

1233

DYSFASIAKUNTOUTUKSEN MUUTOS KAHDEN TAPAUSSSELOSTEEN VALOSSA

Outi Salmenoja

Erityispedagogiikan pro gradu -tutkielma
Kevät 1998
Jyväskylän yliopisto/
Avoin yliopisto
Kokkola

TIIVISTELMÄ

Salmenoja, Outi
Dysfasiakuntoutuksen muutos kahden tapauselosteen valossa
Jyväskylän yliopisto/ Avoin yliopisto Kokkola

Tämän kvalitatiivisen deskriptiivisen tapaustutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla nykyistä dysfasia -tietoutta ja kuntoutuskäytäntöjä sekä pohtia, mitä mahdollisuuksia on vastata edelleen kasvavaan kuntoutustarpeeseen. Taustaosa esittelee lähestymistapoja kielihäiriöihin eri luokittelumallien avulla keskeisenä tällä hetkellä käytetyin Rapinin ja Allenin diagnosointimenetelmä. Kielihäiriöiden yhteyttä oppimisvaikeuksiin käsitellään lyhyesti. Dysfasian uusina kuntoutusmuotoina esitellään viittomat, päiväkotikuntoutus, toimintaterapia ja neuropsykologinen kuntoutus.

Aineistonkeruumenetelminä ovat haastattelu, kysely ja valmiiden dokumenttien käyttö. Dysfaattisen lapsen ja hänen perheensä elämään luodaan näkökulmia äitien, opettajan ja päiväkodin henkilökunnan sekä kuntouttaja-puheterapeutin kautta. Tutkimushenkilöinä oli kaksi dysfaattista lasta, joiden ikäero on 12 vuotta. Tutkimus suoritettiin kevään 1995 ja syksyn 1997 välisenä aikana. Molempien lasten äitejä ja toisen opettajaa haastateltiin. Päiväkodin henkilökunta vastasi kyselylomakkeeseen. Äitien haastatteluja, joissa kulkivat mukana dokumentit, analysoitiin juonirakenneanalyysillä. Muun aineiston analysoinnissa käytettiin sisällönanalyysiä.

Tutkimus osoitti, että dysfasia -tietous on vuosikymmenen aikana huomattavasti lisääntynyt. Kuntoutuskenttä on monipuolistunut siten, että perinteisen puheterapian rinnalle on tullut uusia kuntoutusmuotoja. Kuntouttajien välinen yhteistyö on kuitenkin vielä vähäistä. Ns. manuaaliset menetelmät, lähinnä viittomat, ovat osoittautuneet merkittäväksi keinoksi dysfasiakuntoutuksessa; ne pitäisi vain saada kaikkien kuntoutukseen osallistuvien käyttöön.

Kasvava kielihäiriöisten joukko tulee luomaan yhä lisää haasteita kaikille kuntouttajille. Toimiva yhteistyö eri kuntouttajien välillä on eräs keino vastata näihin haasteisiin. Päiväkotien lapsiryhmät olisi pystyttävä pitämään heterogeenisina; yksi mahdollisuus olisi kouluttaa joistakin lapsista interventioagentteja. Varhaiskuntoutuksen vaikuttavuutta on vaikea vielä arvioida johtuen seurantatutkimusten vähyydestä. Seurantatutkimukset mahdollisesti yhdessä aivotutkimuksen kanssa auttavat kehittämään kuntoutusta enemmän ns. täsmäterapian suuntaan. Myös diagnosointikäytäntöjä voidaan joutua muuttamaan

HAKUSANAT: dysfasia/kielihäiriöt, Rapinin ja Allenin dysfasialuokitus, dysfasia ja oppimisvaikeudet, dysfasiakuntoutus

ALKUSANAT

Kahdenkymmenen vuoden työuran jälkeen on suuri tarve tuoreuttaa ja syventää ammatillista tietoutta. - Parasta täydennyskoulutusta on suorittanut uusi arvosana, totesi laudaturseminari-ohjaajamme Tuula Matikainen. Miten oikeassa hän olikaan, sen olen nyt omakohtaisesti kokenut. Jo pelkästään keräämälläni pro gradu -tutkimuksen teoriataustalla olen pitänyt kaksi alueellisen koulutuksen luentoa pienemmistä esityksistä puhumattakaan. Hankkimani uudet tiedot tekevät minut ammatillisesti kompetentimmaksi erikoissairanhoidollisella tasolla puheterapeuttien erikoistumiskoulutuksen edelleen viipyessä.

Kiitän työnantajaani Seinäjoen sairaalaa luvasta käyttää sairauskertomustietoja. Nyt jo eläkkeelle siirtynyttä lastentautien ylilääkäri Ulla Kaskea on kiittäminen yleisestä puheterapian arvostuksen nostamisesta sairaalassamme. Erikoislääkäri Kaarina Rothia kiitän lämpimästi alkuinnoituksesta. Erityiskiitokset kasvatustieteiden tohtori Tuula Matikaiselle, joka ainoana on jaksanut uskoa tämän työn valmistumiseen. Aina häneltä on löytynyt kannustava kommentti.

Tutkimuksen suorittamisessa sain arvokasta apua sairaanhoitopiirin alueella toimivalta erityisopettajalta sekä erään päiväkodin henkilökunnalta. Heille kiitokset. Lopuksi haluan kiittää asiakkaitani ja heidän perheitään. Erityisesti tutkimukseeni osallistuneita, mutta myös kaikkia muita matkan varrelta. Te olette opettaneet minulle paljon.

Seinäjoella 10. tammikuuta 1998
Outi Salmenoja

SISÄLTÖ

1. JOHDANTO.....	1
1.1 Tutkimuksen tarve.....	1
1.2 Oman työn reflektointia.....	1
1.3 Terminologiaa.....	3
2. MITÄ DYSFASIA ON.....	4
2.1 Dysfasian luokittelua.....	4
2.1.1 Varhaisempia luokittelumalleja.....	4
2.1.2 Wilsonin ja Risuccin luokittelumalli.....	4
2.1.3 Aramin ja Nationin luokittelumalli.....	4
2.1.4 Rapinin ja Allenin luokittelumalli.....	4
2.1.5 Rodriguez-Santosin ja Laheyn luokittelumalli.....	5
2.1.6 Korkmanin luokittelumalli.....	6
2.1.7 Sahlenin ja Nettelbladin luokittelumalli.....	6
2.2 Dysfasian erotusdiagnostiikkaa.....	7
2.2.1 Poissulkuteoria.....	7
2.2.2 Mukaanlukuteoria.....	7
2.2.3 Diskrepanssiteoriat.....	8
3. RAPININ JA ALLENIN DYSFASIALUOKITUS.....	10
3.1 Puhtaasti reseptiivinen häiriö.....	10
3.1.1 Auditiivinen agnosia.....	10
3.2 Puhtaasti ekspressiiviset häiriöt.....	10
3.2.1 Verbaali dyspraksia.....	10
3.2.2 Fonologisen ohjelmoinnin häiriö.....	11
3.3 Reseptiivis-ekspressiiviset häiriöt.....	12
3.3.1 Fonologis-syntaktinen häiriö.....	12
3.3.2 Leksikaalis-syntaktinen häiriö.....	14
3.3.3 Semanttis-pragmaattinen häiriö.....	15
4. DYSFASIA JA OPPIMISVAIKEUDET.....	17
4.1 Dysfasia ja kielelliset oppimisvaikeudet.....	17
4.2 Dysfasia ja matemaattiset oppimisvaikeudet.....	19
5. DYSFASIAKUNTOUTUKSEN UUSIA MUOTOJA.....	20
5.1 Tukiviittomat.....	20
5.2 Päiväkoti/miljööterapia.....	20
5.3 Toimintaterapia.....	22
5.4 Neuropsykologinen kuntoutus.....	23
6. TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN.....	25
6.1 Tutkimustehtävät.....	25
6.2 Tutkimuksen käsitteistöä ja taustamäärittelyä.....	25
6.3 Tutkimushenkilöt ja tutkimusmenetelmät.....	26
6.4 Tutkimuksen reliaabelius ja validius.....	27

6.5 Aineiston analysointi.....	28
6.5.1 Analysoinnin teoriaa.....	28
6.5.2 Analysointimenetelmät.....	29
6.5.3 Subjektiivinen adekvaattius.....	29
6.6 Minnan puheterapia-ura.....	29
6.6.1 Opettajan näkökulma.....	30
6.6.2 Äidin näkökulma.....	31
6.7 Jarin puheterapia-ura.....	34
6.7.1 Päiväkodin näkökulma.....	35
6.7.2 Äidin näkökulma.....	36
7. AINEISTON ANALYSOINTIA	39
7.1 Äiti ja puheterapeutti; varhaiskuntoutustiimi.....	39
7.2 Dysfaattinen lapsi koulussa; sananselitystä.....	43
7.3 Dysfaattinen lapsi päiväkodissa; samanlainen kuin muutkin?.....	44
8. POHDINTAA.....	46
8.1 Luokittelumallien kehityksestä ja hyödystä.....	46
8.2 Dysfasiakuntoutuksen nykypäivää.....	48
8.3 Kohti uudistuvaa dysfasiakuntoutusta.....	50
LÄHTEET.....	52
LIITTEET.....	58

1 JOHDANTO

1.1 Tutkimuksen tarve

Puheterapeutin työssäni olen selkeästi havainnut sen suuren muutoksen, mikä dysfasia-tietoudessa ja dysfasiakuntoutuksessa on viimeisen kymmenen vuoden aikana tapahtunut. Kaksikymmentä vuotta sitten vastavalmistuneena puheterapeutina koko käsite dysfasia oli tuntematon. Puheen kuntoutuksen painopiste oli tuolloin dysfonologiassa. Viivästynyt puheenkehitys oli laaja yleistermi häiriöille, joissa ääntämykselliset puutteet ja niiden kuntoutus oli keskeistä. Ainakin kentällä toimivien puheterapeuttien tietoisuuteen dysfasia-käsite alkoi tunkeutua vasta 1980-luvulla.

Arvioitaessa kielihäiriöisten lasten kuntoutusta ennen ja nyt on rehellisesti tunnustettava kuntoutuksellisten tietojen ja taitojen olleen tuolloin vielä kehitysvaiheessa. Tarjolla oli vain puheterapiaa, lähikuntoutuskeinot ja -kuntouttajat olivat tuntemattomia. Kielihäiriön luonne tunnettiin pinnallisesti ja siksi kuntoutuskin jäi pinnalliseksi. Edelleenkin dysfonologia sai runsaasti huomiota. Tunnistus ja kuntoutuksen aloitus jäivät myöhäisemmiksi kuin nyt. Lopullisen diagnoosin tekoa viivyteltiin. Kielihäiriön luonne jatkumona, kielellisen oppimisen vaikeuksina kouluiässä, ei ollut selkeästi tiedossa.

Kymmenen vuotta sitten puheterapia oli yksinäistä työtä; käytännössä ainoan tuen tarjosi kaukainen yliopistosairaala foniatrisine työryhmineen. Nykyään on tukena oman sairaalan työryhmä ja konsultoivan foniatrin palvelut. Päiväkoti ja puhetta tukevat ja korvaavat kommunikaatiokeinot ovat yleisesti hyväksytyjä. Toimintaterapia ja neuropsykologinen kuntoutus ovat valtaamassa alaa myös dysfasiassa. Vanhempainyhdistys on perustettu.

Dysfasia on tämän hetken muotidiagnoosi ja vaarana on, että sitä sovitellaan niillekin lapsille, jotka eivät ole dysfaattisia. Dysfasiatietous laajenee myös kentällä; koulutuksia on järjestetty terveydenhuoltohenkilöstölle, päiväkodin työntekijöille ja vanhemmille. Dysfasiatietous kasvaa todennäköisesti vielä tuntuvasti. Tällä hetkellä voidaan vielä todeta kuten tutkijakolmikko Rice, Wexler ja Cleave (1995): Dysfasia on ratkaisematon palapeli.

1.2 Oman työn reflektointia

Puheterapeutti toimii jäsenenä työryhmässä, johon kuuluvat lisäksi erikoislääkäri, lastenlääkäri tai lastenneurologi, psykologi, toimintaterapeutti, fysioterapeutti, sosiaali-työntekijä ja tarvittaessa erityisopettaja. Lapset viiptyvät osastotutkimusjaksollaan vähintään kaksi päivää, jona aikana jokaisen on ehdittävä muodostaa käsityksensä, jonkinlainen kykyprofiili, lapsen taidoista. Raskaaksi ja vaativaksi tämän työn tekee runsas ja heterogeeninen potilasaineisto ja nopea sykli, jona aikana on saatava mahdollisimman luotettava kuva lapsen vahvuuksista ja heikkouksista ja suunniteltava ja järjestettävä kuntoutus. Kun aiemmin kielihäiriöiset olivat pääasiassa psykologin aineistossa ja puheterapeuttia konsultoitiiin enimmäkseen dysfonologioissa ja orgaanisissa puhehäiriöissä kuten kuulovammoissa

ja suulakihalkioissa, dysfasia -epäilyjen valtavan lisääntymisen myötä tutkimuksen painopiste on siirtynyt puheterapiaan.

Dysfasia -epäilynä lapsi saapuu tutkimuksiin nykyään 3 - 3.6 -vuotiaana. Tässä vaiheessa hän on lähestulkoon puhumaton. Passiivista kieltä mittaavalla Reynell-testillä määritellään diskrepanssi ekspressiivisen ja reseptiivisen kielen välillä, joka on yksi tärkeimmistä dysfasian diagnosointikeinoista tällä hetkellä. Ilmaisua on yleensä vielä niin vähän kuultavissa, ettei siitä voida määrittellä mahdollista alaryhmää. Kukin työryhmän jäsen tuo havaintonsa yhteiseen neuvotteluun, jossa päätetään kuntoutuslinjoista ja seurannoista. Aktiivinen kuntoutus aloitetaan välittömästi, vaikkei diagnoosi olisikaan ehkä vielä täysin varma. Muutaman kuukauden kuluttua viimeistään konsultoidaan foniatria, joka yleensä tekee lopullisen diagnoosin.

Dysfasia -käsite alkaa olla niin tuttu, että vanhemmat osaavat jo pelätäkin sitä tuodessaan puhumatonta lastaan tutkimuksiin. Vieläkin valitettavan yleinen terveydenhoitajan tai neuvolalääkärin odottelu-hyssyttely saattaa viivästyttää tutkimuksiin tuloa. Jotkut vanhemmat ovat saattaneet joutua vaatimaan tutkimuslähetettä, jotkut taas lähteneet matkaan patisteltuina, vastahakoisesti. Nopeatempoinen tutkimusjakso painottuu lapseen, diagnoosin teon jälkeen vanhemmat usein kokevat jääneensä asian kanssa yksin. Alun sokista olisi kuitenkin pudottava jaloilleen nopeasti, sillä kuntoutus aloitetaan välittömästi.

Jos pienen lapsen nopea tutkiminen on vaikeaa, palautteen antaminen on vähintään yhtä vaikeaa. Prognoosia vanhemmat kysyvät ehkä eniten eikä sellaista ainakaan alkuvaiheessa pysty antamaan. Kuntoutusten merkitystä on osattava perustella todella tehokkaasti ja perusteellisesti. Vanhemmat joutuvat käsittelemään tunteensa muualla; se paikka on heidän itsensä löydettävä, sitä ei ole osoitettavissa. Terapiäkäynneilläkään asiaa ei ehdi käsitellä, sillä terapeutti on lapsen terapeutti, ei vanhempien. Puhelinaikoja voidaan järjestää akuuteissa tilanteissa. Toiveet kohdistuvat vasta perustettuun vanhempainyhdistykseen, joka tulee osaltaan auttamaan vanhempia. Sopeutumisvalmennuskurssille menijän on oltava tavallaan jo esisopeutunut; sitäpaitsi kurseja järjestetään pääasiassa kesäaikaan. Dysfaattisten lasten kuntoutusohjaajan palvelut olisivat alkuvaiheessa merkityksellisimmät perheelle. Näitä ohjaajia toimii toistaiseksi vain yliopistosairaaloiden piireissä.

Kielihäiriöt jatkavat elämäänsä kouluiässä hieman eri muodoissa, kielellisen oppimisen vaikeuksina. Vaikka lapsen ilmaisu onkin jo ehtinyt kehittyä suotuisasti, puheenkehitystä haitanneet mekanismit ovat jäljellä. Dysfasiaan liittyvät oppimisvaikeudet ovat laajat ja vaikuttavat koko kouluajan. Kun lasta seurataan vuosittain sairaalassa työryhmän toimesta, kouluarvio on viimeisenä. Koska sairaalapiirimme alueelta puuttuu dysfasiakoulu, kunkin lapsen koulusijoitus pyritään räätälöimään mahdollisimman yksilöllisesti paikallisten mahdollisuuksien mukaan. Kuulovammaisten vähentyessä ja dysfaattisten lisääntyessä myös monet kuulovammaisten koulut pyrkivät laajentamaan tietämystään dysfaattisten oppilaiden suuntaan. Muita vaihtoehtoja ovat mukautetut luokat ja normaalit pienet ala-asteet. Nykyinen suuntaus pikkukoulujen lopettamiseksi ei edistä dysfaattisten oppilaiden sijoittamista normaaliin kouluun, vallankin kun resurssien puutteessa tuki- ja erityisopetustunteja edelleen vähennetään.

1.3 Terminologiaa

Dysfasia-termiä käytetään pääasiassa suomenkielisessä kirjallisuudessa kuvaamassa lasten kielenkehityksen erityisvaikeutta (Hyytiäinen-Ruokokoski 1995, 5). Kansainvälisessä kirjallisuudessa dysfasiasta käytetään monia nimityksiä; kirjavuus voi johtua siitäkin, että kyseessä on varsin monimuotoinen oireyhtymä, jolle kaikille ovat kuitenkin yhteisiä kommunikaatio-ongelmat. Tässä tutkimuksessa käytetään enimmäkseen dysfasia-termiä, mutta myös jonkinverran nimitystä kielihäiriö, joka tuntuu olevan yleistymässä ainakin puheterapeuttien keskuudessa.

Tutkijapari Rapin ja Allen (1989) käyttää termiä *developmental language disorder*, DLD, jonka he määrittelevät kyvyttömyydeksi kommunikoida tehokkaasti kielen välityksellä tai käyttää kieltä oppimisen perustana. (Byers Brown ja Edwards 1989, 1.) DLD on Pakarisen (1996) mukaan yleisin anglosaksinen termi kuvattaessa kielellisen kehityksen häiriötä muutoin älyllisesti normaalisti kehittyneellä lapsella. Pakarinen pitää parhaana termiä kielenkehityksen erityisvaikeus.

Termi SLI eli *specific language impairment* on Pakarisen mukaan erityisesti humanistien suosima. Sitä käyttävät mm. Bishop ja Adams (1992), Catts (1993), Aram ja Eisele (1994) ja Hansson ja Nettelbladt (1995) sekä enemmistö niistä tutkijoista, jotka raportoivat alan amerikkalaisessa julkaisussa *Journal of Speech and Hearing Research* 1990-luvulta alkaen. Amerikkalainen lastenneurologi Susan Klein (1991) käyttää termiä *language disorder* eli LD. Curtissin, Katzyn ja Tallalin (1992) termi on LI eli *language impairment*. Tutkijapari Paul ja Smith (1993) käyttää termiä IL eli *impaired language*. Rescola ja Goossens (1992) kuvasivat erityisesti ekspressiivisen kielen häiriötä termillä *specific expressive language impairment*, SLI-E.

Käytössä on myös sisällöllisesti laajempia termejä, jotka viittaavat dysfasian aiheuttamiin myöhempiin oppimisvaikeuksiin. Tällaisia ovat esim. *impaired language learner*, ILL, jota käyttävät Watkins, Kelly, Harbers ja Hollins (1995), Gilliamin ja Johnstonin (1992) käyttämä LLI eli *language learning impairment* ja Mastersonin, Evansin ja Aloian (1993) *language learning disability* eli LLD.

2 MITÄ DYSFASIA ON

2.1 Dysfasian luokittelua

2.1.1 Varhaisempia luokittelumalleja

Varhaisemmat luokittelumallit perustuivat aikuisafasiamallien pohjalle. Myklebust (1954) ja McGinnis (1963) kuvailivat "lapsuusiän afasian" alaryhmiä samoin kuin Ajuriaguerra (1976). Vuonna 1975 Aram ja Nation julkaisivat luokittelumallinsa, jossa he muodostivat toiminnallisia alaryhmiä kielen fonologisen, syntaktisen ja semanttisten aspektien mukaan. (Wilson ja Risucci 1986, 283.) Wolfus, Moscowitch ja Kinsbourne (1980, 152) määrittivät kaksi alaryhmää; ekspressiivisen ja ekspressiivis-reseptiivisen. Ekspressiiviseen alaryhmään kuuluivat ne lapset, joilla oli syntaksin ja fonologian ongelmia, ekspressiivis-reseptiiviseen ne, jotka suoriutuivat heikosti auditiivisissa ymmärtämistehtävissä ja joilla oli globaalit syntaksiongelmat.

2.1.2 Wilsonin ja Risuccin luokittelumalli

Wilsonin ja Risuccin luokittelumallin pohjana on neuropsykologinen prosessointikaavio (ks. taulukko 1). Reseptiivis-ekspressiiviseen häiriöryhmään kuuluvilla on vaikeutta auditiivis-semanttisessa ymmärtämisessä ja auditiivis-visuaalisessa ymmärtämisessä. Ekspressiivis-reseptiivisen ryhmän muodostavat ne lapset, joilla on auditiivis-semanttisia ymmärtämisiongelmia ja vaikeutta visuaalisessa lyhytmuistissa. Ekspressiiviset ja/tai reseptiiviset vaikeudet sekä globaali kielen ja muistin vaikeus luetaan myös tähän ryhmään kuuluviksi. Pelkästään ekspressiiviseen häiriöalaryhmään kuuluvat ne lapset, joilla on auditiivista muistin ja mieleenpalauttamisen ongelmaa tai vain ekspressiivista ongelmaa. Lyhytaikaisen muistin ongelmat tulevat esiin sekä auditiivisellä että visuaalisella puolella. Lisäksi mainitaan vielä pelkkä auditiivisen prosessoinnin vaikeus. (Wilson ja Risucci 1986, 292.)

2.1.3 Aramin ja Nationin luokittelumalli

Aramin ja Nationin luokittelumalli vuodelta 1975 perustuu psykologingvistiseen malliin (taulukossa 1). He määrittivät ekspressiiviset häiriöt joko epäspesifeiksi tuottamisen tai toiston vaikeuksiksi tai syntaktiseksi ja puheen ohjelmoinnin häiriöksi. (Wilson ja Risucci 1986, 305.)

2.1.4 Rapinin ja Allenin luokittelumalli

Amerikkalaisen tutkijaparin Rapinin ja Allenin dysfasialuokittelumalli on Suomessa tällä hetkellä yleisin ja suosituin kliinisessä työssä (Grönroos 1995, 5). Rapin ja Allen jakavat dysfasian kolmeen pääryhmään ja kuuteen alaryhmään, jotka näkyvät taulukossa 1. pääryhmiä ovat puhtaasti ymmärtämisen häiriöt, puhtaasti tuottamisen häiriöt ja sekä tuottamisen

että ymmärtämisen häiriöt. Puhtaasti ymmärtämisen häiriö on verbaali auditiivinen agnosia, tuottamisen häiriöitä verbaali dyspraksia ja fonologisen prosessoinnin häiriö. Sekä puheen tuotto että ymmärtäminen ovat häiriintyneet fonologis-syntaktisessa, leksikaalis-syntaktisessa ja semanttis-pragmaattisessa häiriötyypissä. (Byers Brown & Edwards 1987, 115.)

TAULUKKO 1 Kolmen dysfasialuokittelun yhteisiä piirteitä
(Wilson & Risucci 1986, 305)

Wilson ja Risucci	Rapin ja Allen	Aram ja Nation
Auditiivis-semanttinen ymmärtämisvaikeus	Semanttis-pragmaattinen häiriö	Toistamisvahvuus -malli
Auditiivinen ja visuaalinen semanttinen ymmärtämisvaikeus	Semanttis-pragmaattinen häiriö	Toistamisvahvuus -malli
Auditiivinen semanttinen ymmärtämisvaikeus ja auditiivisen ja visuaalisen lyhytmuistin häiriö	Fonologis-syntaktinen häiriö	Epäspesifi toistamis- ja tuottamisvaikeus
Ekspressiivinen ja/tai reseptiivinen häiriö	Fonologis-syntaktinen häiriö	Epäspesifi toistamis- ja tuottamisvaikeus
Globaali häiriö	Auditiivinen agnosia	Yleisesti matala suorittuminen
Auditiivisen muistin ja mieleenpalauttamisen häiriö	Fonologisen prosessoinnin häiriö	Syntaktinen ja puheen ohjelmoinnin häiriö
Ekspressiivinen häiriö	Leksikaalis-syntaktinen häiriö	-
-	Fonologisen prosessoinnin häiriö	Syntaktinen ja puheen ohjelmoinnin häiriö

2.1.5 Rodriques-Santosin ja Laheyn luokittelumalli

Vaikka Rapinin ja Allenin dysfasialuokittelumalli on tällä hetkellä ehdottomasti suosituin kliinisessä työssä on malli saanut kuitenkin kritisoijia. Espanjalainen Rodriguez-Santos (1995, 60-68) pitää Rapinin ja Allenin luokitusta pelkästään kuvailevana ja kliinisiä alaryhmiä erittelevänä. Rodriguez-Santosin mielestä Rapinin ja Allenin malli ei tarjoa selittävää hypoteesia eikä ulotu muille kognitiivisille alueille kuin lingvistisille. Parempi hänen mielestään olisi ns. Laheyn luokitusmalli. Sinä on vain kaksi kategoriaa; toisessa ovat

ne lapset, joilla on selvästi häiriintyneen kielikyvyn piirteitä, toisessa taas ne, joiden kielikyky on yksinkertaisesti keskitasoa heikompi. Vaikka kielikyky olisi vain hiukan keskitason alapuolella, se kuitenkin altistaa lapsen myöhemmille kielellisille ongelmille, joita esim. ympäristötekijät voivat osaltaan lisätä. Tämä yksinkertainen luokitus on Rodriguez-Santosin mielestä ns. työluokittelu, jonka ei tarvitsekaan sisältää mitään selityksiä syndrooman luonteesta eikä sen kuulumisesta mihinkään selvään diagnoosiryhmään.

2.1.6 Korkmanin luokittelumalli

Suomalainen neuropsykologi Marit Korkman on kehittänyt luokittelumallinsa tutkimalla kahdeksaakymmentä suomalaista kielihäiriöistä lasta NEPSU-testistön kielellisillä osioilla. Heistä puolet jaettiin profiilianalyysin perusteella kolmeen pääasialliseen alaryhmään. Tunnusomaisia vaikeuksia ensimmäisessä ryhmässä olivat vaikeudet puheen motorisessa tuottamisessa ja ääntämyksessä, toisessa ryhmässä reseptiiviset vaikeudet, joihin saattoi liittyä myös lievempiä nimeämisvaikeuksia. Kolmannelle ryhmälle olivat ominaisia vaikeudet, jotka sisälsivät kaikkia edellisten ryhmien vaikeuksia. Ensimmäinen ryhmä oli nimeltään dyspraktinen alaryhmä, toinen oli reseptiivinen alaryhmä ja kolmas globaalinen alaryhmä.

Kyseiset ryhmät muodostettiin lapsista, joilla oli jo entuudestaan tehty dysfasia-diagnosi. Toinen puoli tutkimushenkilöistä oli ongelmiltaan lievempiä eikä heiltä edellytetty dysfasia-diagnosia. Näistäkin kuitenkin 85 % pystyttiin sijoittamaan muodostettuihin luokkiin. Peräti 12,5 %:lla todettiin erityistä vaikeutta oppia nimikkeitä ja nimetä. Heille perustettiin neljäs alaryhmä, dysnominen alaryhmä. (Korkman 1995.)

2.1.7 Sahlenin ja Nettelbladtin luokittelumalli

Ruotsalaistutkijat Sahlen ja Nettelbladt (1995) ovat laatineet oman luokittelumalliehdotuksensa tutkittuaan esikoululaisista koottua ryhmää. Ensimmäisen häiriöryhmän muodostavat lapset, joilla on yleistä verbaalista auditiivisen prosessoinnin ongelmaa (general verbal auditory processing problems) eli GAP-ryhmä. Näillä lapsilla todettiin vaikeutta ymmärtää ohjeita, ymmärtää testien kielellisiä osioita ja erotella foneemeja. Heillä oli huonompi verbaalinen lyhytmuisti ja heikommat sanastolliset taidot eli sanantaivutus, luokittelu ja nimeäminen. Joillakin GAP-ryhmän lapsista todettiin pragmaattisia vaikeuksia, samantyyppisiä kuin Rapinin ja Allenin luokittelun semanttis-pragmaattisessa häiriöryhmässä.

Toisen Sahlenin ja Nettelbladtin häiriöryhmään kuuluvat ne lapset, joilla todettiin erityistä verbaalista auditiivisen prosessoinnin ongelmaa (specific verbal auditory processing problems) eli SAP-ryhmä. Näillä lapsilla oli vaikeutta foneemien erottelussa, verbaalisessa muistissa sekä sarjoituksessa. Ymmärtäminen oli suhteellisen hyvää, samoin sanasto. SAP-ryhmässä puheentuotto oli sujuvaa ja lauseintonaatio normaalia.

Kolmannen ryhmän muodostavat ne lapset, joilla todettiin motorista ja verbaalia auditiivisen prosessoinnin ongelmaa (motor and verbal auditory processing problems) eli MAP-ryhmä. Näillä lapsilla oli yleistä motoriikan ongelmaa verbaalin auditiivisen problematiikan lisäksi. Tyypillisiä olivat vaikeudet rytmien toistamistehtävissä. MAP-ryhmässä puheentuotto oli sujumatonta, monotonista, hidasta ja joskus perseveroivaa. Jotkut tämän ryhmän lapset, erityisesti ne, joilla oli vähemmän ymmärtämisvaikeutta ja enemmän tuottamisen ongelmaa,

saattaisivat sopia Rapinin ja Allenin motorisen onjelmoinnin häiriö-ryhmään tai kehitykselliseen verbaaliin dyspraksiaan.

Sahlenin ja Nettelbladtin luokittelumallissa yhteistä kaikille ryhmille oli vaikeus verbaalissa auditiivisessa prosessoinnissa eli ymmärtämisvaikeutta oli kaikilla ainakin jossakin määrin. SAP- ja MAP-ryhmien välillä ei ollut juuri eroa fonologisessa eikä kieliopillisessa tuotoksessakaan. SAP-ryhmän kielellinen kehitys oli nopeampaa ja siihen kuuluvat lapset kehittivät luki-taidoissaan GAP-ryhmää edellä.

Sahlen ja Nettelbladt arvioivat luokittelumallinsa olevan käytännöllinen suunniteltaessa terapiaa ja ennustettaessa sen hyötyä, onhan pohjalla tutkimus kielen ymmärtämisen eri tasoista. Tutkijat arvioivat kuitenkin luokkansa liian laajoiksi eikä kehityksellisiä aspektejakaan ole ehkä huomioitu kylliksi. Luokittelumalli vaatii vielä lisäkehittelyä. (Sahlen ja Nettelbladt 1995, 51-60.)

Rapinin ja Allenin dysfasialuokitus on tällä hetkellä käytetyin kliinisessä työssä ja se on osoittautunut myös käyttökelpoiseksi. Käytännössä luokat eivät kuitenkaan ole aina selkeärajaisia, vaan häiriössä voi olla piirteitä useammastakin alaryhmästä. Kuntoutuksen kestäessä voi alaryhmä muuttuakin. Rapinin ja Allenin dysfasialuokitus esitellään tarkemmin luvussa 3.

Rapinin ja Allenin dysfasialuokituksella on mahdollisesti vaikutusta siihen, että dysfaattiseksi diagnosoitujen lasten määrä on viime aikoina kasvanut huomattavasti. Verbaalinen dyspraksia ja fonologisen ohjelmoinnin häiriö diagnosoidaan dysfasiaksi, vaikka toisaalta tiedetään, etteivät nämä häiriöt välttämättä dysfasia -nimikkeen alle kuuluisikaan (s. 9 - 11). Diagnoosi dysfasia tuntuu monesta vanhemmasta varsin kohtalokkaalta. Useassa tapauksessa saattaisi olla järkevämpää käyttää Rodriguez-Santosin ja Laheyn luokitusta (s. 5 - 6). Tämä tuntuisi sopivan erityisesti lievempiin kielihäiriöihin, joita ei mielestäni olisi syytä aina dysfasiaksi predestinoidakaan.

2.2 Dysfasian erotusdiagnostiikkaa

2.2.1 Poissulkuteoria

Starkin ja Tallalin poissulkuteoria on laajalti hyväksytty dysfasiaa määriteltäessä (Graig & Evans 1993, 777). Kielellisen häiriön pohjalla ei siis saa olla kuulonvajaus. Kuulon on oltava vähintään 25 dB alueella 250 - 6000 Hz eikä anamneesissa saa olla pitkäaikaisia ja toistuvia välikorvantulehduksia. Merkittävät emotionaliset ja käytösongelmat on poissuljettava. Älykkyyden on oltava vähintään keskitasoista eli AO ei saa olla alle 85. Myöskin selkeät neurologiset ongelmat ovat poissulkevia; ei saa olla selvää neurologista sairautta tai vammaa. Poissulkuteorian mukaan oraaliset defektit ja kasvojen anomaliat on luettava pois myös.

2.2.2 Mukaanlukuteoria

Samojen tekijöiden eli Starokin ja Tallalin mukaanluku -teoria ei ole saavuttanut samanlaista yleistä hyväksyntää kuin poissulkuteoria. Sen mukaan dysfasia-diagnoosi voidaan tehdä, jos

kielellinen vajaus on suurempi tai verrannollinen ääntämykselliseen ongelmaan tai kielellinen vajaus on suurempi tai verrannollinen lukemisvaikeuteen. Kielellisen häiriön on ilmevä sekä ekspressiivisesti että reseptiivisesti. Reseptiivinen ongelma on olemassa silloin kun on todettavissa vähintään 6 kuukauden diskrepanssi eli epäsuhta reseptiivisten taitojen ja suoritusten välillä. Ekspressiiviseksi voidaan puheongelma määritellä silloin kun lapsella on vähintään 12 kuukauden epäsuhta reseptiivisten taitojen ja ei-kielellisen suoriutumisen sekä ekspressiivisten taitojen välillä. (Graig & Evans 1993, 777-778.)

2.2.3 Diskrepanssiteoriat

Diskrepanssiteoriat perustuvat lapsen kielenkehitykseen suuntautuvien odotusten ja toteutumisen väliseen ristiriitaan. On tunnettava ensin normaali kielenkehitys jotta voi arvioida poikkeavaa kielenkehitystä. Diskrepanssiteoria tunnistaa epätasapainon heikon funktion, kuten kielen, ja vahvan kognitiivisen funktion välillä. Diskrepanssiteoria vertailee verbaalisia ja non-verbaalisia taitoja. Vanhemmat tai ammattihenkilöt arvioivat lapsen kielellisiä ongelmia suhteessa johonkin toiseen käyttäytymisalueeseen. Puheenkehitykselliset odotukset kronologisen iän ja fyysisen koon perusteella eivät toteudu. Oppimisvaikeuksien Kansallisessa Konferenssissa vuonna 1987 Tallal arvioi merkittäväksi diskrepanssiksi: "jos kielelliset kyvyt ovat merkittävästi alapuolella sen, mitä voisi lapsen iän perusteella odottaa". Diskrepanssiteoria edellyttää, että dysfaattiseksi luokitellun lapsen yleinen kielellinen taso on vähintään vuoden jäljessä kronologisesta iästä tai nonverbaalista suoriutumisesta. (Aram, Morris & Hall 1993, 580-581.)

Diskrepanssin käyttöä dysfasian määrittelyssä on kuitenkin yhä enenevästi kritisoitu. Jo vuonna 1989 ASHA eli American Speech-Hearing-Association varoitti diskrepanssikriteerin käytön yksipuolisuudesta. (Aram, Morris & Hall 1993, 582.) Yhdistys näki ongelmana reliaabelin ja validin testistön puuttumisen. On vaarallista kohdistaa näkökulma kielen yksittäisiin aspekteihin; seurauksena on helposti väärä objektiivisuuden tunne. Laadullinen informaatio on vaarassa jäädä kokonaan saamatta ja kielellistä suoriutumista vertaillaan väärin perusteiden muuhun suoriutumiseen. Dunn, Flax, Sliwinski ja Aram (1996, 644) totesivat virhediagnosoinnin mahdollisuuden ilmeiseksi; normaalisti kielellisesti kehittyneitä lapsia voidaan yli diagnosoida, kun taas dysfasia-tapaukset saattavat jäädä diagnosoimatta käytettäessä diskrepanssikriteeriä.

Dunn et al. (1996, 643) mainitsevat myös, että dysfasian tunnistuskriteerit vaihtelevat suuresti eri tutkijoiden kesken. Diskrepanssikriteerin käyttöä he pitävät kuitenkin kaikkein rajoittavimpana ja vähiten herkkänä menetelmänä dysfasian määrittelyssä. Standarditestiosiot vaativat yleensä vain yksisanaisen vastauksen, parhaimmillaankin vain yksittäisen lauseen. Olisi tärkeää kuulla spontaanipuhetta luonnollisissa konteksteissa, sillä vain niissä voi tulla esiin syntaksin ja morfologian virheellisyydet, joita dysfaattisilla on merkittävästi enemmän kuin normaalipuhujilla. Tutkijat ovatkin päätyneet suosittelemaan dysfasian arviointimenetelmäksi analyysiä, jossa muuttujina ovat tutkittavan puheen lausepituus, syntaksivirheiden prosentuaalinen osuus ja kronologinen ikä. Objektiiviset kvantitatiiviset mittaukset, jotka pohjautuvat spontaaneihin puhenäytteisiin, tarjoavat näin herkemman ja kliinisesti hyväksyttävän menetelmän dysfasian tunnistamisessa. (Dunn et al. 1996, 644-653.)

Diskrepanssikriteerin rajoittavuus, josta Dunn et. al (1996) varoittavat, ei mielestäni ole vaarana suomalaisissa käytännöissä. Puheterapeutti ei tutkimuksissaan milloinkaan tyydy yksittäisiin testivastauksiin. Puhennyntteen saaminen lapselta kuin lapselta on eräs puheterapeuttien vahvuus. Puheen kuntoutus aloitetaan varhain, tavallisesti jo ennen lopullista diagnoosia. Terapian aikana tulee esiin yhä uusia аспектеja lapsen kielikyvystä. Tällaisissa tapauksissa puheterapeuttista kuntoutusta voisi perustellusti kutsua diagnosoivaksi puheterapiaksi.

3 RAPININ JA ALLENIN DYSFASIALUOKITUS

3.1 Puhtaasti reseptiivinen häiriö

3.1.1 Auditiivinen agnosia

Auditiivinen agnosia on harvinainen dysfasian alalaji, jota voidaan kutsua myös sanakuuroudeksi (Grönroos 1995, 5). Eräs varhainen termi on "synnynnäinen auditiivinen havaitsemattomuus" (Byers Brown & Edwards 1987, 12). Tästä häiriöstä kärsivät ovat puhumattomia tai äärimmäisen sujumattomia puhujia. Ääntämys on virheellistä, ilmaisu rajoittuu yksittäisiin sanoihin tai lyhyihin fraaseihin (Grönroos 1995, 5). Luonnollisesti puheen ymmärtäminen on vaikeasti häiriintynyt (Tuchman, Rapin & Shinnar 1991, 1212).

Erotusdiagnostiikka auditiivisessa agnosiassa ei ole helppo. Näitä lapsia luullaan kuuroiksi tai autisteiksi, koska he eivät osoita mielenkiintoa kielellisiin sen enempää kuin muihinkaan auditiivisiin ärsykkeisiin. Perifeerinen kuulo on kuitenkin normaali. Dysfasiassa auditiiviset vaikeudet ovat yleensäkin ilmeiset ja niitä voi olla auditiivisessa havaitsemisessa, auditiivisessa muistissa, auditiivisessa sarjoituksessa, auditiivisessa ajoituksessa ja rytmityksessä (Pakarinen 1995). Korpilahti (1995, 131-139) totesi erityisesti auditiivisen lyhytmuistin rajoittuneisuuden sekä muistissa säilyttämisen että muistista palauttamisen osalta. Dysfaattisella ovat hänenkin mukaansa heikommat auditiiviset erottelu- ja sarjoitustaidot sekä hitaampi prosessointinopeus.

Auditiivisessa agnosiassa prosessointi ei kuitenkaan pääse edes alkuun. Vaikka herätepotentiaalitutkimuksissa on todettu puhtasäänivaste ja akustisen viestin perillemeno ei koodauksen puuttuessa muistiin jää mitään, minkä pohjalta kielelliset säännöt voisivat toimia. Autisteista nämä lapset kuitenkin erottaa se, että he pystyvät luomaan suhteita toisiin ja ylläpitämään niitä. Ei-kielellisin testein tutkittuina nämä lapset osoittautuvat normaalitasoisiksi. (Byers Brown & Edwards 1987, 119-120.)

3.2 Puhtaasti ekspressiiviset häiriöt

3.2.1 Verbaali dyspraksia

Verbaali dyspraksia on puheen tuoton erityisvaikeus, jota ei aina dysfasioihin luetakaan. Verbaalissa dyspraksiassa puheen motoristen liikesarjojen tuottaminen on vaikeutunut, josta seurauksena on varsin epäselvä puhe. Puheen ymmärtäminen on huomattavasti parempaa, joissakin tapauksissa aivan normaalia. (Grönroos 1995, 5.)

Yhteistä verbaalista dyspraksiasta kärsiville on motorisen ohjelmoinnin vaikeus, jonka taustalla on myös vaikeuksia puheen vastaanotossa; auditiivisessa prosessoinnissa ja leksikon muodostamisessa. (Tuovinen 1993, 35-36.) Tuovinen arvioi verbaalin dyspraksian olevan fonologisen vastaanoton, leksikaalisen edustuksen muodostamisen ja fonologisen tuottamisen tasojen monimutkainen vuorovaikutuksellinen häiriö. Thoonen, Maassen, Gabreels ja

Schreuder (1994, 1438) arvioivat defektin olevan fonologisen koodauksen tasolla. Tämä koodaus sisältää sanan osien valinnan, näiden osien jaksotuksen tavukehykseen ja intonaation sekä ajallisten parametrien valinnan. Näin syntynyt tulos ei ole vielä puhetta, vaan esitys puheeksi, minkä pohjalta puhuja sen sitten yleistää koordinoituksi liikekaavioksi.

Mäenpää (1992, 9) totesi tutkimuksessaan dyspraksialle olevan ominaista konsananttivirheet, tosin vokaalivirheitäkin ilmenee. Kaikki kielen ääriasennot, vallankin yläasennot ovat dyspraktikolle vaikeita tuottaa erillisinäkin. Ääntymäpaikan perusteella virheitä oli eniten dentaali-alveolaareissa ja tämä tuottamistapahan on nimenomaan suomen kielessä vallalla. Mäenpään koeryhmään kuului kuusi 4 - 6 -vuotiasta lasta, joilla oli dyspraktista puheongelmaa. Heidät valittiin tutkimukseen poissulkuteoriaa käyttäen. (ks. Stark & Tallal 1981.) Verokkeina oli iältään ja sukupuoleltaan vastaava päiväkotilapsista koottu ryhmä. Tutkimus osoitti mm. sen, että perinteinen artikulaatioterapia ei ole tehokas dyspraksiakuntoutuksessa. Mäenpää kehitti uuden dyspraksian terapiamenetelmän, jossa keskeisinä ovat visuaaliset keinot, lähinnä manuaaliset merkit, eleet ja prosodiikka sekä mahdollisesti jotkin välitöntä palautetta antavat tietokoneohjelmat. Vaikeissa tapauksissa Mäenpää suositti ensiavuksi korvaavia kommunikaatiomenetelmiä, tavallisimmin viittomia. Viittomien merkitys voi tässäkin tapauksessa olla laajempi, kokonaiskuntouttava. (vrt. Weismer & Hesketh 1993.)

Thoonen, Maassen, Gabreels ja Schreuder (1994, 1438) analysoivat niinkään dyspraksiassa ilmeneviä konsananttivirheitä englanninkielisillä lapsilla. He totesivat, että vaikka dyspraktikolla on usein käytössään koko foneemirepertuaari, ilmaisu on usein hyvin vaikeaselkoista. Kysymys on vaikeudesta ylläpitää oikea artikulaatiopaikka ja -tapa. Erityisen vaikea on ylläpitää oikeita tapoja sanatasolla ja tietenkin mitä vaikeammasta aineksestä on kyse. Thoonen et al. (1994) mukaan ääntöpaikan korvautuma on tärkeä dyspraksian tuntomerkki. Englanninkielisillä dyspraktikoilla on erityisiä vaikeuksia tuottaa labiaaleja ja palatodorsaaleja ja ne korvautuvat paljolti alveolaareilla. Substituutiot ja omissiot ovat tyypillisiä verbaalissa dyspraksiassa, myös vääristymät ja lisäykset. Mäenpää (1992, 12) havaitsi lisäksi metateeseja ja assimilaatioita. Hall, Yamashita ja Aram (1993, 568) tutkivat verbaalissa dyspraksiassa ilmenevää sujumattomuutta ja arvelivat sen johtuvan epäsynkroniasta kielen leksikaalisen ja syntaktisen kehityksen välillä tai yleensäkin epätasapainosta puheen vaatimusten ja kapasiteetin välillä.

Dyspraktikoiden tekemät virheet ovat identtisiä puheenkehityksessään normaalien lasten ns. kielenlipsahdusten kanssa. Ero ei olekaan laadussa, vaan määrässä. (Thoonen, Maassen, Gabreels & Schreuder 1994, 1438.) Tämä dyspraksian pääoire, dysfonologia, myös jatkuu huomattavasti normaalia pitempään. Pelkästään dysfonologialla verbaalia dyspraksiaa ei kuitenkaan voi määrittellä. Mäenpää (1992, 9) totesi tutkimuksessaan psykologivistisissä kyvyissä dysfasialle tyypillistä heikkoutta. Koeryhmän suoriutuminen ITPA:n auditiivisen sarjamuistin, kieliopillisen täydentämisen ja auditiivisen järkeilyn osioissa oli selvästi heikompaa. Mäenpää viittaa aikaisempiin tutkimuksiin, joissa on myös todettu verbaaliin dyspraksiaan liittyvä auditiivisen sarjamuistin vaikeus.

3.2.2 Fonologisen ohjelmoinnin häiriö

Fonologisen ohjelmoinnin vaikeus on sukua verbaalille dyspraksialle, vaikkakin vaikeus on lievempi ja prognoosi parempi. Dysfonologia on myös fonologisen ohjelmoinnin vaikeudessa pääoire. Ilmaisu saattaa kuulostaa sinänsä aivan sujuvalta, mutta kuulijalle se on kuitenkin

täysin käsittämätöntä. (Grönroos 1995, 5.) Lapsella itsellään on varsin selvä käsitys siitä, mitä hän haluaa sanoa.

Spontaanipuheessa virheellisyys on suurin. Nimeämistehtävissä yksittäiset sanat pysyvät paremmin koossa, mutta imitaatiopohjaisessa tuotoksessa virheellisyys on vähäisintä. Virheet ovat luonteeltaan vaihtelevia ja ei-systemaattisia. (Tuovinen 1992, 37.) Mäenpään (1992, 11) tutkimuksessa fonologisen ohjelmoinnin vaikeudesta kärsivällä koehenkilöllä on pitkiä rakenteellisesti oikeita lauseita, joiden ymmärrettävyyttä häihtasivat vakiintuneet, paradigmaattiset virheet, substituuotit, omissiot ja muutamat assimilaatit.

Fonologisen ohjelmoinnin vaikeuden luokitteluun dysfasioihin on niinkään tulkinnanvaraista, onhan näiden lasten puheenymmärtäminen täysin tai lähes normaalia (Grönroos 1995, 5). Eri tutkijat ovat liittäneet dysfasiaan tyypillisinä kielioppivirheet (Esim. Swisher & Snow 1994, 1406); ymmärtämisvaikeuden (esim. Montgomery 1995; Gilliam, Cowan & Day 1995), joita ei fonologisen ohjelmoinnin vaikeudessa välttämättä ilmene. Connell ja Stone (1994, 389) totesivat myös, ettei dysfaattisen ilmaisu parane imitaatiopohjaisessa toistotehtävässä toisin kuin fonologisen ohjelmoinnin vaikeudesta kärsivän, joka pystyy imitaatiossa korjaamaan tuotostaan.

Fonologisen ohjelmoinnin häiriön pohjalla ovat kuitenkin dysfasialle tyypilliset auditiiviset vaikeudet ja tältä pohjalta häiriö voidaan liittää dysfasian alalajeihin. Kyseessä voisi olla auditiivisen prosessointinopeuden häiriö, jota ovat tutkineet ainakin Gilliam, Cowan ja Day (1995, 393). Montgomery (1995, 188) erottelee fonologiseen prosessointiin kuuluviksi havaitsemisen, koodauksen, säilyttämisen, palauttamisen ja tuoton. Todennäköistä on, että kaikilla näillä osa-alueilla voisi olla ongelmaa fonologisen ohjelmoinnin häiriössä, ainakin siis hidastunutta toimintaa. Rantala ja Hällback (1993, 20-21) totesivat vielä olevan epäselvää, liittyykö fonologisen ohjelmoinnin häiriöön kuitenkin joissakin tapauksissa sananlöytämisen- ja nimeämisen vaikeutta tai syntaksiongelmaa.

3.3 Reseptiivis-ekspressiiviset häiriöt

3.3.1 Fonologis-syntaktinen häiriö

Fonologis-syntaktinen häiriö on klassinen dysfasiamuoto, "tavallinen dysfasia". Puhe on sujumatonta, lauseet lyhyitä ja sanat tyypistyvät usein. (Grönroos 1995, 5.) Tämä on yleisin dysfasian muoto, jossa pääongelma on puheen tuottamisessa. Ilmaisun on usein sähkösanomakielistä ja sille on ominaista virheellinen artikulaatio. Tällä häiriötyypillä tavataan myös runsaasti sananlöytämisen vaikeutta. (Rantala & Hällback 1993, 21.) Myös puheen ymmärtäminen on häiriintynyt, vaikkakin vähemmän kuin tuotto. Mitä kompleksisempi ja pidempi ilmaisu, sitä vaikeampi se on fonologis-syntaktiselle häiriölapselle ymmärtää. Abstraktit käsitteet ovat luonnollisesti myös vaikeita. Ymmärtämisen vaikeutta saatetaan aliarvioida tai se jää huomaamatta heikon tuotoksen vuoksi. (Grönroos 1995, 5.)

Connell ja Stone (1994, 389) totesivat dysfaattisille olevan erityisen vaikeaa oppia uusia taivutusääntöjä, joka heijastaa dysfaattisen yleisesti hitaampaa oppimisvauhtia sekä auditiivisissa että visuaalisissa tehtävissä. Vaikeuden pohjalla on yleinen kielellinen säännönoppimisen vaikeus eikä niinkään vaikeus säännön sisäistämisessä. Myös Swisher ja

Snow (1994, 1406) totesivat dysfaattisilla olevan vaikeuksia oppia taivutussääntöjä. He laativat kaksi teoriaa, ohjeensisäistämisteorian ja sanastonkäyttöteorian; ohjeensisäistämisteorian mukaan dysfaattinen ei sisäistä taivutusmallia johtuen puutteesta havaita tiettyjä kielen piirteitä tai vaikeudesta symbolisissa operaatioissa yleensä. Sanastonkäyttöteorian mukaan dysfaattinen ei pysty kyllin tehokkaasti varastoimaan ja palauttamaan yksiköitä. Tämän vaikeuden pohjalla ovat puutokset audittiivisessa prosessoinnissa tai fonologisessa muistissa. Swisherin ja Snown (1994, 1407) mukaan taivutusmuodot opitaan ensiksi omina erillisinä sanastoyksikköinä ja vasta myöhemmin opitaan taivutuksen yleissäännöt.

Kielioppivirheet ovat ominaisia erikielisille dysfaattisille. Ruotsinkielisten dysfaattisten lasten kielioppia tutkineet Hansson ja Nettelbladt (1995, 589-590) totesivat dysfaattisilla ilmenevän runsaasti sekä sanajärjestys- että taivutusvirheitä. Ruotsalaiset tekivät enemmän virheitä verbien kuin nominien taivutuksessa. He viittasivat englannin- ja saksankielisiin vastaaviin tutkimuksiin, joissa on todettu kieliopillisten päätteiden tuottavan suuria vaikeuksia. Silti V2-eli "verbi toisena" -kielissä kuten saksassa ja skandinaavisissa kielissä dysfaattisilla ei ole niin paljon ongelmia sanajärjestyksen kanssa kuin kielissä, joissa sanajärjestys on jäykempi kuten esim. englannissa.

McGregor ja Leonard (1994, 171) ovat myös todenneet dysfaattisilla olevan usein ongelmia kieliopillisissa päätteissä. Englanninkieliset dysfaattiset jättävät usein affiksit ja funktiosanat ilmaisuistaan pois. Myös artikkelit ja pronominit ovat heidän mukaansa vaikeita dysfasiasta kärsiville. Kelly ja Rice (1994, 183-190) ovat niinkään todenneet verbit vaikeimmiksi dysfaattisille, joilla on yleisesti ottaen rajoittunut kontrolli verbeissä. Heidän leksikossaan verbien osuus on vähäisempi ja he osoittavat suurempaa luottamusta sellaisiin harvoihin verbeihin, jotka esiintyvät usein. Verbeissä on kuitenkin runsaasti semanttista ja kieliopillista informaatiota, joita dysfaattiset näin jäävät paitsi.

Kieliopin rakenteluyrityksissä dysfaattisilla on kuitenkin todettu olevan samat säännöt kuin normaalisti kehittyneillä lapsilla. (Montgomery 1995, 187-188.) Näinollen dysfaattisella ja kielenkehitykseltään normaalilla lapsella pitäisi olla verrannolliset kielenoppimismekanismit ja tulkinnallinen kielellinen tietous. Rice, Wexler ja Cleave (1995, 850-851) puolestaan totesivat, että vaikka dysfaattisella lapsella näyttääkin olevan normaalit valmiudet puheenoppimiseen, kaikki virstanpylväät saavutetaan normaalia huomattavasti hitaammin. Dysfaattisella lapsella on pitkittyneesti "nuori kielioppi". Curtis, Katz ja Tallal (1992, 373-375, 381) tutkivat, onko dysfaattisen kieliopin opimisessa kyse viiveestä vai selkeästä poikkeamasta. Heidän käsityksensä mukaan oppimisessa pätevät dysfaattisilla samat säännöt kuin muillakin ja järjestyksin on sama. Kyse on siis viiveestä, joka saattaa olla dysfaattisille pysyvä ongelma. Kielenhankinta ei sinänsä siis ole poikkeavaa. Poikkeavaa on heidän mukaansa prosessointi ja nimenomaan audittiivinen prosessointi ja työmuisti.

Kun dysfaattinen lapsi oppii alkusanaston myöhään, se vaikuttaa tavalla tai toisella koko kielelliseen järjestelmään. Rice, Oettig, Marquis, Bode ja Pae (1994, 108) arvelevat sanaston heikon kehityksen aiheuttavan sen, ettei mieleenpalauttamista ohjaavia linkkejä ja yhteyksiä kehity ainakaan siinä määrin kuin puheenkehityksessään normaaleilla. Kun kielenoppimisen virstanpylväät saavutetaan hitaammin, se vaikuttaa koko oppimissysteemiin hidastavasti. (Rice, Wexler & Cleave 1995, 862.) Gillam, Cowan ja Day (1995, 1401) huomaavat dysfaattisen olevan riippuvainen puheen koodien pintatulkinnasta. Heidän mukaansa myös koko kielen kehitys on muistia vahvistava prosessi. Kun kieli ei kehity, ei muistikaan vahvistu

normaalisti. Paul ja Jennings (1992, 105-106) painottavat sitä, että jos lapsella on vähän puhetta, myös harjoitusmahdollisuuksia on vähemmän.

3.3.2 Leksikaalis-syntaktinen häiriö

Leksikaalis-syntaktinen häiriö on melko tavallinen dysfasiamuoto, jossa sekä puheen ymmärtäminen että tuotto ovat häiriintyneet. Puheenkehitys on aluksi hidasta ja viivästynyttä, mutta äännejärjestelmä kehittyy kuitenkin iänmukaisesti. (Rantala & Hällback 1993, 21-22.) Sananlöytämisaikavaikeudet ja yleinen sujumattomuus ovat ominaisia tälle dysfasian alalajille. (Grönroos 1995, 5.) Kompleksisten lauserakenteiden ymmärtäminen on vaikeutunutta eivätkä tästä häiriöstä kärsivät pysty itsekään monimutkaisia lauseita rakentamaan. Kaikki abstraktit käsitteet ovat heille erityisen vaikeita. (Ruokokoski-Hyytiäinen & Rajala 1993, 71.) Kertova puhe on tässä häiriötyypissä myös vaikeutunutta.

Erityisen suuren sananlöytämisaikavaikeuden taustalla ovat dysfasiaan yleensäkin liittyvät auditiiviset vaikeudet. Swisher, Restrepo, Plante ja Lowell (1995, 168-169) ottavat nämä ongelmat huomioon sanavarastoteoriassaan. Tuon teorian mukaan dysfaattisen lapsen niukan sanavaraston syynä on sekä tehoton mielessäpitäminen että tehoton palauttaminen. Kail (1994, 418) arveli yleisen prosessoinnin hitauden olevan yhteydessä myös sananlöytämisaikavaikeuteen.

Niukasti leksikosta on luonnollisestikin vaikea löytää tarvittavaa sanaa. Swisher ja Snow (1994) arvioivat dysfaattisten sananoppimistasot merkittävästi matalammiksi. Auditiivisten prosessointiongelmien arvelivat taustalla vaikuttavan myös Rice, Oettig, Marquis, Bode ja Pae (1994, 1406-1407), kun he mainitsivat dysfaattisen lapsen leksikon olevan yleisesti ottaen rajoittunut. Kelly ja Rice (1994) tutkivat lasten kykyä oppia uusia sanoja, erityisesti verbejä, luonnollisesta yhteydestä. Tämä ilmiö on nimeltään QUIL (Quick Incidental Learning); nopea satunnainen oppiminen, jota on kutsuttu myös nopeaksi kartoitukseksi (fast mapping). Tämän kyvyn ansiosta puheenkehityksessään normaalit lapset oppivat uusia sanoja vaivattomasti luonnollisissa yhteyksissään, kun taas dysfaattiset hyötyvät nopeasta kartoituksesta vähemmän.

Leksikaalis-syntaktisessa häiriössä esiintyy myös syntaksivirheitä ja on mietittykin, miksi yhteys sananlöytämisaikavaikeudella on kielioppivirheisiin. Onko mahdollista, että oikean sanan etsiskely häiritsee kieliopillisten kykyjen kehittymistä. (Hyytiäinen-Ruokokoski & Rajala 1993, 71.) Kun tiedetään, että nimenomaan verbien oppiminen on dysfaattiselle vaikeaa ja juuri verbit sisältävät eniten tärkeää kieliopillista ja semanttista informaatiota (Kelly & Rice 1994), näiden seikkojen yhteys on ilmeinen. Juuri muutosta ja liikettä ilmaisevat verbit ovat ensimmäisiä lapsen leksikossa ja lapset ovat varsin tarkkoja näiden kahden semanttisen luokan suhteen. Dysfaattisella lapsella ei välttämättä muodostu tällaista pohjaa, jolloin hän on kyvytön käyttämään toista kielen aspektia toisen rakentamisessa. (Kelly & Rice 1994.)

McGregor (1994, 1381) on tutkinut substituutioita eli korvautumia dysfaattisilla, joilla on sananlöytämisaikavaikeutta. Substituutiot ovat näissä vaikeuksissa tavallinen ilmenemä ja niitä voi olla pääasiassa semanttisia, mutta myös fonologisia tai visuaalisia. Semanttinen substituutio on kyseessä silloin kun lapsi korvaa esim. sanalla ovi sanan ikkuna. Fonologisessa substituutiossa samalta kuulostava sana voi korvata toisen ja visuaalisissa substituutiossa korvauma on samannäköinen, esim. paikka pro tasku. McGregor toteaa kuitenkin, että kor-

vautumien pohjalla on ainakin osittainen tietous kyseisestä sanasta. Huono sanavarasto ja huono mieleenpalauttaminen tai molemmat yhdessä altistavat dysfaattisen substituutioille.

Korhonen (1995, 34) on tutkinut nimeämistaitoja ja niiden yhteyttä myöhempään kielelliseen kehitykseen sekä lukemaan oppimiseen. Korhosen mukaan nimeäminen on toiminta, joka kehittyy normaalisti lapsella varhain ja sisältää tärkeitä peruskomponentteja kuten motorisia, visuaalisia, fonologisia ja semanttisia, jotka ovat tarpeen myös lukemaan oppimisessa. Kormanin (1995) tutkimusaineistosta löytyi merkittävä ryhmä lapsia, joilla oli erityinen nimeämisen ja nimeämisen vaikeus. Näistä muodostettiin Kormanin luokituksessa yksi dysfasian alaryhmä, dynominen alaryhmä. Kail (1994, 418-420) arveli vaikeuden kuvien nimeämisessä ja sanojen tunnistamisessa olevan dysfaattisten erilaisen puheen prosessoinnin syytä. Dysfaattisen lapsen vaste tehtäviin, myös nimeämistehtäviin, on normaalia hitaampaa eikä hitaus ole ominaista tietyille tehtäville, vaan pikemminkin yleistä. Swisher, Restrepo, Plante ja Lowell (1995, 168-169) nojautuivat em. sanavarastoteoriaan, jonka mukaan dysfaattisella on sekä tehoton mielessäpitäminen että myös tehoton palauttaminen.

3.3.3 Semanttis-pragmaattinen häiriö

Semanttis-pragmaattinen häiriö vaikuttaa sekä puheen ymmärtämiseen että tuottoon ja saattaa ensi vaiheessa ilmetä puheen viivästyjänä tai jargonina. Myöhemmin puhe on kuitenkin ääntämyksellisesti ja kielipiillisesti oikeaa. Tästä häiriöstä kärsivät lapset saattavat muistaa ja toistaa kielipiillisesti pitkiä ja monimutkaisia lauseita, joita eivät pysty kuitenkaan spontaanisti tuottamaan. (Rantala & Hällback 1993.) Tällaisia lapsia on kuvattu myös termeillä ei-luovat puhujat, ekolalistyyppiset puhujat tai autististyyppiset puhujat (Tuovinen 1992, 35). Usein ensivaikutelma näistä lapsista onkin enemmän persoonallinen ja erikoinen kuin dysfaattinen (Grönroos 1995, 5). Tavallisia keskustelusääntöjä nämä lapset eivät ymmärrä eivätkä sosiaaliset säännöt kehity muutenkaan. Sekä välitön että viivästynyt kaikupuhe on yleistä; lapset saattavat vastata kysymykseen samalla kysymyksellä tai toistella esim. televisiosta kuulemiaan fraaseja. ((Rantala & Hällback 1993, 21.) Epätarkoituksenmukaista kyselyä heillä on usein (Hyytiäinen-Ruokokoski & Rajala 1993, 69).

Ymmärtämisvaikeudet ovat tässä dysfasiaryhmässä suurimmat, vaikka vuolas ja virheetön ilmaisu aluksi hämäävätkin. Ongelma sisältää vaikeuden käsitellä ja käyttää kieltä mielekkäästi. Sanoman sisältö jää epäselväksi. (Grönroos 1995, 5-6.) Bishop ja Adams (1992, 119-120) mainitsevat semanttis-pragmaattiselle häiriölle erityisesti ominaiset päättelyvaikeudet. He luonnehtivat tällaisen puhujan ilmaisua sujuvaksi ja rakenteellisesti kompleksiseksi, mutta taustalla he totesivat vakavat vaikeudet ymmärtää puhetta; pääasiallinen ongelma on sisällöllinen ja kielen käyttöön liittyvä.

Leinonen (1995, 87-88) siteeraa eri tutkijoita, jotka ovat määritelleet semanttis-pragmaattista häiriötä. Termi semanttis-pragmaattinen häiriö on tutkijaparin Rapin ja Ellen (1983) luoma. McTear (1995) käytti termiä keskustelullinen kyvyttömyys ja Smith ja Leinonen (1992) kutsuvat ko. häiriötä pragmaattiseksi.

Bishop ja Adams (1992, 120) kuvailivat ymmärtämisvaikeuden johtuvan hyvin laaja-alaisesta problematiikasta. Vaikeuksia on auditiivisessa havaitsemisessa, tarkkaavuudessa, sanastonhallinnassa, kielipiillisessä prosessoinnissa ja muistissa. Päättelyvaikeudet todettiin jo edellä tyypillisiksi semanttis-pragmaattisessa häiriöryhmässä. Lisäksi kyky havaita sananmukaisen

merkityksen takaa se mitä puhuja oikeastaan tarkoittaa kuten esim. sarkastisissa ja ironisissa ilmauksissa, on semanttis-pragmaattisessa häiriössä varsin huono. Bishop ja Adams kuvaavatkin tämän häiriötyypin lapsia yli-sananmukaisiksi; he ottavat asiat kirjaimellisesti, reagoivat pintaviestiin, mutta eivät ymmärrä sanomaa.

Bishop ja Adams (1992, 119-127) tutkivat dysfaattisten ymmärtämistä sarjakuvatehtävän avulla ja havaitsivat ymmärtämisen olevan vaikeutunutta myös kuvallisen materiaalin tulkinnassa. Jo aiemmin on arveltu dysfaattiselle olevan yhtä vaikeaa ymmärtää kysymyksiä esitetään ne sitten visuaalisesti tai oraalisesti. Tutkijat tulivat siihen tulokseen, että näiden lasten ongelmat ulottuvat kielellisen prosessoinnin taakse ja vaikuttavat myös nonverbaaliseen päättelyyn. Kyseessä on näinollen laajapohjaisempi kognitiivinen vaikeus.

Yleisesti ottaen dysfasian ymmärtämisvaikeuksiin on alettu kiinnittää huomiota vasta suhteellisen myöhään. (Bishop & Adams 1992, 119.) Aiemmin mielenkiinnon kohteena olivat ekspressiiviset eli puheentuoton vaikeudet. Sitten havaittiin myös ongelmat verbaalisessa ymmärtämisessä ja kielioppirakenteiden tajuamisessa. Edellä on jo käsitelty syitä ja taustoja, jotka ovat vaikuttamassa myös puheen ymmärtämisen vaikeuteen. Rice, Wexler ja Cleave (1995) arvioivat ymmärtämisvaikeuksien taustalla olevan yleisen symbolivaikeuden. Kyky oppia ja tulkita uusia symboleja on todettu useissa muissakin tutkimuksissa heikentyneeksi. (Esim. Montgomery 1993; Stone & Connell 1993.) Myös Stevens ja Bliss (1995) havaitsivat dysfaattisten lasten vaikeudet symbolien tulkinnassa tutkiessaan näiden lasten konfliktinratkaisukykyä ikätovereittensa keskuudessa. Symbolivaikeuden panivat merkille myös Rescola ja Goossens (1992) tutkiessaan pikkulasten symbolisen leikin kehitystä.

Rapinin ja Allenin dysfasialuokitus on siis osoittautunut toimivaksi käytännön työssä. Sen käytössä on kuitenkin myös vaaransa; osaltaan se mahdollistaa nykyisen dysfaattisten "tehtailun". On varsin todennäköistä, että tulevaisuudessa laaditaan jokin adekvaatimpi diagnosointimalli. Rapinin ja Allenin luokituksen suurin ansio on mielestäni juuri semanttis-pragmaattisen häiriöryhmän löytäminen. Aikaisemmin semanttis-pragmaattisesta häiriöstä kärsivät lapset saattoivat helposti joutua jopa oikeusmurhan uhreiksi: autististyyppinen, ekolalinen, sujuva ja fraaseilla keikaroiva ilmaisu johdatti tutkijan usein epäilemään psykiatrista problematiikkaa. Toisaalta suuret ymmärtämisen vaikeudet, joita tämän häiriöryhmän lapsilla usein on, jäivät helposti huomaamatta. "Hienosti" puhuvaa lasta voitiin pitää ihmelapsena, jonka myöhempi kouluoponnistuminen oli käsittämätöntä.

4 DYSFASIA JA OPPIMISVAIKEUDET

4.1 Dysfasia ja kielelliset oppimisvaikeudet

Lapset, joilla on varhaisia kielellisiä ongelmia, eivät kasva yksinkertaisesti niistä ulos, totesivat Purcell ja Liles (1992, 354). Kielihäiriön oireet vain muuttuvat ja vaikuttavat niihin kykyihin, joita tarvitaan koulussa menestymiseksi. Korpilahti (1995, 139) huomauttaa myös kielihäiriön kliinisen kuvan muuttuvan kouluiässä. Lapsen vaikeus käyttää kieltä tehokkaasti kommunikaatiossaan ilmenee myöhemmin kyvyttömyytenä käyttää kieltä oppimisen edistämiseksi. (Byers Brown & Edwards 1987, 1.) Kielen vastaanoton ongelmat liittyvät useimpiin kielihäiriöihin ja nämä piirteet muuttuvat lapsen kasvaessa (Korpilahti 1991, 26). Peltomaa ja Korkman toteavat, että kielelliset valmiudet ovat erityisen tärkeitä luku- ja kirjoitustaidon oppimisessa (1995, 3). Myös Gillam ja Johnston (1992, 1303) havaitsivat tutkimuksessaan kielihäiriöisillä lapsilla olevan vaikeutta oppia lukemaan ja kirjoittamaan.

Rice, Oettig, Marquis ja Pae (1994, 106) toteavat, että hyvät sanastolliset taidot ovat väline koulumenestykseen. Aiemmin on todettu dysfaattisen lapsen heikommat sanastonoppimiskyvyt (esim. Oettig et al. 1995). Samat tutkijat totesivat sanastollisen tietouden vahvat yhteydet luetun ymmärtämiseen ja yleiseen verbaaliin älykkyyteen (1995, 434).

Kielihäiriöiselle lapselle on ominaista alkusanaston oppimisen myöhästyminen ja tämä vaikuttaa koko kielelliseen järjestelmään niin että mieleenpalauttamista ohjaavat linkit ja yhteydet kehittyvät hitaammin ja näin koko oppimissysteemi hidastuu. (Rice et al. 1994, 108; Rice et al. 1995, 862.) Yksipuolisempiakin kielihäiriöisten lasten sanastolliset taidot ovat; Watkins, Kelly, Harbers ja Hollis (1995, 1349) totesivat tutkimuksessaan dysfaattisten lasten omaavan merkittävästi harvempia eri sanoja kuin ikätovereidensa. Kelly ja Rice (1994, 108-109) totesivat, että dysfaattisilla lapsilla oli suhteellisesti vähemmän verbejä leksikossaan ja suurempi nojautuminen harvoihin usein esiintyviin verbeihin. Huono sananoppimiskyky altistaa lapsen luku- ja kirjoitusvaikeuksille sekä akateemisille vaikeuksille yleensäkin. (Oettig et al. 1995, 444.)

Fonologisen tietouden on todettu korreloivan vahvasti lapsen myöhempään luku- ja kirjoitustaitoon. (Bird, Bishop & Freeman 1995, 447.) Bird et al. arvelevat vaikeiden ekspressiivis-fonologisten ongelmien olevan riski myöhemmille luku- ja kirjoitusvaikeuksille. Tietous sanojen fonologisesta rakenteesta auttaa oppimaan foneemien ja grafeemien välisen yhteyden. Jo 4-vuotiaan koulumenestystä voidaan ennustaa senhetkisen fonologisen tietouden perusteella; jos lapsi ei tuolloin erota kahta foneemia toisistaan, voidaan ennakoida luki-vaikeuksia. Catts (1993, 949) totesi fonologisen tietoisuuden olevan paras ennuste myöhemmälle koulumenestykselle. Kyky täydentää riimejä ja tunnistaa sanan foneemeja on metalingvistinen kyky, jonka on todettu olevan kiinteässä yhteydessä lukutaidon saavuttamiseen. Kielihäiriöisellä lapsella riski on suurempi kuin niillä, joilla ongelmat ovat vain artikulaation tai fonologian tasolla. "Tavalliset" äännevirheet omaavat usein normaalin lukemaanoppimiskyvyn, sillä he voivat havaita ja luokitella foneemeja normaalisti. (Bird et al. 1995, 448.) Näinollen esim. CP-vammaiset ja suulakihalkioiset lapset voivat virheellisestä ääntämyksestään huolimatta oppia lukemaan normaalisti. Bird et al. toteavat korrelaation lukiongelmien ja verbaalin dyspraksian puhevaikeuksien välillä. Nämä lapset suoriutuvat heikosti fonologisen tietouden tehtävistä eivätkä näytä saavan otetta aakkosellisesta pääperiaatteesta.

Joka tapauksessa ääntämykselliset ongelmat pitäisi olla ratkaistu ennenkuin lukemisen opettelu alkaa. (Bird et al. 1995, 448-449.)

Peltomaa ja Korkman (1995) laativat kuntoutusohjelman, jolla pyrittiin parantamaan lasten luki-valmiuksia ennen kouluikää. He toteavat monien tutkijoiden pitävän fonologisen tietoisuuden kehitystä keskeisenä lukemaan ja kirjoittamaan oppisessa. Peltomaa ja Korkman määrittelevät fonologisen tietouden kyvyksi mieltää sanojen äänteellinen rakenne (1995, 3-4). Sanojen äänteellinen hahmottaminen ilmenee jo varhain mm. kykynä riimitellä sanoja ja se vaatii lapselta kykyä analysoida sanan osia. Sanojen osien tunnistaminen taas helpottaa foneemien yhdistämisestä vastaaviin grafeemeihin.

Stark ja Heinz (1996, 860) tutkivat lasten vokaalien havaitsemista ja totesivat, että kielihäiriöisten lasten foneemien havaitsemisen vaikeus on osoitettu toteen useissa tutkimuksissa. Foneemien havaitsemiseen kuuluu niiden erottelu ja tunnistus samoin kuin ajoitus, jotka siis nekin ovat vaikeutuneet. Tällaisista vaikeuksista kärsivät lapset jatkavat usein luki-vaikeuksisina. Eri tutkijat ovat kuitenkin arvelleet, että heikko foneemien havaitseminen ei olisikaan kielellisen häiriön syynä, vaan ongelma johtuisikin kielellisestä häiriöstä itsestään. Näillä lapsilla on erityistä ongelmaa puhesignaalin temporaalisissa aspekteissa, joita ovat lyhyet formantinmuutokset, lyhyet sarjoitukset ja lyhyet intervallit eri segmenttien välillä. Stark ja Heinz (1996, 866) arvelevat, että kielelliset ongelmat yleensäkin pohjautuvat temporaaliseen tai vauhdin prosessointihäiriöön. Näinollen huonoillakin lukijoilla olisi normaali auditiivinen kapasiteetti. Fonologiset kategoriat eivät näillä vain ole yhtä hyvin määrittäneet kuin hyvillä lukijoilla. (Stark & Heinz 1996, 861.) Kielihäiriöiset lapset ovat varsin heterogeeninen ryhmä ja tutkijat pitävätkin tarpeellisena miettiä, missä määrin näillä lapsilla foneettisen havaitsemisen osa-alueet suunnittelu, koodaus ja muistiprosessit vaihtelevat.

Westerlund (1995, 69-75) raportoi ruotsalaista seurantatutkimusta, jossa 4-vuotiaita kielihäiriöisiä tutkittiin fonologisesti seuloen tarkoituksena ennustaa myöhempää koulu-menestystä ja lukutaitoa 3. Luokalla. Seulontatestin ennustavuus ei osoittautunut kovinkaan suureksi. Ennustavuus olisi mahdollisesti ollut parempi, jos vain vaikea-asteisimmat lapset olisi otettu tutkimukseen mukaan. Nuo 4-vuotiaina vaikeimmiksi arvioidut kielihäiriöiset jäivät seurannan ulkopuolelle siirryttyään erityiskouluihin tai -yksikköihin. Varhaisvaiheessa poikkeaviksi todettujen lasten poikkeavuuden myöhempään säilymiseen vaikuttivat selvästi myös sukupuoli ja sosiaaliluokka. Poikkeavuuden pysyvyys oli suurempi pojilla ja ylimpien sosiaaliluokkien lapsilla.

Auditiivisen lyhytkestoisen muistin ongelmat kielihäiriöisillä lapsilla on tunnettu jo pitkään. Suomessa sitä on tutkinut Pirjo Korpilahti (1991 ja 1995). Varhaisemmassa tutkimuksessaan hän havaitsi koehenkilöillään yleisesti paitsi lyhytkestoisen auditiivisen sarjamuistin heikkoutta myös auditiivisen prosessoinnin hitautta. (1991, 26.) Myös Montgomeryn (1995) tutkimuksessa todettiin verbaalin lyhytkestoisen muistin häiriöt kaikissa komponenteissa; sanastollisessa tietoudessa, suunnittelunopeudessa, mieleen palauttamisessa ja verbaalikapasiteetissa. Montgomeryn mielestä kielihäiriöisiä voisi kuvata paremminkin prosessointihäiriöisiksi. Fonologisen työmuistin merkitys on todettu jo aiemminkin keskeiseksi mm. sanastonhankinnassa. Montgomery käytti tutkimuksessaan ns. epäsanvoja, koska niiden toistaminen vaatii kuulijalta monipuolisempaa prosessointia kuin oikeiden sanojen toistaminen. Epäsanvoja käytettäessä koehenkilö joutuu havaitsemaan, koodaamaan, varastoimaan, palauttamaan ja tuottamaan ilman että saisi tukea sanastollisesta tietoudestaan. (Montgomery 1995, 187-188.)

Norjalainen Turid Helland (1995, 159) tutki lyhytkestoisen muistin osuutta dysleksiassa. Hän viittasi ns. Baddeleyn malliin, jonka mukaan ns. artikulatorinen silmukka sisältää läheisen kytkennän auditiivisen lyhytkestoisen muistin ja fonologisen koodauksen välillä. Hän totesi, että luku- ja kirjoitushäiriöisillä lapsilla yleensä on heikentynyt lyhytkestoinen muisti, heikentynyt fonologinen koodaustaito ja heikentynyt artikulaationopeus. Lyhytkestoinen muisti on Hellandin mukaan jonkinlainen maamerkki dysleksiassa. Verbaalit puuttet ovat osana dysleksiää. (Helland 1995, 157-164.)

4.2 Dysfasia ja matemaattiset oppimisvaikeudet

Kielellisen ja matemaattisen oppimisen välillä on selvä yhteys, totesi Fazio (1994, 1996), joka tutki alle kouluikäisten kielihäiriöisten lasten laskemistaitoja ja teki seurantatutkimuksen samoille lapsille näiden ollessa 1. tai 2. luokalla. Kyky laskea objekteja täsmällisesti on varhaisten matemaattisten kykyjen kulmakivi ja tämä kyky on puutteellinen monilla kielihäiriöisillä lapsilla. Tutkimuksissaan Fazio pyrki selvittämään, ovatko vaikeuden taustalla auditiivisen prosessoinnin ongelmat, käsitteistön puutteet vai mahdollisesti molemmat yhdessä. Pääasiallinen vaikeus oli hänen mukaansa auditiivisessa prosessoinnissa: lukusanojen ja lukusanajaksojen muistamisessa ja mieleenpalauttamisessa.

Seurantatutkimuksessaan Fazio (1996) havaitsi, että kouluikäiset kielihäiriöiset lapset olivat joka tapauksessa ehtineet hankkia joitakin matemaattisia taitoja, esim. oppineet laskusääntöjä. Suoriutuminen yhteen- ja vähennyslaskuissa oli parempaa silloin kun käytettävissä oli enemmän aikaa ja sallittiin sormien käyttö apuna. Matemaattisessa tietoudessa oli kuitenkin ongelmia niin käsitteiden, laskutoimistusten kuin selittävän tietoudenkin osa-alueilla. Käsitys muistin ja mieleenpalauttamisen vaikeuksista erityisesti sarjallisessa materiaalissa vahvistui edelleen.

Fazio (1996) totesi taustalla vaikuttavan kielihäiriöiselle tyypilliset ongelmat auditiivisen sarjoitustehtävän prosessoinnissa. Laskeminen vaatii lukusanojen muistamista oikeassa järjestyksessä. Mutta kielihäiriöisellä on myös heikompi sanastollinen tietous ja matemaattisten termien tarkka ymmärtäminen olisi keskeistä. Ylemmillä luokilla tyypillisiä matemaattisia vaikeuksia kielihäiriöisillä ovat lukufaktojen tehoton mieleenpalauttaminen sekä virheelliset laskutoimitukset. Silloin vaaditaan nopeutta ja tehokkuutta enemmän ja siis laskutoimitusten automatisoitumista. Myös muistia helpottavat ajattelustrategiat ovat kielihäiriöisillä heikompia ja tehottomampia ja kehittyvät joka tapauksessa hitaammin. Fazion (1996) tutkimuksessa havaittiin kielihäiriöisten lasten yleinen heikko selittävä tietous matemaattisissa käsitteissä. Esikouluiässä se ilmeni siis vaikeutena oppia lukuja ulkoa ja huonona tietoutena lukusanoista. Samat lapset olivat myöhemmin huonoja laskemaan ja hitaita oppimaan uusia numerosarjoja. Fonologisen muistin ja prosessoinnin ongelmat voivat olla yksi mahdollinen vaikeuksien aiheuttaja. (Fazio 1994, 1996.)

5 DYSFASIAKUNTOUTUKSEN UUSIA MUOTOJA

5.1 Tukiviittomat

Tuettu ja vaihtoehtoinen kommunikaatio eli AAC (augmentative and alternative communication) on yläkäsite puhetta tukeville ja korvaaville kommunikaatiokeinoille, joista ns. tukiviittomien käytön on todettu olevan erityisen hyödyllinen dysfaattisille lapsille. (Pulli 1996.) Viittomien opetus ei ole kuitenkaan tavoite sinänsä, vaan senhetkinen puheen- kuntoutuksen apuväline, joka myöhemmin voidaan tarpeettomana jättää pois. Kyseessä ei ole kuurojen viittomakieli eikä viitottu suomi, vaan lapselle ja hänen perheelleen opetetaan tarpeellinen määrä tuki- eli avainviittomia, joita käytetään puheen ohella sen tukena (Kortesmaa & Toiminen 1996, 33).

Viittomista on dysfaattiselle lapselle monipuolista hyötyä. Paitsi että lapsi saa niistä kommunikaatiokeinoon, viittomat myös auttavat ymmärtämään paremmin toisen puhetta (Kortesmaa & Toiminen, 1996). Pullin (1993, 76) mukaan viittomat helpottavat huomattavasti lapsen ilmaisupainetta, joka puheen viipyessä on saattanut nousta kovin korkeaksi. Viittomat vähentävät ahdistusta ja näin lapsi voi avautua tuottamaan. Kun lapsi saa keinoon ilmaista itseään, kommunikaatioväylä avautuu kaksisuuntaiseksi; lapsen ei tarvitse enää olla vain vastaanottavana. Dysfaattisella lapsella on usein vaikeutta aloittamisessa ja etenemisessä ja näitäkin viittomat helpottavat. Viittomat auttavat lisäksi jäsentämään puhevirrasta tärkeitä yksittäisiä sanoja, joiden varaan viesti rakentuu.

Viittomia käyttäessään aikuinen hidastaa luonnostaan puheilmaisuaan ja näin ymmärtäminen helpottuu (Pulli 1993, 76). Saman ovat havainneet Weismer ja Hesketh (1993, 1013). Dysfaattiselle lapselle on ominaista vaikeus prosessoida nopeatempoista auditiivista ärsykettä; se ei tarjoa hänelle oppimismahdollisuutta. Paraskin interventio menee hukkaan, jos se esitetään liian nopeasti. Tavallista hitaampi puherytmi on optimaalinen dysfaattisten lasten kanssa toimittaessa. Samat tutkijat ovat todenneet, että prosodinen painotus ja erilaiset visuaaliset vihjeet, muutkin kuin varsinaiset viittomat, auttavat dysfaattista merkittävästi uusien sanojen oppimisessa. Kielellisen signaalin esitystavalla on juuri dysfaattiselle erityisen suuri merkitys. (Weismer & Hesketh 1993, 1022-1023.)

5.2 Päiväkoti/miljööterapia

Nykyisten kuntoutuskäytäntöjen mukaan dysfaattinen lapsi pyritään integroimaan päiväkotiin mahdollisimman pikaisesti ja päiväkodin edut tiedostetaan yleisesti. Jo pelkästään lasten yhdessäolo ja leikkiminen on kuntouttavaa, kunhan ryhmä on muodostettu onnistuneesti (Soukka 1993, 43). Kaiser ja Hester (1994, 1320) huomauttavat, että dysfaattisella lapsella on suuri vaara epäonnistua sosiaalisissa suhteissaan ikätovereihin ja perhenjäseniinsä ja tämä voi johtaa käytöshäiriöihin. Tehostettua miljööopetusta he pitävät tärkeänä lapsen toiminnallisen kielen kehittämisessä. Päiväkodissa lapset saavat keskustelukumppaneita sosiaalisessa kommunikaatioympäristössä ja näin oppivat kieltä, jolla selviytyä arkielämän eri tilanteissa.

Kaiser ja Hester (1994, 1321) toteavat päiväkodin olevan avainasemassa leksikon oppimisessa, varhaisten semanttisten suhteiden kehittämisessä ja spontaanikielen saamisessa.

Graig ja Washington (1993, 227) ovat tutkineet esikouluikäisten dysfaattisen lasten verbaalia ja non-verbaalia käyttäytymistä. Dysfaattisella lapsella on vaarana pragmatiikan ongelmat. Heidän viidestä dysfaattisesta tutkimushenkilöstään kolme ei onnistunut solmimaan ystävyys-suhteita, kaksi sai tovereita, mutta epäsuorin, non-verbaalisin keinoin. Tutkijat havaitsivat, että vaikka dysfaattisella lapsella on samat keskustelufunktiot kuin muillakin lapsilla, dysfaattisilla noiden funktioiden käyttö on tehottomampaa. Dysfaattiset lapset, toisin kuin ei-dysfaattiset, eivät keskeytä toisten puhetta. He kyllä pystyisivät siihen, sillä keskeytykseksi riittävät yksittäiset sanatkin, joita heillä vähintäänkin on. Tämän keskeyttämättömyyden Graig ja Washington arvelivat johtuvan jonkinlaisesta sosiaalis-vuorovaikutuksellisesta vajauksesta. Keskustelullisten taitojen tukemisen ja kehittämisen ennen kouluikää nämä tutkijat katsoivat varsin tärkeiksi. (Graig & Washington 1993, 1338-1339.)

Dysfaattisten lasten konfliktiratkaisukykyä ovat tutkineet Stevens ja Bliss (1995, 599-601) ja todenneet sen heikentyneeksi. Konfliktiratkaisu on osa sosiaalista kognitiota ja välttämätön vuorovaikutustaito. Konfliktiratkaisu on suhteessa kommunikaatiokykyyn ja siksi dysfaattisilla rajoittunut. Kommunikaatio on tärkeä osatekijä yksilön sosiaalisessa kyvyssä. Tutkijat totesivat, että dysfaattiset lapset ovat arkoja tekemään kielellisiä aloitteita ja kysyttäessä vastaavat lyhyesti ja ei-kielellisesti. Vastauksissaan nämä lapset epäonnistuvat usein tai heidän yrityksiään ei tunnisteta. Syntyy varhaisia epäonnistumisen kokemuksia, jotka haittaavat myöhempää vuorovaikutusta. Vähiten sosiaalisia taitoja omaavat ne dysfaattiset lapset, joilla on sekä reseptiivistä että ekspressiivistä ongelmaa; ymmärtämisvaikeus haittaa keskustelun seuraamistakin. (Stevens & Bliss 1995, 606.) Kaikenkaikkiaan dysfaattiset ovat haavoittuvampia sosiaalisissa suhteissa, symbolien tulkinnassa ja oikeaan aikaan toimimisessa. Stevens ja Bliss (1995, 606) arvioivat dysfaattisen lapsen hyötyvän konfliktiratkaisutaitojen harjoittamisesta ja ehdottavat yhdeksi keinoksi roolileikkejä.

Päiväkodista on hyötyä myös dysfaattisen lapsen symbolileikin kehittämisessä, joka Rescolan ja Goossensin (1992, 1290-1292) mukaan on viivästynyttä. He toteavat, että dysfaattisilla on vähemmän ns. kunnan leikkiä, vähemmän kehittyntä vuorotteluleikkiä ja vähemmän variaatioita symbolileikissä. Syyksi tutkijat arvelevat tyylillistä eroa, kehityksellistä viivettä symbolien käytössä yleensäkin tai vajausta symbolitulkinnan mieleenpalauttamisessa. Rescola ja Goossens (1992, 1299) toteavatkin, että vaikka dysfaattisen lapsen vuorotteluleikin kehityskulku on samanlainen kuin muidenkin, niin se on hitaampi ja yksipuolisempi. Tällaiselle lapselle parasta kuntoutusta on kielellinen stimulaatio leikkikonteksteissa. Aikuisen tuki ja malli on heille erityisen tärkeä.

Robertson ja Weismer (1997) toteavat, että sosiaalinen vuorovaikutus on tärkeä komponentti kielenoppimisessa. Koko kielenoppimisen ajan lapset osallistuvat erilaisiin vuorovaikutuksellisiin konteksteihin. Weismer ja Robertson kutsuvat sosiodraamaleikiksi mielikuvitusleikkiä, jossa on kaksi tai useampi osallistuja. Tällaisessa leikissä lapsi on vuorovaikutuksessa ikätovereidensa kanssa mielekkäästi, järjestäytyneellä tavalla saaden samalla kokemusta kielen semattisesta, syntaktisesta ja toiminnallisesta aspektista. Lapsen menestys tällaisessa leikissä riippuu lapsen kyvystä ymmärtää leikin teema ja ennakoida leikkijakson toimintaan liittyvää kieltä ja käytöstä. Normaalisti lapsella on kognitiivinen viitekehys, joka sisältää kumulatiivista tietoa joko aiemmista leikitapahtumista tai joistakin muista tapahtumista. (Robertson & Weismer 1997, 49-61.) Tulkinnallinen viitekehys on juoni, "käsikirjoitus",

jonka avulla hankitaan yhä laajenevaa kognitiivista tietoutta. Käsikirjoituksen avulla lapsen on mahdollista osallistua leikkiin tarvitsematta mieltä, miten olla ja mitä sanoa. Hänellä on tarpeellinen taustarutiini ja hän voi keskittyä tilanteen muihin osiin; uuden tiedon yhdistämiseen, ongelmien ratkomiseen ja päämäärän tavoittelemiseen. Robertson ja Weismer huomauttavat, että kielihäiriöisellä lapsella on suuri vaara kehittää näivettyneitä ja yksipuolisia käsikirjoituksia. Kielihäiriöiselle ominainen puutteellinen informaation organisointi ja sääntöjen abstrahointi haittaavat myös. Lapsen on korjailtava koko ajan käsikirjoitusta ja se taas haittaa osallistumista ja oppimista. Kielihäiriöisiä lapsia ei mielellään valita leikkitovereiksi, vallankaan ei esittäviin roolileikkeihin. Käsikirjoituksen tuntemuksen puute haittaa eikä käsikirjoitus pääse kehittymäänkään, ellei lapsi voi jakaa sosiaalista kokemusta.

Kuntoutuksen painopiste on siirtymässä erityistaitojen kehittämisestä sosiaalisiin vuorovaikutuksellisiin oppimistilanteisiin. Robertson ja Weismer (1997) tutkivat vertaismallien vaikutusta kielihäiriöisten lasten juonelliseen leikkiin. Tutkijat muodostivat kaksi ryhmää: toisessa oli 10 esikouluikäistä kielihäiriöistä lasta, toisessa saman verran kielellisesti normaalia lasta. Lisäksi oli kymmenen kielihäiriöisen lapsen muodostama kontrolliryhmä, joka leikki vain keskenään. Kullekin koeryhmän kielihäiriöiselle valittiin oma pari kahdenkeskiseen leikkituokioon. Koeryhmän kielihäiriöisten lasten leikki kehittyi merkittävästi, kontrolliryhmällä vastaavaa edistystä ei todettu. Nämä ns. interventioagentit ovat Robertsonin ja Weismerin mukaan eräänlaisia katalysaattoreita vahvistamassa heikommin kehittyneiden ikätovereidensa sosiaalisia, kognitiivisia ja kielellisiä kykyjä. Interventioagentteina he jakavat juonellista tietoutta leikin teemasta pitäen samanaikaisesti leikkiä käynnissä ja koherenttina. (Robertson & Weismer 1997, 46 - 61.)

Goldstein, English, Shafer ja Kaczmarek (1997, 33 - 48) laativat ikätoverivälitteisen interventio-ohjelman, jossa normaalisti kehittyneitä esikoululaisia ohjattiin tiedostamaan kehityksessään eri tavoin viivästyneiden ns. erityislasten kommunikaatioyrityksiä. Iskusanoina olivat Pysähdy-Leiki-Juttele. Tutkimuksessa oli kahdeksan lapsiparikkia: erityislapsi ja kullakin oma koulutettu "ohjaajansa", joka oli normaali kehitykseltään. Tutkimus osoitti, että tällä menetelmällä saatiin lisättyä erityislasten kommunikaatiivista ja sosiaalista vuorovaikutusta. Ilman aikuisen ohjausta samantasoiset lapset hakeutuvat luonnostaan yhteen. Taipumus kartella erityislasten seuraa vähenee selvästi, kun lapsille opetetaan joitakin strategioita. Tässä tutkimuksessa strategioita olivat leikkiin pyytäminen, lelun jakaminen ja leikki-idean keksiminen. Goldstein et al. huomauttavat, että käyttökelpoisia strategioita ovat myös katsekontaktin ottaminen, leikin aloitus, oman tai toverin leikin kielellistäminen ja leikkitoverin ilmaisun toistaminen, jopa laajentaminen. Myös nonverbaaliaktien tiedostamista kannattaisi kehittää. Tutkijat toteavat, että nämä menetelmät ovat pehmeitä eivätkä sisällä mitään vaatimuksia esim. vastata. Interventioagentit eivät tarvitse teho-ohjausta, vain normaalisti kehittyneiden kykyjen korostamista ja esille nostamista aikuisen tuella. Tässä tutkimuksessa jäi kuitenkin vielä avoimeksi se, miten pitkäkestoisia parantuneet vuorovaikutustaidot ovat ja ovatko ne siirrettävissä muihin vuorovaikutustilanteisiin.

5.3 Toimintaterapia

Toimintaterapia yhtenä kielihäiriöisen lapsen kuntoutusmuotona on lyömässä itseään voimakkaasti läpi nykyisen dysfasia -boomin aallonharjalla ratsastaen. Toimintaterapian avainkäsite on sensorinen integraatio, sen teoria ja terapia, jonka loi A.J. Ayres. Hän toi

oppimishäiriöiden viitekehukseen taktiilisen, proprioseptiivisen ja vestibulaarisen aisti-integraatiokäsitteen. Tuon aisti-integraation vahvistamisen katsotaan edistävän myös kielihäiriöisen lapsen kuntoutumista. (Danner 1995, 29-31.) Suurimman sensorisen integraation häiriöryhmistä muodostavat ne lapset, jotka kärsivät erilaisista dyspraksioista (vrt. ed. verbaali dyspraksia). Toinen suuri häiriöryhmä ovat lapset, joilla on ongelmia aistimusten muokkauksessa. Heissä on ilmeisesti myös kielihäiriöisiä lapsia, joiden ongelmana on yli- tai alireagointi tunto- ja liikeaistimuksiin, mutta myös kuuloärsykkeisiin. (Danner 1995.)

Amerikkalaiset Kurtz ja Scull (1993, 639-640) mainitsevat toimintaterapian kouluikäisten oppimisvaikeuksien kuntouttajana. Kuitenkin heidän mukaansa havaintomotorisen harjoituksen vaikutus suoraan akateemisiin taitoihin on vähäinen. Motivaation ja itsetunnon vahvistajana sillä on enemmänkin merkitystä. Sensorisen integraation terapiaa vaikuttaa kirjoittajien mukaan yleisesti aivojen oppimiskykyä parantavasti, ei niinkään yksittäisiin taitoihin. Joka tapauksessa toimintaterapian hyötyä on runsaasti polemisoitu.

Jaroma, Danner ja Koivuniemi (1984, 261-266) kuvaavat tutkimusraportissaan dyspraktisen pojan sensorisen integraation terapiaa. He siteeraavat eri tutkijoita, joiden mukaan kielen ja puheen häiriöt ovat usein yhteydessä lieviin motoriikan häiriöihin ja että auditiivinen havaitseminen on ainakin osaksi riippuvainen myös taktiilisesta ja kinesteettisestä järjestelmästä. Tutkimusraportin esikouluikäinen poika sai sekä sensorisen integraation terapiaa että puheterapiaa. SI-terapialla pyrittiin vahvistamaan aivojen kykyä organisoida vestibulaarisia, proprioseptiivisiä ja taktiileja ärsykeitä ja näin kehittämään sekä visuo- että audiomotoriikkaa. Terapian tuloksena poika pystyi saavuttamaan koulukypsyyden määrättyssä iässä ja aloittamaan normaalikoulussa.

Toimintaterapialla on merkityksensä myös vuorovaikutus- ja yhteistyötaitojen kehittämisessä. Toimintaterapiaa voi näin ollen hyödyntää myös lapsen valmentamisessa muihin terapioihin. Käytännön työssä sen ovat monet puheterapeutit todenneet.

5.4 Neuropsykologinen kuntoutus

Lasten neuropsykologinen kuntoutus on kokonaisuudessaan verrattain uusi toimintamuoto ja kielihäiriöisten lasten kuntoutuksessa uusinta uutta. Tällä hetkellä sitä on kuitenkin saatavissa melko rajoitetusti ja palvelut ovat keskittyneet pääasiassa Etelä-Suomeen ja suurille paikkakunnille. Kiinnostus neuropsykologista kuntoutusta kohtaan on kasvamassa ja sitä osaavat vanhemmatkin yhä enenevästi tiedustella. Neuropsykologisen kuntoutuksen vahvuus on se, että se perustuu tarkkaan neuropsykologiseen analyysiin lapsen vaikeuksien ja ongelmien laadusta. (Korkman 1997.) Näinollen neuropsykologista kuntoutusta voidaan perustellusti pitää ns. täsmäterapiana.

Nykyinen painopistealue on kouluikäisten kuntoutuksessa. Varhaisvaiheessa huomaamatta jääneet kielelliset ja muistitoimintojen vaikeudet saattavat nousta esiin vasta ylemmillä luokilla ja haitata koulumenestystä. Näille lapsille ei välttämättä enää toiminta- tai puheterapeuteilla tai koulun erityisopettajalla ole kuntoutuksellista annettavaa. (Häyrinen & Korkman 1997, 117 - 134). Kirjoittajat toteavat, että oppimisvaikeuksien ennustettavuudesta johtuen neuropsykologinen kuntoutus voidaan aloittaa ennen kouluikää. Alle kouluikäisille suunnatut neuropsykologiset varhaiskuntoutusmenetelmät tähtäävät kouluvalmiuksien vahvistamiseen

ja niiden painopiste on sensorisessa ja motorisessa harjoittelussa. (Appelqvist 1997, 18.) Kielellisten valmiuksien vahvistamisohjelma on Kieku (Peltomaa & Korkman 1995), jossa pääpainoalue on fonologisen tietoisuuden lisäämisessä. Häyrinen ja Korkman (1997) huomauttavat, että kuntoutusmenetelmät ovat paljolti kuntouttajan oman kekseliäisyyden varassa.

Äystö on tutkinut diagnostisia lähestymistapoja kielihäiriöihin ja esitellyt ns. PASS -mallin (P = suunnittelu, A = tarkkaavuus, S = peräkkäinen, S = rinnakkainen) diagnosointiin, kuntoutukseen ja opetukseen. Äystön mukaan kognitiivisia dysfasian alaryhmiä ei ole tutkittu paljoakaan, vaikka kielellä on yhteyksiä sellaisiin kognitioihin kuten tarkkaavuuteen, muistiin, sekventointiin, analyysiin ja organisointiin. Kieli käyttää monia aivojen operaatioita ja näistä kognitiivista vajausta on ainakin auditivisessa havaitsemisessa ja tarkkaavuudessa, verbaalisessa muistissa jne. Eli yleensäkin toimintaa ohjaavissa ja säätelevissä järjestelmissä. Äystö pyrkii soveltamaan neurokognitiivista integratiivista mallia kielihäiriöihin ja löytämään näin yhtenäisen kuvauksen, josta olisi apua sekä kuntoutuksessa että opetuksessa. Äystö huomauttaa, että mikäli neuropatologian oletetaan olevan kielihäiriön taustalla, neuropsykologian ja sitä mukaa neuropsykologisen kuntoutuksen merkitys kasvaa. (Äystö 1995, 20.)

Toimintaterapia, puherapia ja neuropsykologinen kuntoutus ovat parhaimmillaan moniammatillista yhteistyötä. (Häyrinen & Korkman 1997.) Kirjoittajien mielestä toiminta- ja puheterapiaa on vielä saatavissa suhteellisesti riittävästi nuoremmille lapsille. Nämä terapeutit voisivat hyödyntää neuropsykologisia tutkimustuloksia terapioissaan. Kirjoittajat ovat aivan oikein havainneet, että tällainen yhteistyö on vielä vähäistä ja siitä johtuen kukin kuntouttaja toimii tahollaan miten toimii. Tähän yhteistyöhön olisi saatava myös päiväkodin henkilökunta. Tällä hetkellä toimivan yhteistyön puute kielihäiriöisten kuntoutuksessa on omienkin havaintojeni mukaan ilmeistä. Kun kaikissa näissä kolmessa kuntoutusmuodossa on yhteisiäkin elementtejä, on terapioissakin väistämättä päällekkäisyyttä eikä se varmasti ainakaan kaikissa tapauksissa ole hyödyksi.

6 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN

6.1 Tutkimustehtävät

Tämän kvalitatiivisen deskriptiivisen tapaustutkimuksen tutkimustehtävät ovat: 1) kuvailla ja arvioida kielihäiriöiden kuntoutusta nykytietämyksen pohjalta, sekä 2) pohtia kuntoutuskäytäntöjen adekvaattiutta vastata niihin haasteisiin, joita yhä kasvava kielihäiriöisiksi diagnosoitujen joukko luo.

6.2 Tutkimuksen käsitteistöä ja taustamäärittelyä

Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen ja Saari (1994, 68) toteavat, että "etnografia on kehittynyt uteliaisuudesta ihmisiin". Sananmukaisesti termi etnografia tarkoittaa ihmisistä kirjoittamista "eikä kiehtovampaa tehtävää voisi olla". Etnografisen tutkimuksen tausta on monitieteinen ja laaja ja niin on käsitteistökin, mikä on osaltaan lisännyt kvalitatiiviseen tutkimukseen kohdistuvaa kritiikkiä. Kuitenkin monet tutkijat ovat sitä mieltä, ettei nimikkeissä ole ongelmaa, vaan termit etnografinen, kvalitatiivinen, observeiva tutkimus, fenomenologinen tutkimus, tapaustutkimus ja tulkinnallinen sekä konstruktiiivinen tutkimus ovat lähes synonyymejä. (Syrjälä et al. 1994, 75.)

Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (1996, 129 - 130) mainitsevat tapaustutkimuksen yhtenä kolmesta traditionaalisesta tutkimusstrategiasta; muut kaksi ovat kokeellinen tutkimus ja surveytutkimus. Tapaustutkimus antaa yksityiskohtaista intensiivistä tietoa yksittäisestä tapauksesta tai pienestä tapausjoukosta, jotka ovat suhteessa toisiinsa. Prosessit tai yksittäistapaukset ovat suhteessa ympäristöönsä. Tapaustutkimus on sellainen tutkimus, joka auttaa ymmärtämään esimerkiksi opetusta syvällisemmin kaikkien osallistujien kannalta. (Syrjälä et al. 1994, 11 - 12.) Se ei kohdistu vain tähän hetkeen, sillä usein menneisyyden tarkastelu auttaa kohteen ymmärtämisessä. Aarnos (1995) korostaa tapaustutkimuksen prosessinomaista luonnetta.

Etnografisen tutkimuksen lähtökohtana on usein esiymmärrys, joka on kehittynyt esimerkiksi opettajalle tai jollekin muulle ammattilaiselle hänen tehdessään vuosia omaa työtään. Esiymmärrys palvelee silloin käyttöteorianana, joka auttaa tutkijaa hahmottamaan ongelmia tutkimuskohteesta. (Aarnos 1995.)

Erityispedagoginen on tutkimus silloin, kun siihen sopivat Mobergin ja Tuunaisen (1989, 24 - 27) luettelemat erityispedagogisen tutkimuksen piirteet. Näitä piirteitä ovat mm. se, että erityiskasvatusta annetaan eri paikoissa kuin muuta kasvatusta, on olemassa eri metodeja kuulovammallisille, näkövammallisille ynnä muille, kyse on vammasta, henkilökunnalla on erityiskoulutus ja erityisvaatimukset jne. Erityispedagogisessa tutkimuksessa on yleensä vähän koehenkilöitä ja heihin kohdistetaan menettelyjä, jotka ottavat huomioon heidän erityispiirteensä ja ainutkertaisuutensa. Tutkimusjoukko on heterogeeninen ja tutkittavat ovat erilaisissa ympäristöissä, joissa heidän kanssaan tekemisissä ovat eri alojen ammattilaiset.

Tutkimusprosessissa ovat vahvasti mukana systeeminen dynamiikka, tunteet ja muu yksilöllisyys. Erityisen herkkä alue ovat eettiset ja moraaliset ongelmat.

6.3 Tutkimushenkilöt ja tutkimusmenetelmät

Tutkimushenkilöiksi valitsin vapaata harkintaani käyttäen asiakasaineistostani kaksi dysfaattista lasta, joiden ikäero on 12 vuotta. Tämän ikäeron katsoin riittävän suureksi kuvaamaan dysfasiatietouden ja kuntoutuskäytäntöjen muutoksia. "Minna" on syntynyt vuonna 1980 ja oli aikoinaan ensimmäinen selkeästi dysfaattiseksi määriteltävä asiakkaani. "Jari" on syntynyt vuonna 1992 ja saa ns. uuden sukupolven dysfasiakuntoutusta; toivottavasti myös hyötyy lisääntyneestä dysfasiatietoudesta. Molemmat lapset ovat saaneet puheterapiaa usean vuoden ajan. Pitkän terapiajakson aikana suhde perheeseen, nimenomaan äiteihin, on ehtinyt kehittyä kiinteäksi ja luottamukselliseksi. Molemmissä äideissä on ainesta ns. avaintodistajiksi (Aarnos 1995); Syrjälä et al. (1994, 86) käyttävät tässä yhteydessä termiä avaininformaattori. Grönfors (1982, 112) puhuu myös avaintodistajasta, henkilöstä, joka tiettyjen ominaisuuksiensa vuoksi on valittu haastateltavaksi. Tällaiset henkilöt ovat merkittävä tuki tutkijalle. Omaan tutkimukseeni sain avaininformaattorit varsin helposti; molemmat äidit ilmaisivat halunsa auttaa tärkeäksi kokemansa asian edistamisessä. Itseasiassa tutkimukseen tulijoita olisi ollut enemmänkin; myöhemmin havaitsin erään äidin olevan selvästi luokkaantunut, kun häntä ei pyydetty mukaan.

Aineistonkeruumenetelmät olivat haastattelu, kysely ja valmiiden dokumenttien käyttö. Erityisesti teemahaastattelu tuntui varsin sopivalta tiedonhankintakeinolta molempien äitien ja Minnan opettajan tapauksessa. Haastattelua Hirsjärvi et al. (1996, 200-201) pitävät ainutlaatuisena tiedonkeräysmenetelmänä juuri siksi, että siinä on tutkijalla mahdollisuus olla suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa. Tutkija itse on, kuten Grönfors (1982, 13) huomauttaa, tärkein tutkimusväline. Teemahaastattelussa (Hirsjärvi et al. 1996, 204 - 205) haastateltavat yleensä tietävät yleiset teemat ja niistä on helppo edetä ilman tarkkoja kysymyksiäkin. Perhekeskeisen työn koulutuksessa (Tuori ja Uski 1997) oppimani perheistunnon rakenne sopi mielestäni erityisen hyvin äitien haastattelutilanteisiin. Haastattelu pyritään aloittamaan ns. sosiaalisella kierroksella, joka auttaa kontaktinotossa ja osoittaa haastattelijan kiinnostuksen. Haastattelijä pyrkii sosiaalisen kierroksen aikana tutustumaan ihmisten kieleen ja heidän tapaansa puhua asioista. Joskus on tarve suorastaan "valloittaa" joku haastateltava. Haastattelun struktuuri luodaan ankkuroimalla tapahtumat todellisuuteen ja liittämällä haastateltavien ajatukset tapahtumista. Elämäntilannetta ja tapahtumien vaikutuksia siihen tarkastellaan kokonaisuutena.

Molempien äitien haastattelut kestivät useamman tunnin. Minnan äitiä haastattelin työhuoneessani työajan jälkeen kahtena peräkkäisenä päivänä kaksi tuntia kerrallaan. Jarin äiti saapui kotiini haastateltavaksi opintovapaalla ollessani; haastattelu kesti noin kaksi tuntia. Minnan opettajaa haastattelin hänen omassa luokassaan niinikään työajan jälkeen; aikaa kului kaksi tuntia. Olosuhteet olivat joka tilanteessa mahdollisimman häiriöttömät; lapsia ei ollut paikalla, puhelin oli irroitettu eikä huoneeseen ollut vapaata pääsyä. Muistiinpanot tein käsin käyttäen ns. aide memoire -tekniikkaa (Grönfors 1982, 130), jossa merkitään muistiin lähinnä avainsanat. Muistiinpanot litteroin välittömästi haastattelun päätyttyä. Haastattelukokemusta olen saanut työssäni, kun olen puheterapeuttina kerännyt asiakkaitteni anamneeseja mahdolli-

simman tarkasti. Näidenkään äitien kertomat asiat eivät olleet minulle uusia, mutta ensimmäisen kerran niitä pyrittiin käsittelemään näin strukturoidusti.

Päiväkotiin lähetin laatimani kyselylomakkeen, jossa käytin avoimia kysymyksiä. (Hirsjärvi et al. 1996, 194 - 195.) Avointen kysymysten etuihin kuuluu mm. se, että vastaajat voivat ilmaista itseään vapaasti omin sanoin eikä heille ehdoteta vastauksia. Näin osoitetaan vastaajien tietämys aiheesta ja annetaan mahdollisuus tunnistaa omaan motivaatioon liittyviä seikkoja ja keskeisiä asioita vastaajien ajattelussa. (Hirsjärvi et al. 1996, 197.) Tiettyyn avoimuuteen pyrin myös tässä tiedonhankintamenetelmässä; äiti sai tehtäväkseen viedä kyselylomakkeen lapsensa päiväkotiin ja äidille kerrottiin, että hän saa myös nähdä lomakkeen täytettynä. Päiväkodin henkilökunnalla oli aikaa muutama päivä prosessoida kysymyksiä yhteisissä päiväpalavereissaan.

Käytössäni oli myös valmiita dokumentteja; sairauskertomustietoja vuosien varrelta, joita käytin kuvatessani lasten puheenkehitystä, terapian kestoa ja muita, lähinnä niitä lääketieteellisiä ja psykologisia tutkimuksia, mitä näille lapsille on tehty. Nämä ovat lähinnä virallisiksi dokumenteiksi katsottavia (Hirsjärvi et al. 1996, 214) ja valottavat tässä kummankin lapsen ns. puheterapia-uraa.

Tutkimuksen alkuvaiheessa hain tutkimuslupaa ensin sairaalamme eettiseltä toimikunnalta. Selvisi, ettei toimikunta myönnä tutkimuslupia, merkitsee vain tekeillä olevat tutkimukset tiedokseen. Tutkimuslupapyyntö, jota puolsi lastentautien vastuualuejohtaja, suunnattiin siis sairaalan johtoryhmälle. Kun kyseessä oli nimenomaan lapsiin kohdistuva tutkimus, hallintoylilääkäri piti varminpana pyytää tutkimuslupaa Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskukselta eli Stakesilta. Lisätietoja pyydettyään Stakes siirsi tutkimuslupapyyntönsä sosiaali- ja terveysministeriön sosiaali- ja terveysterveyspalveluosastolle. Sosiaali- ja terveysterveyspalveluosaston osastopäällikkö katsoi, ettei heidän lupaansa tarvita, kunhan vain tietyt ehdot täyttyvät. Ensiksikin vanhemmilta oli pyydyttävä kirjallinen lupa heidän lastensa sairauskertomustietojen käyttämiseksi. Vanhempien suostumuksella voitiin haastatella heitä itseään ja heidän lastensa asiantuntijatahoja. Sosiaali- ja terveysterveyspalveluosasto korosti, että yksittäisten henkilöiden tunnistettavuus on suojattava ja tiedostot tutkimuksen jälkeen asianmukaisesti hävitettävä. Tutkija itse on salassapitovelvollinen; tuo velvollisuus minulla on jo työni vuoksi. Kun oli todettu, että nämä kaikki ehdot täyttyvät, ei estettä tutkimuksen teolle ollut. Seinäjoen sairaalan johtoryhmä myönsi tutkimusluvan maaliskuussa 1997. Tutkimusluvan haku kesti kaikkineen lähes neljä kuukautta.

6.4 Tutkimuksen reliabelius ja validius

Etnografiselta tutkimukselta vaaditaan luotettavuutta samoin kuin kaikilta tutkimuksilta. Kvantitatiivisesta tutkimuksesta peräisin olevia termejä reliabelius ja validius on pyritty määrittelemään uudella tavalla tai korvaamaan toisilla termeillä. Hirsjärvi et al. (1996, 249) puhuvat uskottavuudesta ja siirrettävyydestä. Termien luotettavuus ja pysyvyys sijasta Syrjälä et al. (1994, 100 - 102) suosittelevat termiä uskottavuus. Triangulaation käytön on katsottu vahvistavan uskottavuutta; se määritellään erilaisen ja eri lähteistä kootun informaation vastakkainasetteluksi (Syrjälä et al. 1994, 44) tai yhden tai useamman tiedonhankintamenetelmän rinnakkaiskäytöksi. (Moberg et al. 1989, 121). Tynjälä (1991, 393) ei kuitenkaan luota

triangulaatioon uskottavuusongelmissa; hänestä tutkijan reflektiivinen ote työhönsä on parempi uskottavuuden osoittamisessa.

Uskottavuus on Tynjälän (1991, 390 - 391) mukaan jaettavissa osakäsitteisiin totuusarvo, sovellettavuus, pysyvyys ja neutraalius. Totuusarvon kriteeri on vastaavuus; miten totuudenmukainen tieto tutkimuskohteesta saadaan. Tutkimus tuottaa käsityksiä, joiden on vastattava tutkittavien käsityksiä. Tutkimustulokset ovat sovellettavia, jos ne voidaan siirtää eri konteksteihin. Jotta tämä olisi mahdollista, tutkijan on kuvailtava ja selitettävä tutkimuksensa kulkua mahdollisimman tarkasti. Syrjälä et al. (1994) huomauttavat, että tutkimustulosten siirrettävyydestä viime kädessä päättää tutkimuksen lukija; onko tutkimus hyödynnettävissä. Pysyvyys eli tutkimustulosten muuttumattomuus ja neutraalius eivät välttämättä toteudu etnografisissa tutkimuksissa. Neutraaliuteen tietenkin pyritään, mutta kun tutkija on itse itsensä tärkein työväline (Grönfors 1982, 13), se ei ole täysin mahdollista.

Validiuden osoittaminen kvalitatiivisissa tutkimuksissa on ongelmallista, toteaa Grönfors (1982, 173 - 174). Hän jakaa validiuden sisäiseen ja ulkoiseen. Tutkimus on sisäisesti validi, kun teoreettisten ja käsitteellisten määritteiden suhde toisiinsa on looginen. Ulkoinen validius toteutuu, kun mahdolliset hypoteesit on todennettu. Sisäinen validius voidaan Grönforsin mukaan tarkistaa vain ns. terveen järjen avullakin. Validiuden ja reliaabiliuden osoittaminen kytkeytyy Grönforsin mukaan yhteen. Yksinkertaisesti se on sitä, ettei aineisto sisällä ristiriitaisuuksia. Aineisto voi olla reliaabeli, vaikkei olisikaan validi; validius ei ole kuitenkaan mahdollista ilman reliaabeliutta. Myös Grönfors painottaa validiuden osoittamisessa tarkkaa selostusta tutkimuksen kulusta, niin tarkkaa, että tutkimus sen perusteella on ainakin periaatteessa toistettavissa. (Grönfors 1982, 175.)

6.5 Aineiston analysointi

6.5.1 Analysoinnin teoriaa

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineisto analysoidaan induktiivisesti pala palalta todistusaineistoa kooten. (Moberg & Tuunainen 1989, 115.) Grönforsin (1982, 33 - 37) mukaan induktiivinen päättely etenee johdonmukaisesti yksityiskohdista yleistyksiin. Induktiivisessa metodologiassa on kolme yleistyksen tasoa: kuvaileva eli deskriptiivinen, aineistokohtainen eli empiirinen sekä teoreettinen. Kuvaileva induktio esittelee ilmiöt niiden esiintymisen ja järjestyksen mukaan mahdollisimman tarkasti. Aineistokohtaisissa yleistyksissä asiat selitetään aineistokohtaisesti. Teoreettinen taso tarkoittaa hypoteesien muodostusta teorian pohjalta. Aarnos (1995) puhuu käsitteellis-induktiivisesta päättelystä, joka on kokonaisvaltaista, ihmiskeskeistä, tulkinnallista ja subjektiivista. Käsitteellis-induktiivinen päättely sopii dynaamisuutensa vuoksi hyvin tähän päivään. Aika panee reagoimaan nopeammin erityiskysymyksiin kuten tässä dysfasiakuntoutukseen. Vallitsevia käytäntöjä kuvattaessa seurauksena voi olla niiden kyseenalaistaminen tai jopa muuttaminen. Analysointi pyrkii laatimaan tulkintojen pohjalta synteesejä; se on abstrahoivaa. (Hirsjärvi et al. 1996, 222.)

6.5.2 Analysointimenetelmät

Aarnos (1995) esittää kvalitatiivisen analyysin pähkinänkuoressa: teemat, ihmiset ja asiat kuvataan, ryhmitellään, erotellaan ja tulkitaan. Kun aineisto on pelkistetty, siitä tehdään johtopäätökset. Aineiston pelkistämistapoja ovat mm. kvalitatiivinen sisällönanalyysi, teoriapohjainen grounded theory -menetelmä, prosessimetodi ja dialektinen metodi. Sisällönanalyysin perustana ovat haastattelut ja dokumentit, joita pohditaan asiayhteyksien, ristiriitaisuuksien yms. löytämiseksi. (Aarnos 1995.) Sisällönanalyysin avulla voi nousta esiin keskeisiä teemoja, joita analysoida. (Grönfors 1982, 155, 160 - 161.) Tämä menetelmä tuntui sopivimmalta tutkimuksessani ns. asiantuntijatahojen haastattelun ja kyselyn analysoimiseksi.

Juonirakenneanalyysi (Alasuutari 1994, 108 - 109) on käyttökelpoinen luokiteltaessa erilaisia kertomuksia ja tehtäessä niistä tiivistelmiä. Tämä ns. narratiivinen menetelmä antaa erityisesti kuuluviin ihmisen äänen. (Aarnos 1995.) Juonirakenneanalyysissä on juonenkäänteellä eli funktiolla merkitystä juonen etenemiselle. Juonirakennemenetelmä on mielestäni erityisen sopiva näiden kahden äidin haastattelujen analysointiin. Juonirakenne perustuu seuraaviin funktioihin: a) syntyy terve lapsi; b) pieniä varoitusmerkkejä/erilaisuuksia; c) kun puhe viipyy; d) hyväätarhoittavat lähimmäiset; e) asiantuntijuus ja diagnoosi; f) toivo ja epätoivo; g) kuntoutuksen toteutuminen; h) tulevaisuuden toiveet/näkymät.

6.5.3 Subjektiivinen adekvaattius

Etnografioissa korostuu subjektiivius perinteisen ohjektiiviuuden asemesta, huomauttavat Syrjälä et al. (1994, 102), mutta tämä ei kuitenkaan tarkoita tutkijan ylivaltaa. Päinvastoin tutkijan oma läheisyys auttaa mahdollisimman totuudellisen informaation saamisessa. Tästä Grönfors (1982, 177 - 178) käyttää termiä subjektiivinen adekvaattius. Subjektiivisen tiedon merkittävytyteen vaikuttavat aika, paikka, sosiaalinen tilanne, kieli ja intiimiys. Omassa tutkimuksessani kaikki nämä tekijät ovat vahvasti mukana. Asiakassuhteet ovat pitkiä, vuosia kestäviä. Olemme maantieteellisesti läheisiä, vähintään samasta maakunnasta. Yhteisiä kokemuksia on ehtinyt karttua myös tutkimusjaksoista, neuvotteluista yms. Aiemmin on jo mainittu, että suhteet ovat ehtineet muodostua varsin kiinteiksi ja luottamuksellisiksi. On varsin todennäköistä, että myös puhumme "samaa kieltä" (Syrjälä et al. 1994, 100).

6.6 Minnan puheterapia-ura

Puheterapiaa aloittaessamme Minna oli 4v4kk ikäinen. Ilmaisua koostui yksittäisistä sanoista ja yhä enenevästi 2 - 3 -sanaisista pikku lauseista. Oirekuva vastasi Rapinin ja Allenin luokituksen mukaisesti fonologis-syntaktista häiriöryhmää, jossa yksittäisiä sanoja vääristää dysfonologia ja lauseet ovat rakenteellisesti eli syntaktisesti kypsymättömiä pitkään. Tuolloin leksiko oli myös kovin puutteellista. Artikulaatio oli jonkinverran dyspraktista; oikeiden ääntymispaikkojen ja -tapojen oppiminen oli hidasta. Artikulaatiomotoriikka oli kypsymättömyyden ja kielen asento perusetinen. Mimiikka oli vähäistä ja puheprosodia lievästi poikkeavaa ja monotonista.

Foniatriin konsultaatiossa Minna oli ensimmäisen kerran 3-vuotiaana ja sen jälkeen jokseenkin vuosittain. Konsultaatiot toteutettiin poliklinikkaluonteisina päiväkäynteinä,

varsinaista osastotutkimusjaksoa Minnalla ei ollut. Kouluvalmius tutkittiin kasvatus- ja perheneuvolassa ja myös Afasia- ja aivohalvausliiton dysfaattisten lasten kouluvalmiuskurssilla. Kasvatusneuvolan psykologi suositteli mukautettua opetusta, kouluvalmiuskurssin palautteessa oli lyhyt maininta: arka, koulukypsä tyttö. Foniatri suositteli koululykkäystä ja päiväkotivuotta; päiväkodissahan Minna ei ollut vielä ollutkaan. Oman lähikoulun opettaja olisi ollut halukas ainakin kokeilemaan, vaikkei dysfasiasta tiennytkään.

Kuulovammaisten koulusta perhettä informoi koulutoimi. Samassa koulussa oli ennestään yksi dysfaattinen lapsi, jolla tosin oli kuulovamma. Joka tapauksessa Minna aloitti siellä huonokuuloisten ryhmässä, sai puheopetusta ja kävi vielä puheterapiassakin harvakseltaan. Kahtena kesänä hän oli Afasia- ja aivohalvausliiton sopeutumisvalmennuskurssilla, ensimmäisenä kesänä äidin ja sisaren kanssa, sitten yksin.

Puheterapiakäyntejä Minnalle on karttunut täällä yhteensä 232. Diagnoosin dyslalia dysphatica teki foniatri varovaisesti vasta 1988, vuonna 1993 se oli muuttunut diagnoosiksi dysphasia. Fonologis-syntaktinen Minnan puheongelma on edelleenkin. Syntaksi on virheetöntä, kun tyttö kontrolloi ilmaisuaan. Dysfologiaa ei mainittavasti enää ole, vaikkakin /r/ on hieman epäpuhdas ja jotkut muut apikaalit pyrkivät hiukan liian etisiksi. Tarkka kontrollointi tekee Minnan puheen jäykäksi ja monotoniseksi, mutta eipä kielioppivirheitäkään sitten pääse kuulumaan. Kokonaiskielellisesti Minna ei ole ikätasolla ja psykologin tutkimuksen mukaan hän vastaa heikkolahjaisen taso. Audittiiviset vaikeudet ovat selvät, esim. muisti-kaari kattaa vain neljä yksikköä.

6.6.1 Opettajan näkökulma

Dysfaattisten lasten opetuksessa kielellisten ongelmien huomioiminen kautta koko opetuksen on tärkeää. Biologiassa, maantiedossa ym. reaaliaineissa tämä toteutetaan siten, että sanasto käydään läpi opettajan kanssa, joka selittää vaikeat sanat ja käsitteet sekä sanojen väliset yhteydet. Kotitehtävissä oppilas alleviivaa vaikeat sanat ja lauseet, joita ei ymmärrä, ja opettaja sitten selvittää niiden merkityksen. Näille lapsille kodin panos on erittäin tärkeä läksyjenteossa ja Minnan perhe otti suurelta osin sananselityksen tehtäväkseen.

Lukutaidon oppiminen vei Minnalta jokseenkin kaksi lukuvuotta. Opettajan mukaan syy ei ole niinkään dysfasiassa, vaan puutteellisissa luki-valmiuksissa; Minnahan ei ollut ollut esikoulussa. Käytetty lukemaanoppimismenetelmä oli liukumien eli foneemilukeminen. Tavuviivoja ei käytetty, sanan yläpuolelle merkittiin kaaria tavun pituutta osoittamaan. Kun lukeminen alkoi sujua, näistä paljolti voitiin luopua. Myöhemminkin on kuitenkin ollut tarvetta käyttää tavukaaria ajoittain ainakin pidemmissä sanoissa sanan loppupäässä. Lukemisessa käytettiin myös ns. ruotsalaismenetelmää, jossa painotetaan sanan lopputavua. Tämä siksi, että Minna pyrki arvailemaan sanan loppuja.

Sormiaakkosista oli apua lukemaan oppimisessa ja pulpetin alla Minna turvautui niihin vielä myöhemminkin joissakin erityisen vaikeissa sanoissa. Äidinkielenopetuksessa olivat viittomatkin mukana siten, että teksti paitsi luettiin ja kirjoitettiin myös viitottiin. Tavallisia äidinkielenoppikirjoja paremmiksi osoittautuivat suomen kirjat, jotka oli laadittu ruotsinkielisiä lapsia varten. Niissä kirjoissa teksti oli helppoa ja kielioppi tuotiin johdonmukaisesti esiin. Viittomista Minna sai apua myös sananlöytämistä vaikeuksiinsa. Sanaa etsiskeltäessä tyttö

lukkiintui, mutta viittoman avulla pääsi jatkamaan eteenpäin.

Yllättäen matematiikka oli Minnalle vaikeampaa kuin äidinkieli. Sanalliset laskut olivat vaikeimpia. Ns. avainsanoista löytyi usein selviytymiskeino; kun tekstissä oli esim. sana "yhteensä", Minna oivalsi, että nyt on laskettava luvut yhteen. Kertotaulu on vaikea, aikalaskut myös. Säännönoppimisvaikeus tuli esiin laskusäännön opettelussa, mutta kun sääntö oli sitten opittu, tyttö olisi jatkanut laskemista vaikka miten pitkään. Uusi laskusääntö oli opeteltava tosi hyvin, ennenkuin siirryttiin seuraavaan. Parhaita matematiikankirjoja olivatkin ne, joissa samaa laskutoimitusta toistettiin koko aukeama. Myös tietokoneet kiinnostivat ja koulussa opittiin Windows-ohjelma. Kotona ei Minnaa kuitenkaan päästetty tietokoneen ääreen pitkään aikaan. Ei uskottu, että Minna tosiaan hallitsee ohjelman. Nyt 10. luokalla opettaja voi käyttää Minnaa jopa apuopettajana ohjaamassa nuorempien oppilaiden tietokoneen käyttöä. Uusiin asioihin siirtyminen on vaikeaa ja uudet asiat sekoittavat helposti vanhat, jo opitut.

Ymmärtämisvaikeutta tulee esiin moniosaisten ohjeiden noudattamisessa. Prosessointi kaikissa tehtävissä on äärimmäisen hidasta. Jos toiset oppilaat tekevät kokeen tunnissa, Minnalle on annettava aikaa vähintään puolitoista. Psykologin testeissä suoriutuminen on ollut odottamattoman heikkoa koulumenestykseen nähden. Opettaja uskoo, että jos testisuorituksiset eivät olisi sidotut aikaan, suoriutuminen olisi ollut parempaa.

Muistivaikeudet ovat ilmeiset ja tulevat esiin sekä lyhyt- että pitkäkestoisessa muistissa, auditiivisella mutta myös visuaalisella puolella. Vieraissa kielissä sanasto häviää muistista. Kokeisiin voidaan ottaa vain yhden kappaleen sanasto kerrallaan. Opettaja on käyttänyt valmiita ja helpotettuja kokeita rinnakkain ja yrittänyt tehdä näistä keskiarvon. Opetus on jonkinverran viivästettyä niin että nyt 10. luokalla käydään jälkimmäistä puolikasta joistakin kursseista ja joitakin 9. luokan kursseja kertaillaan ja paikataan.

Minnan kirjallinen tuotos on samanlaista kuin puhe; kieliopillisesti virheetöntä, mutta "varman päälle" niukkaa. Kun opettaja kehoittaa lisäämään aineisiin elävyyttä esim. adjektiivien käytöllä, Minna lisää tarkasti harkitsemansa adjektiivin sinne tänne. Luova ilmaisu on erityisen vaikeaa. Hän ei osaa improvisoida eikä hullutella, vaan esittää osansa jäykästi, omana itsenään.

Integraatiota sovellettiin jo ala-asteella, jolloin Minna osallistui naapurikoulun musiikkitunneille. Nyt 10. luokalla hänellä on joitakin yhteisiä kursseja viereisellä yläasteella. Aikata-lunsa hän osaa sovittaa hyvin ja vie asianmukaisesti oman opettajan viestit naapurikoulun kollegoille ja takaisin. Työharjoittelupaikkansa hän etsii itse. Kesällä rippikoulun käytyään hän on hakeutunut oman seurakunnan isoiskoulutukseen. Kansanopisto tuntuu koulun jälkeen hänelle nyt parhaalta vaihtoehdolta.

6.6.2 Äidin näkökulma

Minna oli terve vastasyntynyt; synnytys oli sujunut normaalisti ja lapsi oppi heti imemään rintaa ja imikin sitä yli vuoden ikäiseksi. Äitiä surkuteltiin koko suvun voimalla, kun ei vielääkään tullut poikaa; esikoinenkin oli tyttö. Varhaisvaiheista äiti ei muista mitään erityistä; väsynyt hän kyllä oli, kun oli hoidettavana vauva ja mustasukkainen leikki-ikäinen. Isä oli

työnsä vuoksi runsaasti poissa. Äitiysloman loputtua äiti sanoutui irti virastaan ja teki sen jälkeen vain harvakseltaan keikkoja. Minna valvotti pitkään ilmeisesti vatsavaivojen takia.

Minna oli motorisesti normaali lapsi vuoden ikäisenä, äidin mielestä erityisen rohkea ja poikamainen, kiipeili kovasti. Sanoja ei vain alkanut tulla. Ääntelyä kuitenkin oli ja ilmeisesti jokelteluakin, koskapa äidin veljen vaimo oli kuulevinaan Minnan sanovan "äiti" 10 kuukauden ikäisenä. Äidin muistin mukaan Minnan puheenkehityksestä olivat muut kiinnostuneempia kuin äiti itse. Kun 2-vuotisneuvolasta sitten tehtiin lähete yliopistosairaalan foniatriille, äiti piti sitä sisimmässään turhana, mutta ajatteli: mennään sitten. Foniatriin vastaanotolla äidillä oli ambivalentti olo; toisaalta hyssyteltiin, toisaalta pengottiin taustoja liioitellun tarkasti.

Puheterapiaa aloiteltiin sitten paikallisessa terveyskeskuksessa noin 3.6 vuotiaana. Minna alkoi tuolloin tuottaa joitakin sanahahmoja, mutta kiljuminen ja ininä olivat edelleen pääasialliset kommunikaatiokeinot. Äiti sai toimia tulkkina, koska hän parhaiten ymmärsi Minnaa. Samaan aikaan tuli muutto toiselle paikkakunnalle. 4-vuotiaana Minna aloitti puheterapian Seinäjoen sairaalassa ja tuli ensimmäisen kerran lastenneurologin vastaanotolle.

Edelleen äidissä eli toivo, että puheenkehityksen viivästyminen on ohimenevää. Diagnoosin teko jäi myöhäiseksi, lähelle 6. ikävuotta. Tuolloin dysfasia ei ollut likikään niin tunnettu oireyhtymä kuin nykyään eikä tuntomerkkejä osattu tulkita. Rohkeutta lopullisen diagnoosin tekoon puuttui. Äidille oli pahinta se, että Minnan vaikeus on jotakin "keskushermostopörrästä"; terveydenhuoltoalan ammattilaisena hän ymmärsi, että korjaamatonta se on. Diagnoosin kuuleminen aloitti äidissä prosessin, jonka aikana hän hitaasti sulatteli ja suodatti kuulemaansa, takertui johonkin yksityiskohtaan, mutta ei nähnyt kokonaisuutta.

Dysfasia oli tuolloin varsin vieras asia päiväkodille eikä päiväkodin hyötyä osattu vielä kyllin selvästi nähdä eikä sen takia äidillekään perustella. Siis äiti päätyi laittamaan Minnan seurakunnan päiväkerhoon 5-vuotiaana. Siellä Minna kävi kahden vuoden ajan kahdesti viikossa. Kouluikä lähestyi vääjäämättä eikä kukaan ollut vakuuttunut minkään koulumuodon ylivoimaisuudesta Minnan tapauksessa. Viimeisenä esikoulukeväänään Minna osallistui Jyväskylässä Haukarannan koulun järjestämille kouluvalmiuskurssille äidin kanssa. Seuraavan kesän aikana äidin ahdistus oli nouseva huippuunsa.

"Minnan koulumahdollisuuksissa oli todella valinnan varaa; pahimmillaan vaihtoehtoja oli kuusi! Keväällä Minna oli testattu kasvatusneuvolassa ja psykologi oli sitä mieltä, että apukouluun vaan. Haukarannassa sanottiin tietysti, että meille tottakai! Foniatri suositteli koululykkäystä ja nyt sitten vihdoinkin viimein päiväkotivuotta. Erityisryhmään Minna olisi laitettu ja siinä ryhmässä oli silloin puolet kuuroja, puolet vaikeita CP-vammaisia, hyvää puhujaa ei ketään. Mutta päiväkodin johtaja piti itsestään selvänä, että sinne Minna kuuluu. Tietenkin tyttö olisi päässyt läheiseen "tavalliseen" päiväkotiin, mutta siellä ei tiedetty dysfasiasta tuon taivaallista. Kaiken hyvän lisäksi lähikoulun opettaja toivotti tervetulleeksi sinnekin. Dysfasia oli hänelle täysin uusi asia, mutta hänestä olisi ollut mielenkiintoista kokeilla!"

Kesän aikana äiti kuuli, että kuulovammaisten koulussa oli yksi dysfaattinen oppilas, jolla tosin oli lievä kuulovamma. Sinnekin toivotettiin tervetulleeksi ja siellä Minna sitten

koulutiensä aloitti. Koulunkäynti alkoi sujua hyvin ja opettaja alkoi lisätä tietouttaan dysfasiasta, kävi jaksoilla Jyväskylän Haukkarannan koulussa ym. Äiti oli helpottunut nyt kun kouluasia oli ratkennut, mutta hänellä oli kuitenkin toiveena, että Minna voitaisiin "palauttaa" tavalliseen kouluun myöhemmin. Äiti ajatteli sisimmässään, ettei lopullista ratkaisua ole vielä tehty eikä tämä koulumuoto ole kuitenkaan pysyvä. Kuunnellessaan isonsiskon kertomuksia lähikoulussa tapahtuvasta kiusaamisesta äiti oli huojentunut, ettei Minnan ainakaan nyt tarvinnut olla siellä kiusattavana.

Minnan perhe on verbaalinen ja senkin takia Minnan mukavan pikkulapsipuheen puuttuminen koettiin surullisena. Vuorovaikutusta isovanhempien ja suvun kanssa Minnan heikot kielelliset taidot oleellisesti haittasivat.

“Isovanhemmat murehtivat vieläkin kun eivät saaneet Minnaan kielellistä kontaktia. Suhde tuntui jäävän oleellisesti heikommaksi kuin muiden lastenlasten kanssa. Minna ei kertoillut asioistaan eikä osannut jutustella. Isovanhemmat eivät aina saaneet selvääkään Minnan virheellisistä lauserakenteista. Eräs sukulainen arveli, että eihän se lapsen puhe voikaan kehittyä, kun äiti puhuu niin paljon ja vaikeasti.”

Ensimmäiset kouluvuotensa Minna kävi puheterapiassa ja sai koulussa lisäksi puheopetusta kahdesti viikossa. Puheopettajatilanne kuitenkin huonontui myöhemmin; puhetunnit alkoivat olla kiven alla riittämättömien resurssien vuoksi tai sitten koulussa oli epäpätevä sijainen. Puheterapiaakin jouduttiin harventamaan ja lopettamaan sitten tykkään; vain kontrolliluonteisia käyntejä saatiin järjestymään. Äiti olisi toivonut, että koulussa olisi ollut puheterapeutti ja julkaisi paikallisessa sanomalehdessä mielipidekirjoituksen, jossa sivusi tätäkin asiaa.

Mitä pidemmälle koulu ehti, sitä enemmän kotitehtävissä vaadittiin apua ja äidin panosta. Lisärasitusta toivat hammashoidot. Etisen kielenasennon vuoksi hampaat pyrkivät työntymään ulospäin. Oikomishoidot olivat pitkä prosessi. Miltei kolmen vuoden ajan Minnan oli käytettävä tukiliiviä skolioosin hoidossa. Sen pukeminen ja kiristäminen oli äidin vastuulla, myös opettajan oli opittava se tekemään liikuntatuntien jälkeen. Nämä mekaaniset hoidot veivät huomiota ajoittain puheasioista ja sitoivat valtavasti perheen energiaa.

“Minna näki tietysti äidin surun ja yritti osaltaan säästää minua, olla urhea ja hymyilevä. Vaikka hammas- ja skolioosihoidot olivat raskaita, suurin ongelma oli ja on se, mitä ei näy, nimittäin dysfasia.”

Keväällä -96, 9. luokalla ollessaan Minna kävi tutkimusjakson Seinäjoen sairaalan nuorisosastolla. Palautetilanteet ovat äidistä vaikeita, kuulla jatkuvasti, miten heikko Minna on.

“Palautteet ovat rehellisiä ja avoimia, mutta aina kun se sanotaan, se sattuu yhtä lailla. Huonommuudentunne on suuri, tunnen itseni epäonnistuneeksi. Surutyötä saan tehdä koko ajan. Varsinkin aikaisemmin olisin kaivannut jonkinlaista tukea, kai jotakin tukiperhettä, jossa olisi ollut samanlaista ongelmaa. Dysfasiayhdistystä ei täällä silloin vielä ollut. Minnaa hoitavilta asiantuntijoilta sain tukea.”

Nyt kun Minna on 16-vuotias ja käynyt rippikoulun kesällä 1997, äiti kuvailee tyttöä rehelliseksi ja sananmukaiseksi, huumorista tyttö ei pidä, kun vitsin sisältö jää yleensä häneltä ymmärtämättä.

“Minna ei yhtään tykkää sellaisesta, että sanotaan toista, mutta tarkoitetaan toista. Jutuissa hän ei pysy mukana, ei osaa kielellä leikittelyä, sellaista verbaalipeliä, mitä oikeastaan koko suvussa harrastetaan. Sairaalajakson jälkeen Minna purki pussinsa ja järjesti tavaransa. Sitten tuli hirveä itkukohaus, joka päättyi pahoinvointiin. Ajatukset olivat pitkään sairaalassa, mutta sitten tuli esiin ilo siitä, että hoitajat olivat niin ystävällisiä ja Minnalla kävi oma vieraskin, eräs luokkatoveri.”

Äidin mukaan Minnan dysfasia on ollut perheessä pitkään käsittelemätön asia. Vasta tänä keväänä 18-vuotias sisar on ruvennut puhumaan asiasta ja prosessoimaan sitä. Vaikka Minna on saanut koko perheen jakamattoman tuen, tilanteeseen on liittynyt myös häpeää.

“Kun muutettiin toiselle paikkakunnalle, sisar oppi ihan pelkäämään Minnan rumaa kutsurääkäisyä: Kääkii! Se kajahti tuolta kadun päästä toiseen päähän, missä isosisko oleili kavereineen. Oli vaikea aina kertoa, että omasta pikkusiskosta tuo kamala ääni pääsee.”

6.7 Jarin puheterapia-ura

Jari oli 2.10 vuoden ikäinen tullessaan ensi kertaa puheterapeutin vastaanotolle. Läheteitä hänellä oli kaksi; toinen terveyskeskuslääkäriltä, toinen lastenlääkäriltä yksityisvastaanotolta. Kolme kertaa lasta tavattuään äidin suostumuksella puheterapeutti ohjasi pojan lastenosastolle laajempiin kehitystasotutkimuksiin. Jarilla oli tuolloin käytössään parikymmentä sanaa ja sanahahmoa, joita poika käytteli melko säästäväisesti ja turvautui kommunikaatiossaan enemmänkin ääntelyyn, ähinää, jota varioi tarpeen mukaan. Lisäksi oli eleitä, osoittelua ja kädestä vetämistä.

Osastojaksolla Jaria tapasivat muutkin erityistyöntekijät. Psykologin tutkimuksessa todettiin, ettei kyse ole kokonaiskehityksellisestä viiveestä. Pojalla todettiin ikätasoista näköhavainnon tarkkuutta, näköhavaintoon perustuvaa päättelykykyä sekä visuomotorista työskentelyä. Puheen ymmärtäminen oli psykologin mielestä ikätasoista. Myös toimintaterapeutti arvioi Jarin olevan ikätasolla motoriikan ja hahmotuksellisten taitojensa puolesta. Puheterapeutti oli jo aiemmin todennut reseptiivisen kielen ikätasoiseksi kun taas ekspressiivinen kieli vastasi korkeintaan 1.6 vuotiaan tasoa. Selvä diskrepanssi oli siis olemassa. Puheterapiaa päätettiin luonnollisesti jatkaa ja suositeltiin viittomia puheenkehityksen tueksi sekä päiväkotisijoitusta.

Toukokuussa Jari oli foniatriin konsultaatiossa, jossa diagnosoitiin ekspressiivinen dysfasia. Puhetta oli edelleen niin niukasti, ettei pojan häiriötä voitu määritellä mihinkään tarkempaan alaryhmään kuuluvaksi. Viittomien kotiopetus oli aloitettu keväällä ja syksystä Jari meni päiväkotiin, jonne myönnetyistä 50 viittomaopetustunnista annettiin 15 tuntia. Saman vuoden jälkipuoliskolla puheen tuotto alkoi voimakkaasti lisääntyä.

Vuoden kuluttua ensi tapaamisesta Jari otettiin osastokontrolliin kehityksen seuraamiseksi. Tuolloin pojalla oli jo runsaasti 3 - 4 sanan lauseita, joissa oli yleensä käännetty sanajärjestys ja funtiosana lauseen lopussa. Sanantaivutus oli keskeneräistä. Puheprosodiikka oli poikkeava ja puhemotoriikka vaikutti jonkinverran kypsyttömältä. Aivorunkoaudiometriassa (ERA) kuulo todettiin normaaliksi. Aivofilmissä (EEG) havaittiin hyvin lievä poikkeama, puoliero, joka välillä hävisikin. Sitä ei pidetty seuraamisen arvoisena. Puheterapeutin tutkimuksessa reseptiivinen kieli oli edelleen ikätasoista, vaikkakin jotkut käsitteet, esim. spatiaaliset, olivat Jarille selvästi vaikeita. Psykologin tutkimusta haittasi tutkittavan lyhytjänteisyys ja omaehtoisuus, mutta nonverbaali suoriutuminen oli ikätasoista. Toimintaterapeutin tutkimusta ei uusittu.

Nyt kaksi vuotta terapian aloittamisen jälkeen Jarin ollessa hieman alle 5-vuotias ilmaisu on edelleenkin laajentunut ja lauseet pidentyneet. Suomen kielen mukaisia sanajärjestyksiäkin puheessa on. Ilmaisua on dysfonologista ja puheprosodia poikkeava. Rapinin ja Allenin luokituksessa Jari sopii parhaiten fonologis-syntaktiseen häiriöryhmään. Puheterapia on jatkunut viikottaisena.

6.7.1 Päiväkodin näkökulma

Jarin sopeutuminen päiväkotiin sujui vaivatta, samoin eroaminen saattajasta, joka oli yleensä äiti. Apua oli luonnollisesti paljon isosta veljestä, joka oli tuolloin esikouluryhmässä. Mielellään Jari olisi leikkinyt isompien kanssa itsekin, mutta nämä eivät häntä kelpuuttaneet. Tänä syksynä, kun Jari itse siirtyi isompien ryhmään, siirtymistä helpotti se, että samalla siirtyi viisi vanhaa tuttua.

Pienempien ryhmässä Jarilla oli vakituisena leikkiseurana samanikäinen tyttö, jonka kanssa leikki sujui päivittäin. Nyt ei varsinaista parasta kaveria ole, vaan kolmen lapsen ryhmä, johon Jarin ei tarvitse erikseen pyrkiäkään. Usein poika aloittaa itse leikin rahtaamalla tavaroita ja muuta rekvisiittaa paikalle ja muodostamalla siten leikin puitteet. Jari keskeyttää toiset rohkeasti puheellaan, puhuu päälle ja puhuu myös aikuisen puheen päälle; hänen puheensa ei kuitenkaan aina liity senhetkiseen kontekstiin. Aiemmin, kun Jarin puheilmaisu oli vielä kovin vähäistä, hän otti paljon kontaktia ei-kielellisesti; koskettamalla ja napauttamalla olkapäähän toista. Jos hänen yrityksiään ei sitten ymmärretty tai noteerattu, hän vetäytyi hetkeksi tilanteesta ja vaiken. Tällä hetkellä hän toistaa sanomansa, jollei heti ymmärretä, mutta vain kertaalleen.

Ns. symbolileikki on Jarilla vielä kehittymätöntä. Henkilökunta ei ole havainnut Jarin ottavan esim. vuorosanoja leikeissä. Hän leikkii enimmäkseen kone- ja autoleikkejä, joissa kommentoi autojen kulkua, nopeutta yms. Ihmisfiguurit eivät kuitenkaan puhu. Kontaktissa Jari on koko ajan toisten kanssa kommentaillaan. Temperamentiltaan samanlaisten lasten kanssa syntyy helposti pieniä kahnauksia, jolloin Jari saattaa nipistää tai käyttää jonkinlaisia painotteita. Toisen lapsen pyrkiessä samanlaiseen fyysiseen kontaktiin Jari pahastuu äärimmäisen helposti ja itku on herkässä.

Kielellisesti ei päiväkodin mielestä ole tarvetta tehdä Jarille omia sovellutuksia, vaan kaikille käytetään samanlaista kieltä. Ylimääräisen huomioimisen tarvetta ei tuntuisi olevan, kun Jari puhuu niin paljon ja rohkeasti. Ohjeita on kyllä toistettava keskimääräistä enemmän ja sopimuksista muistutettava useaan otteeseen. Kaikki toiminnallinen tekeminen, kuten esim.

askastelu sujuu, mutta ohjeiden odottaminen on vaikeaa. Satujen kuunteleminen ilman visuaalista tukea on myös vaikeaa. Päiväkodin on vaikea arvioida, jättääkö Jari ohjeet noudattamatta siksi ettei ymmärrä vai kiusanteon halusta.

Päiväkodin henkilökunta koki ensialkuun osaamattomuutta, kun Jari oli heidän ensimmäinen diagnosoitu kielihäiriöisensä. Alussa Jarin puheterapeutin antama tieto ja tuki olivat tärkeitä. Tällä hetkellä kaksi työntekijää osallistuu Tampereen yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen oppisopimuskoulutukseen, jonka aiheena on puheen ja kielen tuottaminen. Koulutus kestää seitsemän kuukautta ja siltä odotetaan paljon tietoa sekä teoreettisesti että käytännön työhön.

6.7.2 Äidin näkökulma

Jarin äiti voi hyvin poikaa odottaessaan ja synnytys sujui normaalisti. Jari sai hyvät Apgar-pisteet. Lapsi oppi heti imemään rintaa ja imikin 7 kuukauden ikäiseksi. Vauvaikäisenä Jarin kehitys sujui normaalisti; myös ääntelyä ja jokeltelua oli samalla tavalla kuin perheen muillakin lapsilla. Hieman rauhattomampi Jari oli kuin sisaruksensa; unijaksot olivat hiukan lyhyempiä ja hän heräili yöllä, mitä toiset lapset eivät juuri tehneet. Jotakin muutakin pientä eroa oli:

“ Jarin ollessa vuoden molemmin puolin kiinnitin huomiota siihen, että poika roikutti kieltään ulkona suustaan leikkiessään ja touhutessaan omiaan. 1-vuotiskuvassakin näkyy selvästi, kuinka kieli roikkuu ulkona. Kyllä se siitä tavasta sitten pääsi, mutta kummalta se näytti eikä muilla ollut ollut sellaista.”

Vuoden ikäisenä Jarilla oli jo jokunen sanahahmo, mutta lisää ei tullut ja entisetkin kuihtuivat vähitellen pois. Kun pojan liikunnallinen kehitys oli hyvää, arveltiin, että “puhe jäi jalan alle”. Tutut lohduttelivat äitiä, ettei lapsi kaikkea voi yhtäaikaan oppiakaan. Taas odoteltiin muutama kuukausi, mutta kun Jari täytti 2 vuotta eikä puhe ollut edistynyt, äiti konsultoi työpaikkansa lääkäreitä. Lääkäritkin arvelivat, että kun poika on muutoin hyvin kehittynyt, hänen puheviiveensä on normaalivariaatio. Hetkeksi äiti taas rauhoittui, mutta epäusko palasi pian, kun asia ei kerran edistynyt.

“ Kun Jari oli sitten jo 2.6 vuotias, otin asian vakavasti puheeksi tutun lääkärin kanssa. Hän sitten otti yhteyttä sairaalaan lastenlääkäriin, joka oli sitä mieltä, että tuon ikäinen puhumaton pitää toimittaa jo tutkimuksiin. Itsekin lääkäri oli jo ajatellut sitä, mutta kun meille oli juuri niihin aikoihin tulossa vauva, lääkäri oli tuuminut, että ei nyt pidä aiheuttaa äidille lisäpaineita.”

Nyt kun perheeseen oli syntynyt vauva, monet sukulaiset ja tuttavat pyrkivät selittämään Jarin puheviivettä jonkinlaisella regressiolla, taantumalla. Äiti kertoi kerjänneensä tuohon aikaan tukea ja lohtua omaisiltaan ja ystäviltään, jotka hetkeksi aina saivatkin äidin tyyntymään; olihan Jari edistynyt. Toisaalta oli sitten niitäkin, jotka kyselivät ja ihmettelivät avoimesti Jarin puhumattomuutta ja jopa vertaillen tätä omiin lapsiin ja lapsenlapsiin. Äiti sai myös kuulla tarinoita, joissa joku lapsi oli äkillisesti alkanut puhua oltuaan sitä ennen aivan puhumaton 3-, 4-, jopa 5-vuotiaaksi saakka. Kuvaavaa on, että kaikista oli sitten tullut lukeneita ihmisiä.

Vaikka tuttava-lääkäri nyt sitten tekikin Jarista lähetteen puheterapeutille, äiti käytti poikaa vielä yksityisesti lastenlääkärillä, jopa hänkin teki lähetteen puheterapiaan. Nyt Jarista oli kaksi lähetettä ja tämä herätti puheterapeutin mielenkiinnon niin, että hän kutsui Jarin puhe-
limitse peruutusajalle. Puheterapia aloitettiin ja lähete osastotutkimuksiin tehtiin.

Kotioloissa Jarin kommunikaatiovaikeudet alkoivat haitata yhä enenevästi. Tuli yhteentörmäyksiä, kun Jari halusi jotakin eivätkä toiset ymmärtäneet. Poika reagoi itkulla ja kiukulla, mutta pahimmalta äidistä kuitenkin tuntui silloin, kun Jari vain vetäytyi vaisuna ja pettyneenä omiin oloihinsa.

Osastotutkimusjaksolla Jari oli parin kuukauden kuluttua puheterapeutille pääsystä. Psykologi, toimintaterapeutti ja puheterapeutti tutkivat kukin poikaa. Konsultoivan foniatriin vastaanotolla Jari kävi 3.3 vuoden ikäisenä. Tutkimuskäytäntöjä äiti ei pidä aivan luotettavina:

“ Olisi tosi hyvä, jos osastonlääkäri olisi koko ajan sama. Jollakin kerralla lääkärintutkimus on ollut pintapyyhkäisy. Kotilapussa luki, että “lapsen puhe epäselvää, vaikka äiti kertoo lapsen puhuvan pitkiä lauseita”. Voiko psykologin arvio olla luotettava, kun hän tapaa lasta vain kahdesti? Jari ei ollut parhaimmillaan, mutta silti tuntui pahalta kuulla, että “poika oli enemmän kiinnostunut tutkimushuoneen tavaroista kuin tehtävien suorittamisesta.”

Foniatriin konsultaatio oli äidille sokki. Saadun diagnoosin prosessointia kesti vuosi. Äiti ei voinut hyväksyä sitä, että puheviive “tuomittiin” jo niin varhain dysfasiaksi. Foniatrikaan ei ole erehtymätön ja diagnoosin teon jälkeen äiti toivoi pitkään, että diagnoosi osoittautuisi vääräksi, että Jarin puheviive olisikin vain tavallista vikatonta viivästymää. Dysfasia-sanaa äiti ei aluksi halunnut käyttää, se tuntui jotenkin vammaiselta. Äiti mietti, mikä Jarin oli, ei se voi olla noin vaikeaa. Äiti ei ollut koskaan osannut ajatella omien lastensa osalle mitään kehityksellistä häiriötä, korkeintaan jotakin somaattista hän oli joskus pelännyt.

“ Sitten kun Jarin puhe alkoi purkautua ja uusia sanoja ja lauseita rupesi tulemaan nopeassa tahdissa, meille alkoi aivan kuin uusi elämä. Se kova jännitys helpottui. Vähänhän se helpottui silloinkin jo, kun sitä viittomaopetusta saatiin ja Jari tuli jotenkin rauhallisemmaksi. Nyt kun Jarilla on oikein puhetta, sen kanssa saa jotenkin niinkuin oikein oltua. Saa yhteyden”.

Jarin puheasian käsittelyssä äiti olisi toivonut paljon enemmän tukea. Olisi ollut tärkeä saada jutella jonkun sellaisen kanssa, jolla on oikein asiantietoa. Kyllähän omat sukulaiset ja ystävät olivat avuksi, mutta heillä ei ollut asiantuntemusta. Puheterapiakäynneillä ei ehtinyt mitään, jonkinverran puheterapeutti järjesti puhelinaikoja. Dysfaattisten lasten kuntoutusohjaajaa jäätiin kaipaamaan. Oman terveydenhoitajan kanssa äiti on myöhemminkin keskustellut asiasta ja tämä on myöntänyt, ettei hän olisi kyllä uskonut, että Jarilla todettaisiin dysfasia.

Päiväkodissa Jari oli ensimmäinen dysfaattinen ja ensimmäinen viittomia tarvitseva lapsi. Päiväkodin henkilöstö sai tietoa äidiltä, viittomaopettajalta ja Jarin puheterapeutilta, jonka luona kolme lastenhoitajaa kävi neuvottelussa. Äiti on tyytyväinen siihen, että päiväkodissa

viitottiin ja järjestettiin Jarille alkuaikoina kahdenkeskisiä tuokioita. Tämä tapahtui Jarin ollessa pienten ryhmässä. Nyt kun Jari on isompien joukossa, ei mitään ekstrapäivää ole ollut.

“Kyllä vanhemmat saavat olla aktiivisia, jos haluavat saada lapsilleen jotakin kuntoutusta. Erityislastentarhanopettaja olisi tarpeen, mutta sen virka on aikoja sitten lakkautettu. Nyt kun Jarilla puhetta tulee, kouluasiat ovat ruvenneet kovasti askarruttamaan. Muuta vaihtoehtoa en osaa vielä ajatella kuin että tuohon omaan kyläkouluun vaan, niinkuin muutkin lapset. Kuinka Jari voisi mennä muualle kuin omat sisarukset. Siihen sitä kyllä ensisijaisesti tähtää, jos siihen sitten ne kaikki erityisopetukset ja tuet saisi... Ja kun Jarin itsetunnon saisi kestämään niin että olisi sitten koulussa vahva, vaikkei kärkipään oppilas olisikaan...”

7 AINEISTON ANALYSOINTIA

7.1 Äiti ja puheterapeutti; varhaiskuntoutustiimi

Dysfaattinen lapsi syntyy terveenä; myöhempiä kielellisiä vaikeuksia ei voida vielä silloin ennustaa. Minna ja Jari olivat molemmat hyväkuntoisia vastasyntyneitä. Imemisvaikeuksia ei kummallakaan ollut; varhaiset imemisvaikeudet ilmaisevat usein jotakin neurologista ongelmaa. (vrt. Stark & Tallal 1981; poissulkuteoria.) Molemmat äidit olivat toissynnyttäjiä, voineet hyvin raskauden aikana ja lapsi oli suunniteltu. Joitakin varoitusmerkkejä ilmaantui kuitenkin suhteellisen varhain: Minnalla kiljuva itkuääni ja Jarilla jonkinlainen kielenroi-kutus. Nämä merkit äidit itse panivat merkille, kukaan muu ei ollut näistä huolissaan. Näitä varoitusmerkkejä eivät terveydenhuollon ammattilaisetkaan varmaan olisi osanneet noteerata. Äidit eivät kerro, mainitsivatko he asiasta neuvolassa.

Normaalisti lapsi tuottaa ensisanansa 1. ikävuoden jälkeen. Myös puheviiveisten lasten on havaittu tuottavan joitakin sanahahmoja tai sellaisiksi tulkittavia jo tuolloin. Voidaan epäillä, onko kyseessä ollutkaan merkityksellinen sana. Kun sanavarasto ei kuitenkaan ala karttua ja entisetkin sanahahmot kuivahtavat pois, yleinen selitys on, että "puhe jäi jalan alle"; sattuuhan kävelemään oppiminen samoihin aikoihin. Ensimmäisen ja toisen ikävuoden välillä motorinen kehitys on niin voimakasta, että se saattaa lievittää puheen puuttumisesta viriävää huolta. Puheen oppiminen on niin tärkeä merkkipaalu lapsen kehityksessä, että sitä on seurattu aina ja pantu viiveet merkille. Etelä-Pohjanmaalla on varsin tavallista, että puheviiveisen lapsen anamneesia kyseltäessä nousee esiin kaukaakin suvusta vastaavia tapauksia; ne muistetaan.

Puheenoppiminen on keskeinen asia ja puhe itsessään kaikkien kuulijoiden arvioitavissa. Siksi nämäkin tutkimukseni äidit saivat kuulla paljon kommentteja lastensa puheasioista. Useimmat olivat vähätteleviä, lohdutukseksi tarkoitettuja. Monet kertoilevat perimätietona kulkevia tarinoita lapsista, jotka alkoivat puhua 5-vuotiaana tai vasta koulussa, mutta joista on sittemmin tullut oppineita ihmisiä, erityisesti insinöörejä. Toiset saattavat saada tästä oivan vertailukohteen korostaakseen omiensa etevyyttä puheasioissa. Yleisin maallikkoarvio on, että puheviiveiselle lapselle ei yksinkertaisesti ole puhuttu tarpeeksi tai hänelle on puhuttu vain lapsenkieltä. Sitkeänä elää usko siitä, että kielenjänne tai jokin tukkeuma kurkussa mekaanisesti estää puheentuoton. Omaperäisempi oli se Minnan äidin arvostelija, joka arveli äidin tukahduttaneen lapsen puheen omalla jatkuvalla tuotoksellaan. Äidit itse ovat varsin herkkiä ottamaan lapsen puhumattomuuden kontolleen. Enemmän he kuitenkin miettivät raskaudenaikaisen toimintansa vaikutuksia puheviiveeseen; Minnan äiti epäili aikoinaan ainakin kahvinjuontinsa merkitystä.

Näillä molemmilla äideillä oli poikkeuksellisen hyvät kanavat saada lapsensa tutkimuksiin. Minna oli jo 3-vuotiaana foniatriin vastaanotolla, vaikkakaan varsinainen kuntoutus ei heti lähtenyt käyntiin. Jarin äidin alkuunlähtö oli nopeaa, tosin hieman ambivalenttia; tutkimuksiin pyrittyään hän harkitsi niiden peruuttamista. Kummankaan äidin tielle ei sattunut sellaista terveydenhoitajaa tai neuvolalääkäriä, joka olisi suoranaisesti kieltäytynyt panemasta tarkempia tutkimuksia vireille. Kokemukseni mukaan sellaisiakin on. Olen havainnut kahdenlaista estettä tutkimuksiin lähettämisessä: äiti on ollut joko liian tietämätön tai liian tietävä.

Terveydenhoitajan hyväätarkoitettava vähättely voi vakuuttaa tietämättömän äidin niin, että hän lähtee huojentuneena kotiin huolestuakseen pian uudelleen kun ei mitään tapahdukaan. Tai äiti voi olla liian tietävä kuten oli eräs entinen asiakkaani. "Te koulutetut äidit olette ylihuolehtivia", ratkaisi eräs terveydenhoitaja äidin lähetepyyntöön. Lapsi todettiin myöhemmin dysfaattiseksi.

Mikäli omassa terveyskeskuksessa ei ole puheterapeuttia, ensikosketukset puheongelmissa rajoittuvat terveydenhoitajaan ja lääkäriin. Sairaalatutkimuksiin tultaessa vastassa on suuri joukko asiantuntijoita. Kuitenkin tiedonsaanti koetaan ongelmalliseksi. Perheet tapaavat lääkärin ja erityistyöntekijät, mutta tapaamiset ovat yhä kiireisempiä. Informaation antamisessa käytetään ammattikieltä, mikä haittaa osaltaan asian ymmärtämistä. Vaikka nykyään dysfasiasta kirjoitetaan ja puhutaan suhteellisen paljon, niin että useilla vanhemmilla se jo sairaalaan tultaessa on jonkinlaisena työdiagnoosina, varsinainen diagnoosi on aina sokki ja se haittaa tiedon vastaanottamista alkuvaiheessa.

Molemmille tutkimukseni äideistä dysfasia -diagnoosi oli sokki. Jarin diagnoosi tehtiin suhteellisen varhain, Minnan diagnoosin tekoa viivytettiin. Tytön edistymisen intensiivisestä puheterapiasta huolimatta oli poikkeuksellisen hidasta, mutta toiveikkaita oltiin, kun arveltiin sen koulunalkuun mennessä nopeutuvan. Puheterapeuttina muistan odottaneeni jonkinlaista ratkaisevaa käännekohtaa. Jos asiantuntijatkin odottivat ihmettä, niin tietenkin myös perhe. Diagnoosin teko jätettiin puolueettomalle taholle, joka oli yliopistosairaalan foniatri. Työdiagnoosi oli kuitenkin jo omassa sairaalassa annettava, kun äiti sitä jokaisella käynnillään kyseli ihmeissään hitaasta edistymisestä ja varmaan työntekijöiden välttelevästä suhtautumisesta. Jari sai diagnoosin konsultoivalta foniatriltä ollessaan kolmivuotias, Minna oli diagnosintekohetkellä jo yli viiden vanha.

Vanhemmat tarvitsisivat diagnoosin selvittyä välitöntä kriisiterapiaa. Mutta se ei tunnu kuuluvan kenenkään tehtäviin. Puheterapiakäynneillä asiaa voidaan rajoitetusti käsitellä; puheterapeutti on lapsen terapeutti, ei vanhempien. Sitä paitsi lapsen läsnäolo on monen mielestä esteenä tunteiden tuuletukseen. Itse olen pyrkinyt antamaan puhelinaikoja vanhemmille alkuvaiheessa. Molemmilla äideillä oli onnekseen sukulaisia ja ystäviä, joiden kanssa käsitellä asiaa. Mutta asiantuntija-käsittelijää he olisivat molemmat kaivanneet. Sellainen voisi olla pätevä kuntoutusohjaaja. Dysfasiayhdistys on alueelle perustettu vasta runsas vuosi sitten.

Kun lapsella todetaan vamma tai sairaus, tiedetään asian synnyttävän vanhemmissa myös vihaa. Asiantuntijoille ei vihaa jostakin syystä helposti näytetä. Vanhemmat eivät ehkä uskalla olla vihaisia puheterapeutille peläten, että heidän lapsensa kuntoutus vaikeutuisi. Puheterapeutin vaihtoon ei ainakaan Etelä-Pohjanmaalla ole mahdollisuuksia. Puheterapeuttien kilpailuttaminen tai "medical shopping" puheterapia-asioissa ei tule kysymykseenkään, kun jokaisen puheterapeutin vastaanotto on nykyään täynnä kielihäiriöisiä lapsia. Puheterapeutti ei ole "vaarallinen"; hän arvioi vain kielellisiä taitoja, mutta ei juuri muita heikkouksia tai vahvuuksia puhumattakaan perheen tai vanhemmuuden ongelmista. Myös kouluvalmius-tutkimuksen tekevät muut; psykologi ja mahdollisesti lääkäri.

Diagnoosin purkua tai ainakin lieventämistä molemmat äidit odottivat pitkään. Jarin äidin oli vaikea hyväksyä diagnoosia, joka tehtiin puhumattomalle lapselle. Lapsi oli puhumaton, sehän oli tosiasia, mutta se, että puhumattomuus olisi noin vakavalla pohjalla, sitä oli äidin vaikea hyväksyä. Hän odotti, että kun Jari alkaisi puhua, huomattaisiin, ettei se mitään

dysfasiaa ollutkaan. Kun viittomamerkit sitten otettiin puheeksi, äiti järkyttyi, samoin isoäiti. Viittomasuositus tuntui prognoosilta: puhetta ei siis tulisi myöhemminkään. Äiti kääntyi ahdistuneena oman luotto-terveydenhoitajansa puoleen, joka oitis torjui ajatuksen aivan mielettömänä; ei hän ollut mokomasta keinosta kuullutkaan! Johtuneeko tästä vai jostakin muusta, että viittomat olivat perheelle aina vastenmielisiä ja hävettäviä, vaikka he viittomaopetuksen sittemmin ottivatkin vastaan.

Mitä raskaampi tuomio, diagnoosi, sitä suurempi epäily. Psykologin arviota perheet vastustavat varmaan eniten. Se, että lapsen puhe on puutteellista, on siltikin helpompi kestää kuin se, että ei-kielellisissäkin taidoissa olisi puutteita. Puuttuvasta puheesta olisi saatava jotakin hyvitystä muissa taidoissa. Jokin yksittäinen lisävaikeus voi tuntua aivan kohtuuttomalta taakalta. Jarilla se oli omaehtoisuus tutkimustilanteissa ja jonkinlainen aggressiivisuus päiväkodissa. Minnan äiti pahoitti aina mielensä psykologin arvioista. Lääkärin diagnooseja äidit epäilivät, mutta moittivat niitä vain takanapäin: psykologille tuntuu uskaltavan paremmin näyttää epäilynsä. Minnan tutkimukset olivat hajallaan: puheterapia ja lastenneurologin tutkimukset omassa sairaalassa, foniatriin vastaanotot yliopistosairaalassa ja psykologin testaukset kasvatusneuvolassa. Vasta 10.luokalla Minnalla oli keskitetty tutkimusjakso omassa sairaalassa. Jarin tutkimukset ja terapia ovat olleet koko ajan sairaalassa, jossa kontrollit ovat jatkuneet vuosittain. Voisi ajatella, että vuosittaiset tutkimukset ja tulosten läpikäyminen auttavat äitiä kestävämmäksi tulosten kuulemisessa. Vaikka Jari käy vuosittain tutkimuksissa, tutkivat henkilöt saattavat kuitenkin vaihtua ja se koetaan epämiellyttävänä.

Lapsen poikkeava puhe aiheuttaa perheessä myös häpeäntunteita, joita ei mielellään tunnusteta. Tiedän tapauksia, jolloin esimerkiksi änkyttävää lasta on varoitettu puhumasta julkisissa tilaisuuksissa tai kaupassa. Viittomien käyttö voi olla noloa ja viittomayritykset saatetaan estääkin käsiin tarttumalla. Minnan äiti toi esiin sen, että isosisko oli hävennyt Minnan kutsurääkäisyä. Molemmat äidit tunsivat myös surua siitä, että heidän lastensa normaali puheenoppimisvaihe, "herttainen pikkulapsipuhe" jäi puuttumaan. Puuttuva kieli haittaa todella merkittävästi vuorovaikutusta. Minnan verbaalinen perhe ja suku huomasivat, että Minna jäi ja jää edelleen yhteisen kielen, "kieli-ilmaston", ulkopuolelle. Puutteellisesti puhuvaan pikkutyttöön eivät isovanhemmat oikein tunteneet saavansa kontaktia, eivät ymmärtäneet Minnan ilmaisua eivätkä tienneet, miten puhua työlle. Jarin äiti koki, että vasta sitten, kun pojalle oli ilmaantunut puhetta, "hänen kanssaan voi oikein olla".

Molempien lasten pääasiallinen kuntoutusmuoto oli puheterapia, joka oli tiivistä ja intensiivistä. Jari oli lisäksi päiväkodissa ja sai viittomaopetusta. Pääasiallisesti puheterapia-kuljetuksen hoitivat äidit, heillä piti olla vakava este kun isä oli tuomassa lasta puheterapiaan. Ei kuitenkaan ole ollut syytä epäillä, etteivätkö isät olisi olleet ainakin hengessä mukana. Vaikka kuntoutus on ollut pitkällistä ja varmasti äideille raskasta, kummankaan näistä en ole koskaan kuullut valittavan vaivojaan. Kaikki annetut ajat on käytetty, aikoja olisi otettu enemmänkin, jos vain olisi saatu. Pitkissä terapiajaksoissa kunnan lomat ovat tarpeen, mutta ainakaan nämä äidit eivät olisi uskaltaneet oikein pitää lomiakaan lapsen taantumisen pelosta. Myöskään terapian sisältöä en ole kuullut arvosteltavan, saati kyseenalaistettavan. Ehkä vanhemmille ei ole vaihtoehtoja annettu eikä tilaa epäillä kuntoutuskäytäntöjä. Ehkä puheterapeutit laillani ovat tehneet selväksi senkin, että takuutyötä puheterapiaa ei ole. Dysfasiaa ei kukaan ole luvannut parantaa, haittojen lievittämisestä korkeintaan puhutaan.

Puheterapiassa kuten varmaan kaikessa varhaiskuntoutuksessa kouluasiat kulkevat mukana jo varsin varhaisessa vaiheessa. Kun Minnan "paranemista" odotettiin niin pitkään, kouluasioi-

den käsitteleminen jäi myöhäiseksi ja paljolti perheen omalle vastuulle. Minnan tapauksessa mielenkiintoista oli se, että mahdollisuuksia on niin paljon eikä mitään niistä suljettu ehdottomasti pois. Vanhemmat itse pitivät Jyväskylässä olevaa Haukkarannan koulua vähiten mahdollisena ratkaisuna; kuitenkin keskustelua oli siitä, voisiko koko perhe muuttaa sinne. Äidin oli hylättävä oman korttelikoulun mahdollisuus, vaikka se vaihtoehto olikin alunperin houkuttelevin ja helpoin. Mukautetun opetuksen hylkääminen tapahtui jokseenkin intuitiivisesti: tuolloin asenteet mukautettua opetusta kohtaan olivat selvästi nykyistä jyrkemmät. Kasvatusneuvolan psykologiin äiti pahastui, kun tämä esitti mukautettua opetusta vahvana vaihtoehtona. Päiväkotivaihehan oli Minnalta jäänyt kokonaan eikä perhe pitänyt mahdollisena koululykkäystä ja päiväkotia. Huono ajatus se olisi näin jälkikäteen arvioituna ollutkin. Minna olisi sijoitettu erityisryhmään, jossa oli tuolloin pääasiassa CP-vammaisia lapsia ja varsin heikkoja puhujia. Etsintämatkoillaan äiti päätyi lopuksi paikalliseen kuulovammaisten kouluun. Opettajalla oli ollut yksi ennakkotapaus: kuulovammainen oppilas, jolla oli todettu myös dysfaattista vaikeutta.

Ainakin koulusuosituksissa olemme edistyneet; nykyään perhe ei enää joudu yksin etsimään ja punnitsemaan kouluvaihtoehtoja. Lapsen kielelliset kyvyt tuntien asiantuntijat etsivät yhdessä kouluratkaisuja, jotka vanhemmat itse viime kädessä hyväksyvät. Koululykkäys ei ole enää vaihtoehto ollenkaan, koska useimmat dysfaattiset lapset ovat ehtineet siihen mennessä olla kylliksi päiväkodissa. Mikäli lapsen kielihäiriö todetaan tarpeeksi vaikeaksi, hän päinvastoin pääsee osalliseksi ns. varhennetusta oppioikeudesta. Käytännössä lapsi on siis päiväkodissa 6-vuotiaana koululainen. Mitä ylimääräistä hän koululaitoksen puolelta saa, vaihtelee hyvinkin paljon kunnittain. Käytännössä kouluvaihtoehtoja on kolme: oma koulu, kuulovammaisten koulu ja mukautettu opetus.

Jarin äidin hartain toive on saada poika omaan kyläkouluun, samaan, minne sisaruksetkin menevät. Tällä hetkellä tämä toive tuntuu varsin realistiselta. Äidillä on myös toive koulun tukitoimenpiteistä. Mitä nuo tuet ovat, tuntuu kuitenkin epämääräiseltä ja idealistiselta. Omien opettajien tukitunteja on jo usean vuoden ajan vähennetty. Kyseisessä laajassa kunnassa on yksi erityisopettaja, jolle kuuluvat kaikki ala-asteet. Lisäksi sekä omalla opettajalla että erityisopettajalla pitäisi olla erityistietoa kielihäiriöistä, enkä tiedä, onko heillä sitä ainakaan tällä hetkellä.

Koulukiusaamisen pelko on vanhemmilla suuri. Vanhemmat tuntuvat joskus pelkäävän enemmän kiusaamista kuin varsinaista koulu epäonnistumista. Yksi suuri este tavalliseen kouluun menossa Minnalla oli kiusaamisen pelko. Koulukiusaamisen kohteeksi Minna ei ole koulussaan joutunut, vaikka hänen koulunsa on tavallisen ala-asteen yhteydessä ja samassa rakennuksessa toimii vielä tarkkailuluokkakin. Minnalla oli kouluaikanaan monia integroituja tunteja yleisopetuksessa ja viimeksi yläasteen yhteydessä. Kiusaamisista Minna ei ole kertonut. Vaikka monet vanhemmat pelkäävätkin kiusaamista, halu saada lapsi tavalliseen kouluun voi olla vieläkin suurempi. Ajatus siitä, että tavallisessa koulussa, tavallisten ikätovereitten keskuudessa kielihäiriöinen lapsi kuin huomaamatta muokkaantuu samanlaiseksi, elää vahvana ja saa jotkut vanhemmat kynsin hampain pitämään lapsensa normaalikoulussa vastoin asiantuntijoiden suosituksia. Yhdenmukaistamisen tarve on Jarinkin äidillä vahva, niin vahva, että päiväkotikin on alkanut yhdenmukaisuuteen uskoa. Tavallisten lasten vanhemmat toivovat aina, että lapsella olisi jokin erityislahjakuus. "Poikkeavan" lapsen vanhemmille riittäisi nähdä se, että lapsi olisi samanlainen kuin muutkin.

Haastatteluhetkellä Minna oli lopettelemassa peruskoulua ja ammatinvalinnan kysymykset olivat akuutteja. Jarin perhe mietti tulevaa koulumuotoa ja pojan yleistä menestymistä koulussa. Elämän eväitä oli molemmille lapsille annettu varhaiskuntoutuksen keinoin. Minnalla eväät olivat selvästi jääneet vähäisemmiksi: oli vain yksinäinen puheterapeutti, joka parhaansa mukaan toimien etsi keinoja ja ratkaisuja, mutta joka joutui usein kohtaamaan omat rajoituksensa ja tietämättömyytensä. Minnan osalta koulu saikin suuremman kuntoutustehtävän joutuessaan korvaamaan puutteellista varhaiskuntoutustakin. Jarin asiat olivat paremmin ja hän sai sen kuntoutusavun, joka nykytietämyksen valossa oli mahdollista. Tulevaisuus näyttää, miten adekvaattia tuo kuntoutus on ollut. Molempien äitien on ollut tyytyminen siihen mitä asiantuntijat ovat kulloinkin katsoneet parhaimmaksi heidän lapsilleen. Mitään suurta kritiikkiä he eivät esitä syytöksistä puhumattakaan. Matkan varrella he päinvastoin ovat monin tavoin osoittaneet kiitollisuuttansa niille, jotka ovat heidän lapsiaan kuntouttaneet.

7.2 Dysfaattinen lapsi koulussa; sananselitystä

Minnan opettaja oli ad hoc -tilanteessa saadessaan Minnan luokkaansa, olihan tämä hänen ensimmäinen dysfaattinen oppilaansa. Opettaja oli erikoistunut kuulovammaisten opetukseen ja opetti tuolloin huonokuuloisten luokkaa, minne Minna sijoitettiin. Minna aloitti suoraan 1. luokalta, vaikka ei ollut esikouluopetusta saanut. Lukemaan oppiminen otti todella lujille eikä opettaja ole varma, johtuiko tämä puutteellisista luki-valmiuksista vai oliko tytön kielihäiriö niin vaikea-asteinen, että se oli esteenä lukutaidon käynnistymiselle. Dysfaattinen lapsi voi oppia mekaanisen lukutaidon suhteellisen vaivattomastikin, mutta se ei ratkaise myöhempiä ongelmia. Purcell ja Liles (1996) totesivat, että "ensin opitaan lukemaan, sitten opitaan lukemalla". Luetun ymmärtämistä haittaa ainakin heikko sanastollinen tietous. (Rice & al. 1994.) Kielellinen huomioiminen kautta koko opetuksen on kielihäiriöiselle tärkeää; sitä Minnan opettaja kutsui "sananselitykseksi". Kaikki esiintulevat vieraat sanat ja käsitteet on selitettävä. Kodin osuus oli Minnan koulunkäynnissä tärkeää; sananselitystä riitti kotiinkin.

Minnan aloittaessa koulunkäynnin ja lukemaanopettelun, hänen artikulaationsa oli vielä jokseenkin selkiytymätön. Lukemaan oppimisen vaikeus voisi osaltaan selittyä sillä. Bird et al. (1992) totesivat, että koulunalussa artikulatoriset ongelmat pitäisi olla ratkaistu, muutoin lukemisen oppimisessa tulee vaikeutta. Vaikka Minna ei ollut päässyt osalliseksi viittomaopetuksesta, lukemaan oppimisessa hän sai hyötyä sormiaakkosten käytöstä. Nykyään lukiopettajat ovat löytämässä sormiaakkosten mahdollisuudet vaikeiden luki-häiriöisten opettamisessa. Puheterapiassa olen havainnut sormiaakkosten hyödyn joissakin erityistapauksissa kuten nimeämisvaikeuksien kuntoutuksessa. Myöhemmin, kun Minna oli oppinut viittomia muilta oppilailta, jotka tuolloin vielä kaikki olivat viittovia, hän sai niistä apua sananlöytämisenvaikeuksissaan, jotka saattoivat lukkiuttaa tytön ilmaisun täysin. Viittomataittoa, jonka Minna sai koulussaan kaupapäällisenä, toivoisi tytön voivan tulevaisuudessa hyödyntää, joko ammatissa tai harrastusluonteisesti.

Matemaattiset vaikeudet olivat Minnalla myös huomattavat; eikä ihme, onhan kielellisen ja matemaattisen oppimisen välillä selvä yhteys, totesi Fazio (1994, 1996). Heikko sanastollinen tietous (Rice et al. 1994) haittaa matematiikan sanaston oppimisessakin. Matemaattisiin vaikeuksiin voi olla syynä myös dysfaattisten yleinen säännönoppimisvaikeus (Connell &

Stone 1994), joka vaikeuttaa laskusääntöjen omaksumista. Edellä jo mainittiin, ettei Minna ollut saanut esikouluopetusta eikä puheterapiassakaan varmaan oltu osattu panna kylliksi painoa varhaisten matemaattisten taitojen harjoittamiselle. (Fazio 1994, 1996.) Omista dokumenteistani ei löydy mainintaa siitä, miten lukukäsité oli tytöllä kehittynyt ennen koulunalkua. Lukukäsitetä ei todennäköisesti oltu ainakaan systemaattisesti harjoitettu. Minnan oli aina tosi perusteellisesti opeteltava yksi laskutapa ennen toiseen siirtymistä; myös aina ärsykkeiden vaihtelut haittaavat kielihäiriöisen oppimista. (Montgomery 1995.)

Yleinen prosessoinnin hitaus (esim. Kail 1994) tulee Minnalla esiin kaikessa. Opettaja kritisoi psykologin testauksia, joissa Minna hänestä menestyi todellisia kykyjään heikommin. Opettajilla on usein kenttäkokemuksistaan syntyneitä esiyymmärryksiä (Aarnos 1995; Alasuutari 1995) oppilaistaan. Minnankin opettaja on varma, että mikäli testisuoritukset eivät olisi aikaan sidotut, Minna suoriutuisi huomattavasti paremmin. Osastotutkimusjaksolla tuli esiin selkeä diskrepanssi psykologin kykyarvion ja Minnan koulusuoriutumisen välillä. Saatu kykyarvio olisi edellyttänyt huomattavasti heikompaa suoriutumista.

Minnalla oli tyypillisesti kielihäiriöisen ”nuori kielioppi” (Curtiss & al. 1992) hänen aloittaessaan koulunkäyntiä. Hän teki puheessaan runsaasti kielioppivirheitä; esimerkiksi funktiosana jäi usein pois ja sanat tulivat taivuttamattomina. Nykyään hän osaa kontrolloida puhettaan kieliopillisesti, mutta vastaavasti puheen spontaanisuus kärsii ja siitä tulee jäykkää ja konemaista. Minnaan sopii hyvin myös Bishopin ja Adamsin (1992) termi yli-sananmukaisuus. Minna ottaa asiat kirjaimellisesti, ei havaitse lauseiden sisältämää ironiaa ja reagoi pintaviestiin. Oman perheensä kieli-ilmastoon ja sisäpiirin sanaleikkeihin hän ei päässyt mukaan. Koulussa hän ei osaa näytellä eikä improvisoida. Vuorosanansa hän lukee jäykästi, heittäytymättä.

Opettajan oli tehtävä omia sovellutuksia vastatakseen ensimmäisen dysfaattisen oppilaansa tarpeisiin. Koulun puheopettajan antama puheopetus ja artikulaatioterapia sopi Minnalle sellaisenaan. Onnettomuudeksi puheopettajat vaihtuivat ja välillä oli myös epäpäteviä sijaisia. Puheterapiakontakti sairaalaan säilyi jokseenkin koko kuluajan, aluksi tiiviinä, sitten harventaen ja lopuksi kontrolliluonteisena. Opettaja ei haastattelussaan ota kantaa puheterapian hyötyyn Minnan tapauksessa. Todennäköisesti irrallaan koulusta ja opetussuunnitelmasta puheterapiasta ei ollut selvää hyötyä. Puheterapiaa en tuolloin kuitenkaan uskaltanut lopettaa, ehkä juuri siksi, että koin Minnan varhaiskuntoutuksen jääneen riittämättömäksi. Tällä hetkellä kantani on selvä; puheterapia loppuu kouluun lukuunottamatta joitakin harvoja poikkeustapauksia.

7.3 Dysfaattinen lapsi päiväkodissa; samanlainen kuin muutkin?

Jari oli päiväkodissaan ensimmäinen dysfaattiseksi diagnosoitu lapsi. Henkilökunta koki aluksi osaamattomuutta, kun ei mielestään tiennyt dysfasiasta tarpeeksi. Jarin puheterapeutti toimitti päiväkotiin materiaalia, kolme henkilökunnan edustajaa kävi puheterapeutin luona saamassa suullista informaatiota ja päiväkodissa käynyt viittomaopettaja antoi lisätietoa. Äidillä oli ehkä hieman epärealistisia odotuksia päiväkodille ja aluksi päiväkotiryhmä pyrki niihin vastaamaankin ainakin järjestämällä Jarille kahdenkeskisiä toimintatuokioita jonkun työntekijän kanssa. Kyselyhetkellä Jari oli ollut päiväkodissa vuoden ja henkilökunta tuntui tuolloin päässeen alkusäikähdyksestä. Tilanne oli oikeastaan siirtynyt toiseen äärim-

mäisyyteen: päiväkotikieli koki, ettei Jari tarvinnut mitään ylimääräistä huomioimista, vaan pärjäsi siinä missä muutkin. Päiväkodin henkilökunta tuntui omaksuneen äidin voimakkaan ajatuksen siitä, että poika on niinkuin muutkin, yhdenmukaistamisen ajatuksen.

Jarin ymmärtämisvaikeudet tunnutaan ohitetun päiväkodissa, vaikka niitä on selvästi ollut havaittavissa: ohjeita on ollut toistettava, satutunneilla Jarin mielenkiinto ei pysy vireillä ellei visuaalista tukea ole. Mahdollisesti nopeasti lisääntynyt tuotos on aiheuttanut sen, ettei ymmärtämisvaikeuksia ole oikein osattu huomioida. Ymmärtämisvaikeudet ovat tosin Jarilla varsin lievät ja tulevat esiin vain kompleksisemmissä ja pidemmissä ilmaisuisissa sekä abstrakteissa käsitteissä. (Grönroos 1995.) Lievät ymmärtämisvaikeudet eivät ole haitanneet Jarin toverisuhteiden syntymistäkään, onhan todettu, että ryhmään pääsee paremmin heikommalla tuotolla kuin heikolla ymmärtämisellä. (Rescola & Goossens 1992.)

Epäonnistuminen toverisuhteissa on tyypillistä kielihäiriöiselle lapselle, totesivat Stevens ja Bliss (1995). Jarilla on kuitenkin tovereita päiväkodissa, vaikka hän ei isompien lasten seuraan kelvannutkaan. Dysfaattiselle ominainen kyvyttömyys keskeyttää toisten puhetta (Graig & Washington 1993) ei myöskään tule esiin Jarilla: päinvastoin hän keskeyttelee jopa häiritsevän rohkeasti puheellaan sekä lapsia että aikuisia. Toverisuhteissa tulee esiin kuitenkin jonkinlaista symbolien tulkinnan vaikeutta (Stevens & Bliss 1995); tilanteet kärjistyvät usein fyysisiin voimakeinoihin ja Jari on varsin herkkä itseensä kohdistuneille fyysisille tungetteluille, vaikka itsekin niitä harrastaa. Jarin sosiaalisiin taitoihin päiväkoti on kiinnittänyt huomiota ja pitää poikaa herkästi tulistuvana ja aggressiivisena. Henkilökunta on miettinyt, olisiko syynä kasvatuksellinen asia vai voisiko tilanne johtua kielihäiriöstä. Puhetta Jarilla kuitenkin on aivan riittävästi konfliktien ratkaisemiseksi verbaalisesti. Stevens ja Bliss (1995) ovat kyllä sitä mieltä, että kielihäiriöisten kyky ratkaista konflikteja on tavallista heikompi.

Päiväkoti raportoi Jarin leikin olevan kehittymätöntä juuri sillä tavoin kuin Rescola ja Goossens (1992) kuvailivat. Jarilla on niukasti ns. symbolileikkiä. Hän ei ota leikeissä vuorosanoja eikä ihmisfigureilla leikkiessään pane sanoja niiden suuhun. "Käsikirjoituksen" laatiminen on kielihäiriöiselle lapselle erityisen vaikeaa (Robertson & Weismer 1997), ja tämä aiheuttaa sen, etteivät kielihäiriöiset ole yleensä erityisen haluttuja leikkitovereita tällaisissa leikeissä. "Käsikirjoitus"-aspekti tulee kielihäiriöisen lapsen leikkiin mukaan vasta tavallista myöhemmin eikä leikki sittenkään suju luistavasti, sillä dysfaattisen on tarkkailtava ja korjailtava käsikirjoitusta koko ajan.

Kielihäiriö -boomin myötä päiväkoditkin pullistelevat kielihäiriöisiä lapsia. Päiväkoti on keskeinen dysfaattisen lapsen kuntoutuksessa. Ahdistuneet vanhemmat kuormittavat päiväkotia usein lisävaatimuksilla ja -odotuksilla, joka puolestaan lisää päiväkodin ahdistusta. Kuitenkin jo pelkästään hyvin koottu lapsiryhmä voi olla kuntouttava. (Soukka 1993.) Päiväkodin opettajilla on kylliksi tietoa kielellisen kehityksen tukemisesta koulutuksensa perusteella; erityistietoa dysfasiasta on nykyään saatavissa lisäksi. Terapeuteiksi ei henkilökunnan ole tarve ruveta. Onko lapsiryhmä sitten enää kuitenkaan kuntouttava, jos kielihäiriöiset ovat enemmistönä. Aikuisen malli ja merkitys esim. puheenvuoroja jakavana puheenjohtajana on todettu. (Graig & Washington 1993.) Mutta on tärkeää, että ryhmässä on aina normaalisti puhuvia lapsia, parhaimmillaan verbaalisia ja sosiaalisia "nuoriso-ohjaajia" kuten heitä eräässä päiväkodissa kutsutaan. Olisiko mahdollista meilläkin kouluttaa sellaisista lapsista interventioagentteja. (Robertson & Weismer 1997.)

8 POHDINTAA

8.1 Luokittelumallien kehityksestä ja hyödystä

Varhaisin tapa luokitella dysfasiaa oli määritellä häiriö joko ekspressiiviseksi tai reseptiiviseksi. Kielihäiriötietouden lisääntyessä luokittelumallit ovat kehittyneet yhä spesifimmiksi; Rapinin ja Allenin dysfasialuokitus on tällä hetkellä tarkimmin alaryhmiä erittelevä. Tämän luokituksen ansioita on jo edellä kuvattukin. Lisäksi malli on osoittautunut toimivaksi siinä, että sen mukaan kielihäiriöiset saadaan luokiteltua vaivatta, väkivaltaa tekemättä kukin omaan kategoriaansa. Rapinin ja Allenin luokittelu kuvailee poikkeavaa puheen ja kielen kehitystä jo varhaisvaiheesta saakka. Siinä molemmat tutkimukseni lapset edustavat fonologis-syntaktista häiriöryhmää. Samankaltaisuuksia on todettavissa runsaasti jo alun kielenkehityksestä saakka. Molempien lasten puhe käynnistyi oikeastaan vasta 3. ikävuoden jälkeen ja oli pitkään sekä dysfonologista että dysgrammaattista. Minnan häiriö on ollut selvästi vaikeampi kuin Jarin. Esikouluikäisenä Minnan puhe oli vielä niin vaikeasti ymmärrettävää, että jo senkään vuoksi tavallinen koulu ei tullut kysymykseen. Jarin ollessa nyt esikouluikäinen hänen ilmaisunsa on enimmäkseen täysin ymmärrettävää. Puhe sinänsä ei aseta estettä hänen tavalliseen kouluun menemiselleen.

Lasten ollessa vielä puhumattomia ongelmat tuntuivat kummallakin painottuvan ekspressiiviselle puolelle, ymmärtäminen arvioitiin iänmukaiseksi. Jarin ymmärtämistaidot voitiin jo luotettavasti testata, Minnan reseption arvio perustui lähinnä observaatioon ja kodin anamneesiin. Varsin todennäköistä on, että tytön ymmärtämisessä oli tuolloin viivettä, sillä myöhemmin noiden taitojen on todettu olevan selvästi jäljessä ikätasosta. Jarin ymmärtämistaitoja on kontrolloitu vuosittain ja todettu ne edelleen jokseenkin iänmukaisiksi. Todennäköisesti hänelläkin voi tulevaisuudessa olla odotettavissa jonkinlaista reseptiivistä problematiikkaa vaatimustason ja abstraktioiden osuuden kasvaessa. (Grönroos 1995.)

Aram ja Nation laativat jo vuonna 1975 luokittelumallinsa, jossa sekä Minnaa että Jaria kuvaa parhaiten ryhmä epäspesifi tuottamis- ja toistamisvaikeus. (Wilson & Risucci 1986.) Kuvaus on todella vielä varsin epäspesifi, mutta ottaa kuitenkin huomioon auditiiviset vaikeudet. Mikäli lasten diagnosoinnissa olisi käytetty Wolfus et al. (1980) laatimaa luokittelua Minna olisi sijoittunut ekspressiivis-reseptiiviseen häiriöryhmään, Jarille olisi varmaan riittänyt diagnosoiksi ekspressiivinen häiriö. Sekä syntaksin että fonologian ongelmia Jarillakin yhä jonkin verran on. Minnalle ovat leimaa-antavia auditiiviset ongelmat. Hänen syntaksivaikeuttaan voidaan pitää jopa globaalina, vaikka se tytön ilmaisussa hyvin kontrolloituukin. Auditiivisia vaikeuksia ei voi poissulkea Jariltakaan, kuuluvathan ne olennaisina kaikkiin kielihäiriöihin. (Pakarinen 1995.)

Wilsonin ja Risuccin (1986) luokittelussa Minna sijoittuisi ryhmään, jossa tyypillisiä piirteitä ovat auditiivinen semanttinen ymmärtämisvaikeus sekä auditiivisen ja visuaalisen lyhytmuistin häiriö. Häiriöluokkien keskinäisessä vertailussa (s. 5) tämä häiriötyyppi vastaakin Rapinin ja Allenin fonologis-syntaktista häiriötä. Jarille riittäisi luokitukseksi ekspressiivinen ja/tai reseptiivinen häiriö, koska tämä luokka kuitenkin huomioi myös auditiiviset vaikeudet. Mikäli Jarin ongelmat lievittyvät edelleen häiriötä voitaisiin ehkä arvioida pelkästään ekspressiiviseksi. Tällä arviolla ei olisi kuitenkaan yhtenevyyttä Rapinin ja Allenin luokitukseen; siinä

ekspressiivistä häiriötä vastaa leksikaalis-syntaktinen alaryhmä. Jarilla ei ole kuitenkaan havaittavissa tuon ryhmän yhtä pääoiretta, nimeämisen ongelmaa.

Suomalaisen neuropsykologi Marit Korkmanin (1995) luokittelumalli ei mielestäni ole oikein käyttökelpoinen juuri vähäisen erittelevyytensä vuoksi. Minnan ja Jarin sijoittaminen Korkmanin luokkiin ei ole aivan helppoa. Minnalle kuitenkin sopii ehkä globaali ryhmä, onhan työllä ongelmia niin puheentuotossa kuin ääntämyksessäkin sekä myös reseptiivisessä kielessä. Jarille on vaikeampi löytää sopivaa luokkaa, kun pojan pääongelma ei ole dyspraktinen, reseptiivinen eikä dysnominenkaan. Reseptiivinen ryhmä on hänelle ainoa mahdollinen. Vaikka Korkmanin luokittelu ei olekaan kovin spesifi, sillä voisi olla kuitenkin käyttöä niissä tapauksissa joissa lapsella todetaan kapea-alainen nimeämisen vaikeus. Rapinin ja Allenin luokituksessa nimeämisen vaikeuksiset lapset luokitellaan ryhmään leksikaalis-syntaktinen häiriö, vaikka heillä ei olisikaan muita tuon alaryhmän vaikeuksia. Rapinin ja Allenin diagnoosi tuollaisissa tapauksissa on mielestäni liian raskas.

Sahenin ja Nettelbladtin (1995) luokittelumallin vahvuus on siinä, että jo diagnosointi antaa viitettä myöhempää kuntoutusta varten. Karkeasti arvioituna sekä Minna että Jari kuuluisivat tässä luokittelussa ryhmään SAP (specific verbal auditory processing problems). Molemmilla lapsilla on vaikeutta foneemien erottelussa, verbaalissa muistissa ja sarjoituksessa, Minnalla huomattavasti enemmän. Jarin sanastolliset taidot ja ymmärtäminen ovat kehittyneet hyvin, Minnalla nämä ovat jäljessä. Puheentuoton sujuvuus ja intonaation normaalius ovat kuitenkin määreitä, jotka eivät sovellu varsinkaan Minnaan. Mahdollisesti ryhmä MAP (motor and verbal processing problems) sopii parhaiten Minnalle. Ainakin tytön puheentuotto on kuvatus kaltaista; sujumatonta, monotonista ja perseveroivaa. Rapinin ja Allenin luokittelussa MAP-ryhmää vastaa kuitenkin verbaali dyspraksia. Sen pohjalta ei selity kummankaan lapsen problematiikka.

Mikäli diagnosointia taas haluttaisiin yksinkertaistaa voisi Rodriguez-Santosin ja Laheyn (1995) luokittelumalli olla toimiva. Sen mukaan Minna sijoittuisi ryhmään, jossa lasten kielikyky on selvästi häiriintynyt. Jarille riittäisi lievempi luokitus; hän voisi olla lapsi, jonka kielikyky on vain yksinkertaisesti jonkin verran keskitasoa heikompi. Alentunut kielikyky altistaa lapsen joka tapauksessa oppimisvaikeuksille varsinkin jos ongelmia ei asianmukaisesti huomioida kuntoutuksessa ja koulusijoituksessa. Mielestäni Jarin kuntoutus on ollut adekvaattia. Luonnollisesti kouluasiat vaativat vielä jatkossa erityistä huomiota.

Luokittelumallien kehitys on osaltaan hyödyttänyt huomattavasti myös puheterapeuttista lausunnointia, joka jo 12 vuoden tarkasteluvälillä on kehittynyt spesifimmäksi ja informatiivisemmäksi. Varhaisissa lausunnoissa korostuivat puheen pintapiirteiden, lähinnä dysfonologian, arvioinnit. Nimeävän sanaston laajuus sai lähes yhtä suuren huomion. Reseptiivisten taitojen arviointi perustui paljolti observaatioon, jopa tutkittavan silmien kirkkauteen. Luotettavaa testistöä oli puheterapeuttien käytössä tuolloin varsin vähän. Validi puheterapeuttinen testistö on vähitellen lisääntynyt, mutta se koetaan edelleen puutteelliseksi.

Rapinin ja Allenin luokittelumalli on tuonut lausunnointiin runsaasti uutta käyttökelpoista terminologiaa, joka mahdollistaa häiriötyypin tarkan deskription. Varsinkin meille puheterapeuteille tämä on tervetullut lisä yhteiseen kieleen, jolla siirrämme informaation vaivattomasti kollegalta toiselle. Foniatrien lausunnot noudattavat luonnollisesti samaa linjaa ja yhä enemmän näkee myös muiden lääkärin sekä psykologien lausunnoissa Rapinin ja Allenin termistöä.

Luokittelun spesifioituessa on odotettavissa, että kielihäiriön kuntoutusmallitkin eriytyvät. Vanhat perustotuudet kuten "imitaatiopohjainen kuntoutus on tehokkainta" (vrt. Connell & Stone 1993) ja "dysfaattinen lapsi vaatii merkittävästi enemmän toistoa" (esim. Rice & al. 1993) ovat edelleen arvossaan, mutta todennäköisesti peräisin jo ajalta, jolloin dysfasia luokiteltiin kaksikategorisesti reseptiiviseksi tai ekspressiiviseksi. Nämä ohjeet ovat liian univertsaaleja tämän päivän dysfasiatietämyksemme nähden. Yksilöidympiä puheterapeuttisen kuntoutuksen suuntaviivoja on jo esitetty esim. teoksissa *Developmental Disorders of Language* (Byers Brown & Edwards 1989) ja *Dysfasia* (toim. Hyytiäinen-Ruokokoski 1993).

8.2 Dysfasiakuntoutuksen nykypäivää

Dysfasia on jossakin mielessä tämän hetken muotidiagnoosi. Omalla työpaikallani Seinäjoen sairaalassa tehdään viikottain 2 - 3 uutta dysfasia -diagnoosia. Vuodessa tämä merkitsee yli sataa uutta kielihäiriöstä lasta. Dysfasian perinteinen pääkuntoutusmuoto on puheterapia. Tutkimukseni molemmat lapset ovat saaneet tarvitsemansa puheterapeuttisen kuntoutuksen. Tulevaisuudessa ei puheterapiaan pääsy ole enää itsestäänselvyys. Jo nyt terapiaan joutuu monin paikoin jonottamaan pitkäänkin. Myös kuntoutuksen jaksotus on usein välttämätöntä, jotta puheterapeutti voi hoitaa mahdollisimman suurta asiakasaineistoa.

Dysfasian muut kuntoutusmuodot aletaan tuntea, mutta myös niiden saatavuus vaihtelee suuresti paikkakunnittain. Neuropsykologisen kuntoutuksen resurssit lienevät tällä hetkellä niukimmat. Vaikka kielihäiriöinen lapsi onnistuisikin saamaan adekvaattia kuntoutusta, kuntoutuksen sirpaleisuus on ilmeistä. Kukin kuntouttaja toimii tahollaan ja tavallaan. Yhteistyö on vielä vähäistä. (vrt. Häyrinen & Korkman 1997.) Kukin terapeutti tuntee huonosti toisen työn sisältöä.

Viittomaopetusta ja päiväkotikuntoutusta sentään vielä järjestyy kielihäiriöiselle ainakin Seinäjoen sairaanhoitopiirin alueella. Päiväkodit alkavat kuitenkin täyttyä kielihäiriöisistä lapsista. Tiedämme, ettei ryhmä, jossa kielihäiriöiset leikkivät vain keskenään, ole kuntouttava. (Robertson & Weismer 1997.) Päiväkodin henkilökunta saa yleensä melko vähän tukea toiminnalleen kielihäiriöisten lasten kanssa. Alueella, jossa puheterapeutteja ei ole päiväkodeissa, kontaktit jäävät vähäisiksi. Perheen viittomaopetuksesta päiväkodille lohkaistut ohjaustunnit ovat tällä hetkellä tärkeä yhteistyölinkki. Viittomaopettajalta henkilökunta saa tietoa ja joissakin tapauksissa lapsen perhe on mukana opetustuokioissa. Päiväkodeissa alkaa olla viittomiin perehtynyttä henkilökuntaa, mutta viittomat pitäisi saada kaikkien kuntoutuksessa mukana olevien käyttöön.

Puheterapian sisällöt eivät ole ratkaisevasti uudistuneet parikymmenvuotisen urani aikana. Mitään käänntekeviä metodeja ei ole ainakaan kentällä toimivien puheterapeuttien käyttöön ilmaantunut. Varsinaisesti uutta ovat ns. manuaaliset menetelmät, viittomamerkkien ja sormiaakkosten käyttö, joiden todellista hyötyä ollaan vasta tunnistamassa. On varsin todennäköistä, että niiden oppimista tukeva vaikutus perustuu paitsi visuaalisen myös proprioseptiivisen kanavan hyödyntämiseen. Tämä voisi olla tärkeä linkki puheterapeuttisen ja toimintaterapeuttisen kuntoutuksen välillä.

Mistä kielihäiriöisiä oikein riittää ja missä he ovat ennen olleet? Tuskinpa kuitenkaan on kyse mistään uudesta ilmiöstä saati epidemiasta. Tarkentunut diagnostiikka tuo nykyään esiin kielihäiriöiden hienoimmatkin vivahteet kuten nimeämisvaikeuden. Vaikka Rapinin ja Allenin dysfasialuokitus on käyttökelpoinen ja jossakin suhteessa ansiokaskin, mahdollistaa se osaltaan myös kielihäiriöisten eräänlaisen "tehtailun". Puheterapeutin aineistosta pysyivät viime vuosikymmeninä poissa monet sellaiset lapset, jotka nykyään diagnosoitaisiin dysfaattisiksi. Tuolloin varsin monet puheenkehityksessään viivästyneet lapset saivat odotella puhetta nelivuotiaiksikin. Jos ei huomattavaa dysfonologiaa ollut, puhe sai jäädä kehittymään omassa tahdissaan. Kun oppimisvaikeuksia sitten usein ilmeni, niiden yhteyttä alun hitaaseen puheenkehitykseen ei aina ollenkaan osattu nähdä. Tällä hetkellä tiedetään, ettei puheenkehityksen hitaus ole harmiton kuriositeetti, vaan altistaa lapsen myöhemmille oppimisvaikeuksille. Alkusanaston hidas oppiminen on hälytysmerkki. (esim. Rice et al. 1994.)

Kielihäiriöisten tutkiminen ja diagnosointi on johdonmukaisempaa ja tarkempaa kuin viime vuosikymmenellä. Kouluarvioiden ja -sijoitusten teossa vanhemmat saavat huomattavasti enemmän tukea kuin aikaisemmin. Tuen ja informaation saanti ei vielä ole riittävää. Diagnoosin tekemisen jälkeen kummatkin tutkimukseni äidit kokivat olevansa yksin. Puheterapeutti oli molempien pääinformaattori, jolla ei kuitenkaan ollut resursseja vastata koko perheen tarpeisiin. Puheterapeutti ja äiti muodostavat joka tapauksessa tärkeän dyadin varhaiskuntoutuksen vuosina. Minnalla puheterapiaa olikin käytännössä ainoa kuntoutusmuoto. Ei voi välttyä ajatukselta, että varhaiskuntoutuksen yksipuolisuus johti osaltaan siihen, että koulun kuntoutusvastuu muodostui poikkeuksellisen suureksi. Jarilla on ollut kolme kuntoutusmuotoa: puheterapia, päiväkotijärjestelmä ja viittomat. Toimintaterapiaa hänen ei ole katsottu tarvitsevan. Vielä on mahdollisuus saada neuropsykologista kuntoutusta, mikäli se psykologin tutkimuksissa todetaan tarpeelliseksi.

Sekä Minnan että Jarin äidistä välittyi vahva luottamus varhaiskuntoutukseen, mitä se sitten kummallakin lapsella on ollut. Luottamusta ja uskoa kuntoutuksen hyödyllisyyteen vaaditaan, jotta raskas kuntoutustyö tulee hoidettua. Puheterapiakertoja on vuositasolla nelisenkymmentä ja terapiavuotia 3 - 4. Alueellamme on yleensä varsin pitkä matka terapiaan. Lisäksi tulevat päiväkotikuljetukset ja mahdolliset muut terapiat, vuosittaiset tutkimusjaksot, sopeutumisvalmennuskurssit, viittomaopetus ynnä muu. Varhaiskuntoutuksen adekvaatti hoitaminen vaatii vahvaa sitoutumista, joka asiakasperheissäni lähes poikkeuksetta on nähtävissä. Erittäin harvinainen on perhe, joka laiminlyö pienen kielihäiriöisensä varhaiskuntoutuksen.

Lähiuosina yhä useammat kielihäiriöiset lapset aloittavat koulunkäyntinsä tavallisissa kouluissa. Opettajilla olisi jo kiire valmistautua kielihäiriöisten esiinmarssiin päivittämällä dysfasiatietoutensa. Tietotaito, jonka Minnan opettaja on hankkinut käytännön työssään opettaessaan ensimmäisiä kielihäiriöisiä oppilaitaan, olisi nyt tärkeää saada myös muiden opettajien ulottuville. Foneemilukeminen ja lopputavuja painottava ruotsalaismenetelmä, opetusmateriaali, joka on laadittu muunkielisten lasten suomen opetukseen sekä viittomamerkkien ja sormiaakkosten hyödyntäminen ovat olleet toimivia sovellutuksia. On esitetty myös ajatus, että tällainen kokenut dysfaattisten opettaja voisi tulevaisuudessa toimia kiertävänä konsultanttina koko maakunnan kouluissa. Alue olisi kyllä kovin laaja eikä vielä ole selvitetty toiminnan maksajaakaan. Todennäköisesti tällainen konsultoiva opettaja olisi vapautettava kokonaan opetustyöstä ja silloin hänen arvokas panoksensa jää varsinaisilta omilta oppilailta saamatta.

8.3 Kohti uudistuvaa dysfasiakuntoutusta

Kielihäiriöisten määrän jatkuvasti kasvaessa puheterapeuttisella kuntoutuksella alkaa olla rajalliset mahdollisuudet vastata kuntoutustarpeisiin. Samanaikaisesti on alkanut kuulua yhä enenevää kritiikkiä ns. koppihoitoja kohtaan. Monet tutkijat (esim. Graig & Washington 1993; Kaiser & Hester 1994; Goldstein & al. 1997) painottavat miljööterapian hyödyllisyyttä kielihäiriöiden kuntoutuksessa. Taidot, jotka lapsi oppii klinikkaolosuhteissa kahdenkesken terapeutin kanssa, eivät välttämättä ehdollistu spontaanikäyttöön. Olisiko puheterapeuttiset resurssit viisainta nyt ohjata kiinteään yhteistyöhön päiväkodin kanssa? Olisiko puheterapeuttista kuntoutusta sittenkin mahdollista delegoida muille? Esimakua tästä antaa erittäin puheterapeuttien viime aikoina kehittänyt ns. koriterapia -malli. Siinä terapiatuokion viitekehysten suunnittelee ja materiaalin valitsee puheterapeutti, mutta käytännön toteutuksen hoitaa joku muu.

Päiväkodin kuntouttavuus toteutuu vain heterogeenisissä ryhmissä. Goldstein et al. (1997) totesivat tutkimuksessaan, etteivät kielihäiriöiset lapset kehittyneet merkittävästi leikkiessään keskenään. Jos kielihäiriöisistä muodostuu päiväkotien enemmistö ja normaalisti kehittyneet saavat väistyä, menetetään tärkeä kuntoutuksellinen komponentti. Ajatus interventioagenteista ei meilläkään ole aivan uusi; onhan päiväkodeissa ollut aina myös erityisen sosiaalisia ja verbaalisia lapsia, jotka ovat toimineet spontaanisti "nuoriso-ohjaajina" ryhmissään. Tällaisista lapsista voitaisiin johdonmukaisesti kouluttaa interventioagenteja. Koulutukseksi riittäisi lasten normaaliin vahvuuksien tukeminen ja korostaminen. Tällaista ei ole tietääkseni meillä vielä kokeiltu.

Dysfasia -termi alkaa joukkotiedottimien ansiosta olla vanhemmille tuttu ja he osaavat pelätäkin dysfasiaa tuodessaan lastaan tutkimuksiin. Dysfasialla on sanana kohtalokkaampi kaiku kuin samaa tarkoittavalla kielihäiriöllä. Aiheuttaako dysfasian parantumattomaksi mielletty luonne perheissä ahdistusta, joka puolestaan voi heikentää kuntoutusmotivaatiota ja sekä lapsen että perheen elämänlaatua. Joissakin tapauksissa Rapinin ja Allenin dysfasialuokitus voisi olla korvattavissa jollakin hieman "kevyemmällä". Lapset, joilla on vain kapea-alainen nimeämisen vaikeus, voitaisiin määritellä Korkmanin mukaan dynomisiksi. Rodriguezsantosin malli voisi olla toimiva lievemmissä tapauksissa. Sen mukaan jotkut lapset voitaisiin määritellä kielellisiltä kyvyiltään vain yksinkertaisesti keskitasoa heikommiksi. Rodriguezsantosin malli ei kuitenkaan poissulkisi näiltä lapsilta kuntoutusta ja huolellista koulusijoitusta.

Dysfasiatietous on huomattavasti lisääntynyt ja kuntoutuskäytännöt monipuolistuneet jo runsaan vuosikymmenen tarkasteluvälillä. Dysfasiakuntoutus vaatii kuitenkin perusteellisempaa uudistusta vastatakseen yhä lisääntyvään ja laajentuvaan kuntoutustarpeeseen. Kaikkien kuntouttajien välistä yhteistyötä olisi kehitettävä. Kielihäiriöiden oirekuvan spesifimpi tunteminen tulee todennäköisesti lisäämään edellä jo mainittuja yksilöidympiä puheterapiasisältöjä. Puheterapeuttienkin tekemä aivotutkimus (esim. Pirjo Korpilahti 1991 ja 1995) auttaa varmaan puheterapiaa kehittämään yhä enemmän täsmäterapien suuntaan.

Puheterapeuttisen kuntoutuksen vaikuttavuutta on toistaiseksi tutkittu suhteellisen vähän. Kielihäiriöisiksi diagnosoitujen määrän kasvu tulee todennäköisesti lisäämään näitä

vaikuttavuustutkimuksia. Puheterapeutit ovat varmaan aina tehneet omaa epävirallista seuranta-
tutkimustaan kysellen opettajilta entisten asiakkaitensa koulumenestystä. Aineistosta ei
varmasti ole puutetta. Laadullisiin tutkimusmenetelmiin perehtyminen auttaisi puheterapeut-
tia tutkimaan systemaattisesti oman työnsä vaikuttavuutta. Nämä ns. rivipuheterapeuttien
tekemät tutkimukset toisivat todella arvokasta ja käyttökelpoista tietoa koko ammattikunnal-
le. Työnantajan tuki tutkimusta tekeväälle puheterapeutille olisi välttämätön; ensimmäinen
edellytys olisi vapauttaa tutkija määrääjäksi suoritteista. Tämänhetkisessä taloudellisessa ti-
lanteessa ja puheterapeuttipulan vallitessa meidän kentällä toimivien puheterapeuttien
tutkimusentekomahdollisuudet tuntuvat kovin vähäisiltä.

Puheterapeutit ovat ammattikuntana ehkä joskus kärsineet jonkinlaisesta alemmuudentun-
teesta. Kieli ja sen häiriöt ovatkin todella niin laaja alue, että sen hallitseminen voi herättää
epävarmuutta. Syytä alemmuuteen ja epävarmuuteen ei kuitenkaan pitäisi olla, onhan koulu-
tusta kehitetty yhä monipuolisemmaksi ja monitieteisemmäksi. Puheterapeutit on usein miel-
letty jonkinlaisiksi kuntoutuksen käsikassaroiksi, joille lääkäri tai psykologi on määrännyt
asiakkaita puheterapiaan, usein jopa määritellen tarvittavan kuntoutuksen pituuden. Tällä
hetkellä puheterapeutit saavat jo sentään itse arvioida puheterapian tarpeen ja keston. Erikois-
sairanhoidollisella tasolla toimivien puheterapeuttien ei myöskään ole ollut kovin helppoa
saada äänivaltaa lääkärijohtoisissa työryhmissä, joissa ennestään vahvoina ammattilaisina
ovat olleet jo lääkäri ja psykologi.

Nykyinen kielihäiriöisten määrän kasvu ja kielihäiriöproblematiikan esiinnostaminen ovat
osaltaan kohottaneet myös puheterapeuttien profiilia. Puheterapeutin keskeinen asema kieli-
häiriöisten kuntoutuksessa alkaa olla selkeästi tiedostettu. Samalla tietoisuuteen on nousut
puheterapeuttien vähäinen määrä, suoranainen puheterapeuttipula. Lääkkeeksi siihen on
luonnollisesti ehdotettu koulutettavien määrän lisäämistä, jopa jonkinlaista pikakoulutusta.
Nämä kummatkaan eivät ole toimivia vaihtoehtoja. Puheterapeutin rooli olisi mielestäni
ruvettava näkemään eri tavoin.

Kielihäiriöisen lapsen kuntoutuksen tehostamisvaatimukset kohdistuvat valitettavan usein
yksittäiseen puheterapeuttiin, joka paineen alla on sitten pyrkinyt lisäämään asiakkaansa
viikottaista terapia-aikaa. Toiminnan kaksinkertaistaminenhan on pitkään ollut käytäntö
kaikessa kuntoutuksessa silloin, kun tulosta ei ole ollut odotetusti nähtävissä. (Tuori & Uski
1997.) Vastuu kielihäiriöisen kuntouksesta ei voi enää langeta yksin puheterapeutille. Puhe-
terapeuttien asiantuntijuus on niin vahvaa, että panoksemme kielihäiriöisten kuntoutuksessa
olisi hyödynnettävissä yhä enemmän myös konsultaatioluonteisena. Toimiva yhteistyö ja
resurssien järjestyvä käyttö ovat johtamassa uuteen, parempaan dysfasiakuntoutukseen.

LÄHTEET

- Ajuriaguerra, J., Jaeggi, A., Guignard, F., Kocher, F., Maquard, M., Roth, S. ja Smith, E. 1976. The Development and Prognosis of Dysphasia in Children. Artikkeleihin viitattu artikkelissa B. Wilson ja D. Ricucci 1986. A Model for Clinical-Quantitative
- Classification. Generation 1: Application to Language-Disordered Preschool Children. *Brain and Language* 27, 281-309.
- Alasuutari, P. 1995. Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino.
- Appelqvist, K. 1997. Teoksessa M. Korkman ja K. Peltomaa (toim.) Lasten neuropsykologinen kuntoutus. Helsinki: Hakapaino, 1 - 35.
- Aram, D. ja Nation, J. 1975. Patterns of Language Behavior in Children with Development Language Disorders. Artikkeleihin viitattu artikkelissa B. Wilson ja D. Ricucci 1986. A Model for Clinical-Quantitative Classification generation 1: Application to Language-Disordered Preschool Children. *Brain and Language* 27, 281 - 309.
- Aram, D., Morris R. ja Hall, N. 1993. Clinical and Research Congruence in Identifying Children with SLI. *Journal of Speech and Hearing Research* 36 (3), 580 - 591.
- Aram, D. ja Eisele, J. 1994. Limits to a Left Hemisphere Explanation for SLI. *Journal of Speech and Hearing Research* 3 (4), 824 - 830.
- Bird, J., Bishop, D. ja Freeman, N. 1995. Phonological Awareness and Literacy Development in Children with Expressive Phonological Impairment. *Journal of Speech and Hearing Research* 38 (2), 446 - 462.
- Byers Brown, B. ja Edwards, M. 1989. *Developmental Disorders of Language*. London: Whurr.
- Bishop, D. ja Adams, C. 1992. Comprehension Problems in Children with SLI. Literal and Inferential Meaning. *Journal of Speech and Hearing Research* 35 (1), 119 - 129.
- Catts, H. 1993. The Relationship Between SLI and Reading Disabilities. *Journal of Speech and Hearing Research* 36 (5), 948 - 958.
- Connell, P. ja Stone, C. 1994. The Conceptual Basis for Morpheme Learning Problems in Children with SLI. *Journal of Speech and Hearing Research* 37 (2), 389 - 398.

- Curtiss, S., Katz, W. ja Tallal, P. 1992. Delay vs. Deviance in the Language Acquisition of LI Children. *Journal of Speech and Hearing Research* 35 (2), 373 - 383.
- Danner, P. 1993. Dysfaattisen lapsen toimintaterapia. Teoksessa U. Hyytiäinen-Ruokokoski (toim.) 1993. *Dysfasia*. Forssa: Forssan kirjapaino, 95 - 104.
- Dunn, M., Flax, J., Sliwinski, M. ja Aram, D. 1996. The Use of Spontaneous Language Measures as Criteria for Identifying Children with SLI. *Journal of Speech and Hearing Research* 39 (3), 643 - 654.
- Fazio, B. 1994. The Counting Abilities of Children with SLI. *Journal of Speech and Hearing Research* 37 (2), 358 - 368.
- Fazio, B. 1996. Mathematical Abilities of Children with SLI. *Journal of Speech and Hearing Research* 39 (4), 839 - 849.
- Gillam, R., Cowan, N. ja Day, L. 1995. Sequential Memory in Children with and without SLI. *Journal of Speech and Hearing Research* 38 (2), 393 - 402.
- Gillam, R. ja Johnston, J. 1992. Spoken and Written Language Relationships in LLI and Normally Achieving School-Age Children. *Journal of Speech and Hearing Research* 35 (6), 1303 - 1315.
- Goldstein, H., English, K., Shafer, K. ja Kaczmarek, L. 1997. Interaction Among Preschoolers With and Without Disabilities: Effects of Across-the-Day Peer Intervention. *Journal of Speech, Language and Hearing Research* 40 (1), 33 - 48.
- Graig, H. ja Evans, J. 1993. Pragmatics and SLI: Within-Group Variations in Discourse Behaviors. *Journal of Speech and Hearing Research* 36 (4), 777 - 789.
- Graig, H. ja Washington, Julie. 1993. Access Behaviors of Children with SLI. *Journal of Speech and Hearing Research* 36 (2), 322 - 337.
- Grönfors, M. 1982. *Kvalitatiiviset kenttätömenetelmät*. Porvoo: WSOY.
- Grönroos, M. 1995. *Dysfasia foniatriin näkökulmasta*. Esitelmä Dysfasia-seminaarissa. Aivohalvaus- ja Afasialiitto.
- Hall, N., Yamashita, T. ja Aram, D. 1993. Relationship Between Language Fluency in Children with DLD. *Journal of Speech and Hearing Research* 36 (3), 568 - 579.
- Hansson, K. ja Nettelbladt, U. 1995. Grammatical Characteristics of Swedish Children with SLI. *Journal of Speech and Hearing Research* 38 (3), 589 - 598.
- Helland, T. 1995. Dyslexia, laterality and short term memory. *Scandinavian Journal of Logopedics and Phoniatrics* 20 (4), 157 - 164.

- Hirsjärvi, S., Remes, P. ja Sajavaara, P. 1996. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Hyytiäinen-Ruokokoski, U. ja Rajala, S. 1993. Dysfaattisen lapsen puheterapia. Teoksessa U. Hyytiäinen-Ruokokoski (toim.) *Dysfasia* 1993. Forssa: Forssan kirjapaino.
- Hyytiäinen-Ruokokoski, U. 1995. Diagnoosina dysfasia. Opas kielihäiriöisen lapsen vanhemmille. Aivohalvaus- ja Afasioliitto. Forssa: Forssan kirjapaino.
- Häyrinen, T. ja Korkman, M. 1997. Oppimishäiriöisten lasten neuropsykologinen yksilökuntoutus. Lastenlinnan kokemusten arviointia. Teoksessa M. Korkman ja K. Peltomaa (toim.) Helsinki: Hakapaino Oy.
- Jaroma, M., Danner, P. ja Koivuniemi, E. 1984. Sensory Integrative Therapy and Speech Therapy for Improving the Perceptual Motor Skills and Speech Articulation for a Dyspractic Boy. *Folia Phoniatria* 36, 261 - 266.
- Kail, R. 1994. A Method for Studying the Generalized Slowing Hypothesis in Children with SLI. *Journal of Speech and Hearing Research* 37 (2), 418 - 421.
- Kaiser, A. ja Hester, P. 1994. Generalized Effects of Enhanced Milieu Teaching. *Journal of Speech and Hearing Research* 37 (6), 1320 - 1340.
- Kelly, D. ja Rice, M. 1994. Preferences for Verb Interpretation in Children with SLI. *Journal of Speech and Hearing Research* 37 (1), 182 - 192.
- Klein, S. 1991. Evaluating for Suspected Language Disorders in Preschool Children. Teoksessa J. Blackman, (toim.) *The Pediatric Clinics of America. Development and Behavior: The Very Young Child*. Philadelphia: Saunders Co, 1455 - 1467.
- Kontiola, P. 1993. Dysfaattisen lapsen neuropsykologinen kuntoutus. Teoksessa U. Hyytiäinen-Ruokokoski (toim.) 1993. *Dysfasia*. Forssa: Forssan kirjapaino, 86 - 94.
- Korhonen, T. 1995. Nopean nimeämisen merkitys kehityksellisessä dysleksiassa. *Suomen logopedis-foniatrien aikauslehti*, 2, 34 - 41.
- Korkman, M. 1995. Kehityksellisten kielellisten häiriöiden luokituksesta. Esitelmä Dysfasia-seminaarissa. Aivohalvaus- ja Afasioliitto.
- Korkman, M. 1997. Esipuhe teoksessa *Lasten neuropsykologinen kuntoutus*. Helsinki: Hakapaino.
- Korpilahti, P. 1991. Kuullun ymmärtämisen ja prosessoinnin ongelmat dysfaattisissa kielihäiriöissä. *Puheterapeutti* 1, 25 - 26.

- Korpilahti, P. 1995. Auditory diskrimination and memory functions in SLI children. *Scandinavian Journal of Logopedics of Phoniatics* 20 (4), 131 - 139.
- Kortesmaa, M. ja Toiminen, T. 1996. Viittomat puheen tukena. *Afasia -lehti*. 1, 33.
- Kurtz, L. ja Scull, S. 1993. Rehabilitation for Developmental Disabilities. Teoksessa M. Batshaw (toim.) *The Pediatric Clinics of North America. The Child with Developmental Disabilities*. Philadelphia: Saunders Co., 629 - 643.
- Leonard, L. 1995. Functional Categories in the Grammars of Children with SLI. *Journal of Speech and Hearing Research* 38 (6), 1270 - 1283.
- Leinonen, E. (1995). Children's pragmatic difficulties: problems with context analysis? *Suomen logopedis-foniatrinen aikakauslehti* 115 (3 - 4), 87 - 96.
- Masterson, J., Evans, L. ja Aloia, L. (1993). Verbal Analogical Reasoning in Children with Language Learning Disabilities (LLD). *Journal of Speech and Hearing Research* 36 (1), 76 - 82.
- McGregor, K. 1994. Use of Phonological Information in a Word-Finding Treatment for Children. *Journal of Speech and Hearing Research* 37 (6), 1381 - 1393.
- McGregor, K. ja Leonard, L. 1994. Subject Pronoun and Article Omissions in the Speech of Children with SLI: A Phonological Interpretation. *Journal of Speech and Hearing Research* 37 (1), 171 - 181.
- Moberg, S. ja Tuunainen, K. 1989. *Erytispedagogiikan metodologinen perusta*. Jyväskylä: Atena.
- Montgomery, J. 1993. Haptic Recognition of Children with SLI. Effects of Response Modality. *Journal of Speech and Hearing Research* 36 (1), 98 - 104.
- Montgomery, J. 1995. Sentence Comprehension in Children with SLI; The Role of Phonological Working Memory. *Journal of Speech and Hearing Research* 38 (1), 187 - 199.
- Mäenpää, M. 1992. Verbaali dyspraksia: Tutkimustuloksia ja käytännön näkökulmaa. *Puheterapeutti*. 1, 8 - 15.
- Paul, R. ja Jennings, P. 1992. Phonological Behavior in Toddlers with Slow Expressive Language Development. *Journal of Speech and Hearing Research* 35 (1), 99 - 107.
- Peltomaa, K. ja Korkman, M. 1995. *Kieku. Lukemis- ja kirjoittamisvalmiuksien kielellinen kuntoutus ennen kouluikää*. Helsinki: Helsingin painotuote.

- Pulli, T. 1993. Dysfaattisen lapsen puheen ja kielen tukeminen visuaalisin keinoin teoksessa U. Hyytiäinen-Ruokokoski (toim.) 1993. *Dysfasia*. Forssa: Forssan kirjapaino, 74 - 85.
- Purcell, S. ja Liles, B. 1992. Cohesion Repairs in the Narratives of Normal Language and Language-Disordered School-Age Children. *Journal of Speech and Hearing Research* 35 (2), 354 - 362.
- Rantala, S-L. ja Hällback, H. 1993. Lasten kehityksellisen dysfasian diagnosoinnista. Teoksessa U. Hyytiäinen-Ruokokoski (toim.) 1993. Forssa: Forssan kirjapaino, 13 - 24.
- Rescola, L. ja Goossens, M. 1992. Symbolic Play Development in Toddlers with Expressive Specific LI (SLI-E). *Journal of Speech and Hearing Research* 35 (6), 1290 - 1302.
- Rice, M. Oettig, J., Marquis, J., Bode, J. ja Pae, S. 1994. Frequency of Input Effects of Word Comprehension of Children with SLI. *Journal of Speech and Hearing Research* 37 (1), 106 - 122.
- Rice, M., Wexler, K. ja Cleave, P. 1995. Specific Language Impairment as a Period of Extended Optional Infinitive. *Journal of Speech and Hearing Research* 38 (4), 850 - 863.
- Robertson, S. ja Weismer, S. 1997. The Influence of Peer Models on the Play Script of Children with Specific Language Impairment. *Journal of Speech, Language and Hearing Research* 40 (1), 49 - 61.
- Rodriguez-Santos, J.M. 1995. The problem of specificity in Specific Language Impairment. *Scandinavian Journal of Logopedics & Phoniatics* 20 (2 - 3), 60 - 68.
- Sahlen, B. ja Nettelblatt, U. 1995. How specific is specific language impairment? *Scandinavian Journal of Logopedics & Phoniatics* 20 (2 - 3), 51 - 60.
- Soukka, M. 1993. Dysfaattisen lapsen kuntoutus päiväkodissa. Teoksessa U. Hyytiäinen-Ruokokoski (toim.) 1993. *Dysfasia*. Forssa: Forssan kirjapaino, 42 - 49.
- Stark, R. ja Tallal, P. 1981. Selection of Children with Specific Language deficits. Artikkeliiin viitattu artikkelissa H. Graig ja J. Evans 1993 *Pragmatics and SLI: Within-Group Variations in discourse Behaviors*. *Journal of Speech and Hearing Research* 36 (4), 777 - 789.
- Stark, R. ja Heinz, J. 1996. Vowel Perception in Children with and without Language Impairment. *Journal of Speech and Hearing Research* 39 (4), 860 - 869.
- Stevens, L. ja Bliss, L. 1995. Conflict Resolution Abilities of Children with Specific LI and Children with NL. *Journal of Speech and Hearing Research* 38 (3), 599 - 611.

- Stone, A. ja Connell, P. 1993. Induction of a Visual Symbolic Rule in Children with SLI. *Journal of Speech and Hearing Research* 36 (3), 599 - 608.
- Swisher, L., Restrepo, M., Plante, E. ja Lowell, S. 1995. Effect of Implicit and Explicit Rule Presentation on Bound-Morpheme Generalization in SLI. *Journal of Speech and Hearing Research* 38 (1), 168 - 173.
- Swisher, R. ja Snow, L. 1994. Learning and Generalization Components of Morphological Acquisition by Children with SLI; Is There a Functional Relation? *Journal of Speech and Hearing Research* 37 (6), 1406 - 1413.
- Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E. ja Saari, S. 1994. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Thoonen, G., Maassen, B., Gabreels, F. ja Schreuder, R. 1994. Feature Analysis of Singleton Consonant Errors in Developmental Verbal Dyspraxia (DVD). *Journal of Speech and Hearing Research* 37 (6), 1424 - 1440.
- Tuchman, R., Rapin, I. ja Shinnar, S. 1991. Autistic and Dysphasic Children. I. Clinical Characteristics. *Pediatrics* 88 (6), 1211 - 1218.
- Tuovinen, S. 1993. Dysfasia. Oireyhtymän kielellis-kognitiivisten ongelmien kuvausta. Kokeilumoniste. Täydennyskoulutuskeskus. Jyväskylän yliopisto.
- Tynjälä, P. 1991. Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien luotettavuudesta. *Kasvatus* 22 (5 - 6), 378 - 398.
- Watkins, R., Kelly, D., Harbers, H ja Hollis, W. 1995. Measuring Children's Lexical Diversity: Differentiating Typical and Impaired Language Learners. *Journal of Speech and Hearing Research* 38 (6), 1349 - 1355.
- Weismer, S. ja Hesketh, L. 1993. The Influence of Prosodic and Gestural Cues on Novel Word Acquisition by Children with SLI. *Journal of Speech and Hearing Research* 36 (5), 103 - 1025.
- Westerlund, M. 1995. Predictive power of phonological screening test at four years of age in relation of later linguistic ability. *Scandinavian Journal of Logopedics & Phoniatrics* 20 (2 - 3), 69 - 76.
- Wilson, B. ja Risucci, D. 1986. A Model for Clinical-Quantitative Classification. Generation 1: Application to Language-Disordered Preschool Children. *Brain and Language* 27, 281 - 309.
- Wolfus, B., Moscovitch, M. ja Kinsbourne, M. 1980. Subgroups of Developmental Language Impairment. *Brain and Language* 10, 152 - 171.
- Äystö, S. 1995. Dysfasian diagnosointi, kuntoutus ja opetus uuden neurokognitiivisen PASS -mallin valossa. Esitelmä dysfasia-seminaarissa. Aivohalvaus- ja Afasialiitto.

JULKAISEMATTOMAT LÄHTEET

- Aarnos, E. 1995. Luento laadullisista tutkimusmenetelmistä.
Chydenius-Instituutti, Kokkola.
- Pakarinen, L. 1995. Aiheuttaako kuulovamma dysfasiaa?
Luento TAYS:n alueellisessa koulutuksessa.
- Pakarinen, L. 1996. Kehitysvammaisen dysfasia.
Luento Suomen kehitysvamma-alan lääkäreille.
- Pulli, T. 1996. Vaihtoehtoiset ja korvaavat kommunikaatiomenetelmät dysfaattisen
lapsen kuntoutuksessa.
Luento Seinäjoen sairaalan puheterapeuttien alueellisessa koulutuksessa.
- Tuori, T. ja Uski, P. 1997. Kaksivuotinen perhekeskeisen työn koulutus
Seinäjoen sairaalassa. Luentokooste.

Liite 1

ÄITIEN HAASTATTELUISSA KÄYTETTYJÄ TEEMOJA

Kerro lapsesi varhaisvaiheista aina raskaudesta ja synnytyksestä alkaen. Kuvaile lastasi vauvana.

Milloin aloit huolestua puheviiveestä? Millaisiin toimenpiteisiin silloin ryhdyit?

Kuvaile lapsesi varhaisimpia tutkimuksia/kuntoutusta. Mitä tunteita puheen viivästyminen ja tutkimukset Sinussa herättivät?

Millaista apua ja tukea lapsesi koulusijoituksessa sait? (vain Minnan äiti)

Miten koulu on mielestäsi onnistunut lapsesi oppimisen edistäjänä? (vain Minnan äiti)

Koetko saaneesi alkuvaiheessa riittävästi informaatiota? Mistä olet sitä saanut? Entä onko tuensaanti ollut riittävää? Mistä olet saanut tukea?

Miten koet lapsesi kielihäiriön vaikuttaneen koko perheen elämään?

Kuvaile lapsesi tämänhetkisiä tulevaisuudennäkymiä ja omia toiveitasi.

Liite 2

OPETTAJAN HAASTATTELUSSA KÄYTETYJÄ TEEMOJA

Kerro pääperiaatteistasi kielihäiriöisen lapsen opettamisessa.

Kuvaile Minnan varhaisia oppimisvaiheita. Mitkä olivat tuolloin pääasialliset ongelma-alueet? Mitä sovellutuksia tuolloin mahdollisesti teit oppimista edistääksesi?

Onko Minnan oppimisessa ollut kautta linjan havaittavissa erityisiä ongelmakohtia?

Miten kielihäiriöön liittyvät piirteet, esim. auditiiviset vaikeudet, tulivat esiin oppimisessa?

Kuvaile Minnan ilmaisua ja kirjallista tuotosta; ovatko ne verrannollisia keskenään vai onko kirjoitettu ilmaisu parempaa?

Mitä arvelet Minnan kokonaissuoriutumisesta omien havaintojesi ja psykologin tutkimustulosten valossa?

Miten integraatiota on sovellettu Minnan tapauksessa?

Liite 3

KYSELYLOMAKE PÄIVÄKODIN HENKILÖKUNNALLE

1. Kuvailkaa Jarin sopeutumista päiväkotiin. Onko saattajasta eroaminen ollut vaikeaa?

2. Millä tavoin Jari ottaa kontaktia? Käyttääkö hän apuna eleitä, kosketusta yms?
Ottaako hän kontaktia aikuisiin enemmän kuin toisiin lapsiin?

3. Miten Jarin toveruussuhteet ovat muodostuneet? Leikkiikö hän mieluummin itseään vanhempien/nuorempien vai samanikäisten lasten kanssa? Onko hänellä ns. vakikaveria?

4. Miten Jarin leikki on kehittynyt? Onko hänellä ns. symbolileikkiä, jossa roolihahmoilla on vuorosanoja?

5. Miten Jari käyttäytyy ristiriitatilanteissa? Selvittääkö hän asiansa kielellisesti vai onko tarvetta fyysiseen voimankoittoon?

6. Onko Jarin puhe ymmärrettävää sekä aikuisille että lapsille? Ymmärtääkö hän itse kaikki ohjeet ja kehotukset vai onko tarve toistaa ja tarkentaa varmistaen näin ohjeiden perillemeno?

7. Onko tarvetta tehdä Jarille erityissovellutuksia, esim. järjestää kahdenkeskisiä tuokioita aikuisen kanssa, puhua yksinkertaisempaa kieltä yms?

8. Koetteko saaneenne riittävästi tietoa Jarin puheongelmasta ja kielihäiriöistä yleensä?
Mistä tietoa on saatu/hankittu?