow M. & Packman A. (2011). Stuttering studies support treatment. *Nature*, 470, 465
- Preus A. (1981). *Identifying Subgroups of Stutterers*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Reilly, S., Wake, M., Bavin, E. L., Prior, M., Williams, J., Bretherton, L., Eadie, P., Barrett, Y. & Ukoumunne, O. C. (2007). Predicting language at 2 years of age: a prospective community study. *Pediatrics*, 120(6), 1441-1449.
- Reilly, S., Onslow, M., Packman, A., Wake, M., Bavin, E. L., Prior, M., Eadie, P., Cini, E., Bolzonello, C. & Ukoummune, O. C. (2009). Predicting Stuttering Onset by the Age of 3 Years: A Prospective, Community Cohort Study. *Pediatrics*, 123(1), 270-277.
- Reilly, S., Onslow, M., Packman, A., Cini, E., Conway, L., Ukoumunne, O. C., Bavin, E.L., Prior, M., Eadie, P., Block, S. & Wake, M. (2013). Natural History of Stuttering to 4 Years of Age: A Prospective Community-Based Study. *Pediatrics*, 132, 460-467.
- Ryan, B. (2001). A longitudinal study of articulation, language, rate, and fluency of 22 preschool children who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 26, 107-127.
- Shapiro, D.A. (2011). *Stuttering Intervention: A Collaborative Journey to Fluency Freedom*. Austin, Texas: PRO-ED Inc.
- Ward, David. (2013). Risk factors and stuttering: Evaluating the evidence for clinicians. *Journal of Fluency Disorders*, 38, 134-140.
- World Health Organization (2007) ICD
- Yairi, E. (1997). Disfluency characteristics of early childhood stuttering. I R. F. Curlee & G. M. Siegel (red.), *Nature and treatment of stuttering: New directions* (2. utg., s.49-78). Boston: Allyn & Bacon.
- Yairi, E. & Ambrose, N. (2013). Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *Journal of Fluency Disorders* 38, 66-87.
- Yairi, E. & Ambrose, N.G. (2005). *Early Childhood Stuttering: For Clinicians by Clinicians*. Austin, Texas: PRO-ED Inc.