1001

AFASIAPOTILAS RYHMÄSSÄ

Tapaustutkimus puheterapeuttisesta näkökulmasta

Vuokko Saarinen

Erityispedagogiikan
pro gradu -tutkielma

Jyväskylän yliopisto / Avoin yliopisto
1998

Motto: "Niinkuin aalto uittaa aallon
yli valtameren,
niin selviydymme mekin
toinen toisiamme tukien."

(Risto Rasa)

TIIVISTELMÄ

Vuokko Saarinen 1998

AFASIAPOTILAS RYHMÄSSÄ. Tapaustutkimus puheterapeuttisesta näkökulmasta.

Erityispedagogiikan pro gradu-tutkielma
Jyväskylän yliopisto/Avoin yliopisto

Agranowitz (1964) määrittelee afasian jonkin tyyppisen aivovaurion aiheuttamaksi kielen puuttumiseksi tai heikkenemiseksi. Siis aivojen vaurioitumisesta johtuvia kielellisiä häiriöitä kutsutaan afasioiksi. Kaikkiaan n. 11000 suomalaista saa afasian vuosittain eri syistä. (Aho, 1975). Tavallisin syy on aivoverenkierron häiriö. Yleensä se syntyy keskimmäisen aivovaltimon suonittamalle alueelle vasemmassa aivopuoliskossa. Sana "afasia" on kreikkaa ja tarkoittaa puhumattomuutta. Nimitys antaa afasiasta liiankin yksipuolisen kuvan. Afasiassa monet kieleen perustuvat toiminnot heikkenevät. Miten nämä häiriöt painottuvat, riippuu hermokudosvaurion sijainnista ja laajuudesta. Tämä väittämä perustuu siis Lurian (1976) lokalisaatioteoriaan.

Afasiat on jaettu ensisijaisesti kahteen päätyyppiin keksijöidensä mukaan, Brocan ja Wernicken afasiaan, joista edellinen sisältää lähinnä puheen tuottamisen häiriöitä ja jälkimmäinen ymmärtämispuolen häiriöitä.

Lurian (1976) mukaan afasiatyyppi määräytyy sen perusteella, missä aivojen osassa vauriokohta sijaitsee. Tämän mukaan Luria jaottelee afasiat kuuteen eri päätyyppiin:

1) Dynaaminen afasia eli aloiteafasia
2) Efferentti motorinen afasia eli etenemisafasia
3) Afferentti motorinen afasia eli puhemalliafasia
4) Sensorinen afasia eli kuulohavaintoafasia
5) Akustis-mnestinen afasia eli kuulomuistiafasia
6) Semanttinen afasia eli sanamerkitysafasia

Afasiatyyppi määräytyy sen mukaan, millainen häiriö potilaalla on hallitseva, vaikka muitakin häiriöitä olisi.

Ryhmää alettiin käyttää tietoisesti kuntoutuksessa vuosisadan alkupuolella. Tällöin Yhdysvalloissa kokeiltiin supportiivista ryhmäterapiaa keuhkotauti- ja psykoosipotilaille. Varsinaisia ryhmän käytön kehittäjiä olivat mm. psykodraaman luoja, Jacob Moreno, kenttäteorioistaan tunnettu Kurt Lewin sekä psykoanalyysin pohjalta työskennelleet S.R.Slavson, S.H.Foulkes ja W.R. Bion. Varsinainen ryhmäterapioiden nousukausi osui 1960-luvulle, jolloin puheterapiassakin otettiin ryhmämuotoinen kuntoutus käyttöön. Nykyisin ryhmiä ohjataan erilaisista viitekehyksistä käsin.

Ryhmän kanssa työskentely on yhteistyötä. Ryhmien valmiudet yhteistyöhön vaihtelevat. Ryhmän ohjaajan on syytä asettaa oma työskentelynsä realistiselle pohjalle, jottei altistuisi stressille ja uupumukselle. Puheterapiassa on ryhmien käyttö saavuttanut suosionsa huipun 1980-luvulla. Pienryhmän on todettu olevan vähintään yhtä tehokkaan oppimisen kannalta kuin yksilöterapiankin. Ryhmän etuja ovat tasavertaisten potilastovereiden kanssa kommunikointi, jolloin afaatikko ei aina heti tule ymmärretyksi

kuten puheterapeutin kanssa kahdestaan kommunikoidessa usein käy: Ammatti-ihminen ymmärtää usein liiankin helposti afaatikon vajavaista puhetta, jolloin potilaan itsensä ei tarvitse paljoakaan ponnistella tullakseen ymmärretyksi. Lisäksi ryhmässä on tilaisuus kilpailla vertaisten kanssa, vaihtaa mielipiteitä ja kokemuksia ja huomata, ettei kaikilla muillakaan ole helppoa.

Omassa tutkimuksessani testasin Lempisen & Söderholmin lyhyellä afasiatestillä (1986) kymmenen afasiapotilasta ennen ja jälkeen ryhmäterapiaperiodin. Lisäksi esitin haastattelukaavakkeen potilaalle/omaiselle terapiajakson jälkeen. Kesäkuussa 1998 haastattelin potilaita/omaisia vielä puhelimitse saadakseni selville nykytilanteen.

Tulosten mukaan ei yhdelläkään koehenkilöistä tullut sanasujuvuustehtävissä muutosta suoritustasoon. Häiriön vähäistä lievenemistä semanttisella alueella oli nähtävissä kuudella koehenkilöllä. Samoin häiriön vähäistä lievenemistä oli kolmella henkilöllä sanojen tunnistamistehtävissä. Eniten tämä ryhmä kuntoutui kirjoittamisen osa-alueella, sillä siellä häiriö lieveni seitsemällä koehenkilöllä vain kolmen jäädessä alkutilanteen tasolle. Arvelin ensin koehenkilöiden kotiharjoittelulla olevan osuutta kirjoituskyvyn palautumiseen, mutta jälkihaastattelussa luuloni osoittautui vääräksi: Vain kaksi koehenkilöä tunnusti harjoitelleensa kotona kirjoittamista. Kaikilla koehenkilöillä oli ilmaisukyky kokonaisuudessaan parantunut ja monipuolistunut: Heikoimmin puhuvat olivat oppineet käyttämään vaihtoehtoisia kommunikointikeinoja (piirtämistä, kirjoittamista, ilmeitä ja eleitä), jo alkutilanteessa puhetta hallitsevat olivat pystyneet rikastuttamaan ja monipuolistamaan puheilmaisuaan selvästi. Tulokset eivät olleet mitenkään dramaattisia mutta selvää joskin verkkaista kuntoutumista tukevia. Haastattelussa kävi ilmi myös potilaiden omatoimisuuden ja sosiaalisten valmiuksien paranemista, vaikka kukaan ei täysin ennalleen niistä toipunutkaan:
Tietynlainen arkuus ja pidättyväisyys leimaa useimpien sosiaalista käyttäytymistä, vaikka siinä onkin selvää paranemista sairauden alkutilanteeseen verrattuna tapahtunut.

Puoli vuotta on lyhyt aika afasiapotilaan kuntoutumiselle, mutta se voi olla ryhmätyöskentelyn muodossa jonkinlainen potku tai sysäys omatoimisuuden tai kielellisten valmiuksien kehittymiselle jatkossa. Potilaat ja omaiset ovat ryhmässä saaneet aimo annoksen tieto-taitoa evääksi afasian kanssa toimeentulemiselle. Vaikka varsinainen puhetaito ja sen osa-alueet eivät ryhmäperiodin aikana paljon parantuneetkaan, monet afaatikot oppivat turvautumaan puhetta tukeviin, vaihtoehtoisiin kommunikointimenetelmiin.

Näinkin vakavan sairauden kohdatessa sekä potilaan että hänen omaisensa turvallisuus järkkyy. Sekä puheterapiaryhmissä että sopeutumisvalmennuskursseilla afasiapotilailla ja heidän omaisillaan on tilaisuus saada asiantuntijoilta tietoa afasiasta, sen kohtaamisesta ja kuntouttamisesta. Lisäksi afaatikkojen on terveellistä tavata kohtalotovereita, jolloin oma ahdistus ja erilaisuudentunne voi lievittyä. Ryhmä voi antaa kilpailutilanteita jäsenilleen sekä sopivaa palautetta onnistumisista ja epäonnistumisista.

Yleisesti ottaen molemmilla puheterapiamuodoilla on omat etunsa: Sairauden alkuvaiheessa yksilöterapia on paikallaan, koska potilaalla voi olla aluksi vielä niin herkkä ja helposti haavoittuva mieliala, ettei ryhmätoiminta vielä onnistu. Toisaalta on aina olemassa erityistä huomiota vaativia potilaita, jotka eivät viihdy ryhmässä.

Ryhmässä pitää myös alistua kompromisseihin, joten kaikille sen tyyppinen kuntoutus ei sovi. Useimmat kuitenkin viihtyvät ryhmässä ja saavat arvokasta tukea ja esimerkkiä ryhmän jäseniltä.

Ryhmässä on terapiamenetelminä käytetty
1) musiikkia laulamalla ja kuuntelemalla sekä siitä keskustelemalla
2) keskustelua ajankohtaisista tai muista sovituista aiheista
3) sana- ja tietopelien pelaamista sekä
4) roolileikkejä

Kaikki eivät ole musiikista kiinnostuneita mutta kaikkia eivät myöskään pelit innosta. Tämän vuoksi on viisainta vaihdella ohjelmia, että jokainen voisi vuorollaan päteä ryhmässä. Homogeenisen ryhmän muodostaminen on käytännössä vaikeaa, lähes mahdotonta. Myös erilaisuus voi olla rikkautta.

TIIVISTELMÄ sivu

SISÄLTÖ

1. JOHDANTO 1
2. ONGELMANASETTELU JA HYPOTEESIT 3

3. TERAPIAMENETELMISTÄ 3

4. MITÄ AFASIA ON 6
4.1. Afasian muodot 7
4.2. Afasian osatekijät ja liitännäishäiriöt 8

5. AFASIAAN JOHTAVISTA TEKIJÖISTÄ 10
5.1. Etiologia 10
5.2. Muita afasiaan vaikuttavia tekijöitä 11

6. AFASIAN LOKALISAATIOSTA 11

7. AFASIAN PARANEMISESTA JA ENNUSTEESTA 13

8. KUNTOUTUKSEN VAIKUTUKSESTA 14

9. AFASIAPOTILAAN PUHETERAPIA 15
9.1. Puheterapian määritelmä 15
9.2. Puheterapia kokonaisvaltaisen kuntoutuksen osana 16
9.3. Puheterapeutin tehtävät ja roolit 17
9.4. Afasiapotilaan tutkiminen 19

10. TUTKIMUKSEENI VALITUISTA MITTAREISTA 20
10.1. Tutkimuksen sisältö 21
10.2. Tutkimuksen käyttö 22
10.3. Kyselylomakkeella hankitut tiedot 22

11. RYHMÄTERAPIASTA 22
11.1. Ryhmän dynamiikka ja sosiometria 23
11.2. Ryhmän käyttö 24
11.3. Ryhmä oppimistilanteena 25
11.4. Oman ryhmätyön toteutus 26
11.4.1. SOVA-kurssille sopivia harjoituksia ryhmässä 27
11.4.2. Illanvietto-ohjelmia, ideoita vapaa-aikaan 29
11.4.3. Ideoita pienryhmätyöskentelyyn päivällä 29
11.4.4. Ideoita työskentelyyn, kun ryhmässä on liikunnallisesti monentasoisia 30

12. TAPAUSSELOSTUKSET 34
Tapaus 1 34
Tapaus 2 37
Tapaus 3 39
Tapaus 4 43

Tapaus 5 46
Tapaus 6 49
Tapaus 7 51
Tapaus 8 53
Tapaus 9 55
Tapaus 10 57

13. TULOSTEN ANALYSOINTIA 60
13.1. Lyhyellä afasiatestillä saadut tulokset 60
13.2. Ryhmän ohjaajan observoinnin kautta saadut tulokset 61
13.3. Kyselykaavakkeella saadut tulokset 62
13.4. Afasiapotilaiden ja omaisten haastatteluilla saadut tulokset 63

14. POHDINTA 70

LÄHTEET 75

LIITTEET 1 - 8

1. JOHDANTO

Tutkimustyöni aiheenvalinta osui luonnostaan aikuisafasiaan: Olenhan jo yli 20 vuoden ajan työskennellyt afasiapotilaiden parissa puheterapeuttina sekä jonkin aikaa myös afasia- ja aivohalvausliiton kursseilla ohjaajana. Joku saattaa myös esittää epäilynsä siitä, onko tällä aiheella mitään yhtymäkohtia erityispedagogiikkaan, jossa käsitellään pääasiassa lasten ja nuorten ongelmia. Nykyään on kuitenkin yhä enemmän paitsi aikuispedagogiikan piirissä niin laajemmaltikin alettu puhua ja kirjoittaa koko elämänikäisen oppimisen merkityksestä. Tutkimuksia kyseisestä aiheesta on tehty pääasiassa aikuisopiskelua harrastavasta normaaliväestöstä, mutta tällaiset poikkeavat ja vammautuneet väestöryhmät eivät ole saaneet niin paljon huomiota osakseen. Onhan afasiaakin tutkittu eri tieteenalojen piirissä jopa maailmanlaajuisestikin - täytyyhän näinkin paljon ihmisen elämään vaikuttavan vamman herättää kysymyksiä ja kiinnostusta jokaisessa ajattelevassa ja havainnoivassa ihmisessä. Niinpä lääketieteen puolelta Brocan ja Wernicken löydökset aivojen puhekeskuksista ovat useimmille afasiaproblematiikkaa opiskelleille henkilöille tuttuja. Neuropsykologiselta kannalta tätä aihetta on Venäjällä tutkinut laajasti ja perinpohjaisesti A.R.Luria (1976), joka myöhemmin muutti Amerikkaan. Lurian lokalisaatioteoria on ollut viime aikoina minulle se läheisin ja mielekkäin. Siihen perustuen on venäläinen professori L.S. Tsvetkova kehitellyt oman yksilöllisen afasiakuntoutuksen menetelmänsä (1985), jota olen puheterapeutti Salosen kehittelemän LET -kielen kuntouttamismenetelmän ohella käyttänyt runsaasti terapiassani.

Lurian mukaan afasiatyyppi määräytyy sen mukaan, missä aivojen osassa vauriokohta sijaitsee. Tämän mukaan Luria jaottelee afasian kuuteen eri päätyyppiin, vaikka hän korostaakin sitä seikkaa, että puhdasta afasiatyyppiä ei ole olemassakaan, vaan kaikki ovat yhdistelmiä eri afasiatyypeistä. Nämä afasiatyypit ovat seuraavat:

1) Dynaaminen afasia eli aloiteafasia
2) Efferentti motorinen afasia eli etenemisafasia
3) Afferentti motorinen afasia eli puhemalliafasia
4) Sensorinen afasia eli kuulohavaintoafasia
5) Akustismnestinen afasia eli kuulomuistiafasia
6) Semanttinen afasia eli sanamerkitysafasia

Liitteessä 4 selostan tarkemmin näiden afasiatyyppien ilmenemismuotoja sekä niiden vastaavuuksia Bostonin afasialuokitukseen.

Myös meillä Suomessa erityispedagogiikan saralla vaikuttanut professori Niilo Mäki oli kiinnostunut afasiasta ja teki huomattavan ansiokasta työtä toisen maailmansodan aikana vammautuneiden afasiapotilaiden kuntouttamiseksi. Niilo Mäkeä nuorempaa sukupolvea edustavat Leena Salonen, Matti Lehtihalmes ja Anu Klippi, jotka ovat tutkimuksillaan ja opintomatkoillaan monin tavoin kehittäneet maamme afasiatutkimusta ja -terapiaa lähinnä logopedian alalla (1983).

Puheterapeutti Leena Salonen on opintomatkaltaan Englannista tuonut sikäläisen mallin mukaan suomentamansa ja kehittelemänsä LET-afasiakuntoutusmenetelmän, jossa korostetaan kielelliskognitiivisten toimintojen vaiheittaista integraation palauttamista eheiksi kokonaistoi-

minnoiksi niitten psykolingvistisen organisoitumisen lainalaisuuksien sanelemassa hierarkisessa järjestyksessä. LET on lyhennys sanoista Language Enrichment Therapy (= kielellisen rikastuttamisen terapia).

Afasia - aikuisten hankittu kielellinen häiriö - on siis laaja lääketieteellinen, pedagoginen ja sosiaalisen sopeutumisen ongelma. Koska se koskee ennen kaikkea keski-ikäistä ja sitä vanhempaa aikuisväestöä, se sivuaa myös gerontologiana tunnettua lääketieteen haaraa.Pääasiassa liikennetapaturmien lisääntymisen tähden yhä enemmän myös kouluikäisillä ja sitä vanhemmilla nuorilla henkilöillä tavataan afasiaa. Aikuisten afasian ja siinä tapahtuvan palautuvan omaksumisen tutkimisella on erityinen mielenkiintonsa erityispedagogiikassa."Valmiiksi" kehittyneen kielellisen järjestelmän hajoamisessa tulevat näkyviin eriteltävällä tavalla monet sellaiset osatekijät, jotka ovat esim. erityisten kielellisten oppimisvaikeuksien taustalla, mutta joista kehityksen estyessä ei saada selkeää kuvaa. Huomattavan paljon siitä kehitysneuropsykologisesta teorianmuodostuksesta, jonka avulla oppimisvaikeuksien taustatekijöitä nyt tutkitaan, on peräisin aikuisten aivovaurioiden tutkimuksesta (esim. Korkman, 1988).

Viime aikoina on alettu myös vakavasti puhua uudesta tieteenhaarasta, neurokognitiivisesta tieteestä (Revonsuo, Lang & Aaltonen, 1995). Tällä alueella on sekä lääketieteen eri spesialiteettien, neuropsykologian ja logopedian asiantuntemusta edustettuna. Afasia on yksi mielenkiintoinen tutkimuskohde tälläkin tieteenalalla.

Afasia on siis monitahoinen ongelmavyyhti, jonka tutkimisessa kilpailevat toisilleen täysin vastakkaiset tieteenalat, eksakteihin kvantitatiivisiin menetelmiin perustuvat luonnontieteet ja kvalitatiivisiin hermeneuttisiin menetelmiin perustuvat humanistiset tieteet. Aikuispedagogit Usher & Bryant (1989) korostavat toisiinsa sidoksissa olevan triangelin merkitystä aikuispedagogiikassa: Käytännön, teorian ja tutkimuksen pitäisi tukea toisiaan. Mutta sen lisäksi tällaisessa ihmisten vaikeaa ja monimutkaista problematiikkaa käsittelevässä tutkimuksessa vaaditaan hermeneuttista otetta - pitää antaa ajatuksen kulkea vapaasti asiasta ja tilanteesta toiseen ja nähdä asioiden välisiä yhteyksiä ja verrata niitä toisiinsa.

Koska afasiapotilas on hyvin moniongelmainen, ei liene mielekästä tehdä pienehköllä joukolla mitään kvantitatiivista tutkimusta. Useimmat afasiatutkimukset ovat pienehköillä joukoilla tehtyjä tapaustutkimuksia (esim. Code & Müller, 1995). Niinpä minunkin tarkoituksenani on tutkia Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä vuosina1989 - 1998 puheterapiaan lähetettyjä afasiapotilaita ja näistä lähinnä niitä, jotka ovat tavalla tai toisella olleet ryhmäkuntoutuksessa mukana pitempään kuin 1 - 2 kertaa. Näistä potilaista valitsin kymmenen helpoimmin haastateltavaa afasiapotilasta mukaan tutkimukseeni. Tämä tarkoittaa siis sitä, että näiltä potilailta ja heidän omaisiltaan sain suostumuksen lähteä tutkimukseen mukaan ja että he eivät asu kovin kaukana vaan alle 50 kilometrin etäisyydellä ja ovat kuntoutuneet kotona selviytyviksi. Tarkoituksenani on tarkastella näitä afaatikkoja kvalitatiivisen fenomenologisen tapaustutkimuksen menetelmin. Afaatikon käyttäytyminen ryhmässä kiinnostaa minua sen takia, että se on urani aikana osoittautunut selvästikin erilaiseksi kuin yksilöterapiassa. Jo ryhmään tullessaan joukko on valikoitunut jossain mielessä: Koska potilaan omaa halukkuutta ryhmäterapiaan on kysytty jo alkuvaiheessa, ryhmästä jäävät yleensä tietyntyyppiset yksilöt pois (eristäytyjät, arat, runsaasti huomiota ja yksilöllistä kannustusta vaativatjne.). Monet muutkin tutkijat

ovat aiemmin päätyneet siihen tulokseen, että ryhmäterapia auttaa afaatikkoa eri tavalla kuin yksilöterapia (esim. Pachalska, 1991). Ryhmässä afaatikko voi saada myös vertaistensa tukea ja kannustusta sekä kokea kilpailutilanteita, mihin ei yksilöterapiassa ole mahdollisuutta.

2. ONGELMANASETTELU JA HYPOTEESIT

Yhdessä afasiaryhmässä on 2 - 5 osallistujaa ohjaajan lisäksi. Osanottajat on poimittu Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiristä vuosilta1989 - 1998. Osallistujat ovat iältään 37 - 74 vuotiaita. Ryhmä on kokoontunut kerran 1-2 viikossa noin puolen vuoden ajan istunnon kestäessä 50-60 minuuttia kerrallaan. Olen testannut potilaat Lempinen & Söderholmin lyhyellä afasiatutkimuskaavakkeella (Liite 1) sekä ennen että jälkeen ryhmäterapiaperiodin. Lisäksi aion haastatella potilaiden omaisia saadakseni selville heidän näkemyksensä ryhmän vaikutuksesta afaatikon ilmaisukykyyn.

Hypoteesi 1: Potilaiden kielellisissä kyvyissä tapahtuu joillakin osa-alueilla paranemista terapian kuluessa.

Hypoteesi 2: Rohkeus itsensä ilmaisemiseen tavalla tai toisella paranee ryhmäterapian aikana.

3. TERAPIAMENETELMISTÄ

Kielellisen kuntoutuksen menetelmätutkimus on aivan viime aikoina nopeasti laajentunut verrattuna aikaisempaan tilanteeseen, jossa afasiaa koskevista kirjoituksista vain murto-osa kosketteli kuntoutussovellutuksia. Suuri ongelma on ollut se, että eri menetelmien paremmuutta tavoitteitten kannalta on ollut vielä vaikeampi osoittaa kuin kuntoutuksen arvoa sinänsä. (v. Stockert, 1978; Wertz, 1981).

Afasiapotilaan kielellinen kuntoutus tapahtuu useimmiten yksilöterapiana, johon liitetään ryhmäkuntoutusta ja potilaan omatoimisen työskentelyn ja omaisten ja muitten maallikoiden avustuksen ohjausta. Yksilöllisen kuntoutuksen merkitystä korostetaan yleisesti kielelliskognitiivisten taitojen kuntoutuksessa, mutta ryhmäkuntoutus on tärkeää kommunikatiivisten taitojen ja sosioemotionaalisten tekijöitten kannalta. Kuntoutuksen vaihe määrää myös sen, mikä näistä kuntoutustavoista kulloinkin on hyödyllisin. (Eaton Griffith, 1975; Eisenson, 1981; Keith, 1972; Lesser ja Watt, 1978; Meikle, 1979; Salonen, 1980)

Kuntoutusmenetelmät esitetään usein lähestymistapojen koulukuntina eri tavoin ryhmitellen. Ne voidaan nähdä **tavoitekeskeisinä,** jolloin ajatellaan enemmän niitä taitoja, jotka potilaan tulisi saavuttaa mahdollisimman itsenäisen toimeentulemisensa kannalta, tai **häiriökeskeisinä,**

jolloin ongelmien syinä olevat häiriöt ovat hoidon kohteena ja näitten paranemisen uskotaan johtavan tarvittavien taitojen saavuttamiseen. Toisaalta voisimme jakaa menetelmät niiden edustamien kielen **oppimiskäsitysten mukaan.** Jos kielen organisoitumisen ajatellaan tapahtuvan "sisäsyntyisesti" ja omaehtoisesti, korostetaan runsasta virikkeiden tarjontaa aineiston antamiseksi tällaiselle omaksumiselle. Kun kielen palauttaminen käsitetään oppimiseksi, kuntoutetaan tavoitekeskeisesti, mutta jos se nähdään kielellisten toimintajärjestelmien uudelleenjärjestymisenä, pohditaan näitten järjestelmien luonnetta ja niitten organisoitumisen perusteita häiriökeskeisemmin. Lähestymistavat voidaan ryhmitellä empiirisiin, sosioterapeuttisiin, operantteihin, häiriökeskeisiin ja reorganisoiviin menetelmiin. (Seron, 1978).

Empiiriset lähestymistavat. Afasiaterapian menetelmät ovat aluksi kehittyneet puhtaasti kokemusperäistä tietoa kartuttaen. Vanhemmassa afasiakirjallisuudessa annetut ohjeet ovat suureksi osaksi erityis- ja alkeisopetuksen menetelmien kokeiltuja sovelluksia afasiaterapiaan ja havaintoja afasian hoidossa hyödyllisiksi havaituista keinoista esim. sen suhteen, kuinka yleinen aktivointi vaikuttaa, kuinka kuulo- ja näköärsykkeitä on tarjottava, jotta potilas kykenisi niitä vastaanottamaan, millaisia vihjeitä käyttämällä voidaan helpottaa potilaan puhe- ja ymmärtämiskykyä jne. Vasta myöhemmin tätä traditionaalista tietoa on tekijä tekijältä kokeellisesti tutkittu. Empiirisellä lähestymistavalla tulee aina olemaan tärkeä sija afasiakuntoutuksessa, sillä jokainen potilas tarvitsee tutkittujenkin menetelmien yksilöllistä soveltamista kokeilemalla. (Borenstein, 1980; Eisenson, 1973; Sarno, 1981; Schuell, 1964; Sefer, 1978; Weisenburg, 1964).

Sosioterapeuttiset menetelmät. Sosioterapeuttisiksi voidaan kutsua niitä menetelmiä, jotka tähtäävät afasian aiheuttamien sosiaalisten ongelmien helpottamiseen. Näissä menetelmissä korostetaan potilaan sosiaalisen rohkeuden ja itsetunnon kasvattamista, kaikkien säilyneitten taitojen mahdollisimman tehokasta soveltamista kommunikaatiokäyttöön, uusien kommunikaatiostrategioitten kehittämistä ja korvaavien kommunikaatiomenetelmien opettamista. Kommunikaatiokyvyttömyyden aiheuttamaa ahdistusta ja taipumusta eristäytyä pyritään helpottamaan sekä potilaan omaa aktiivisuutta tukemalla että ympäristöön vaikuttamalla. Tarjotaan turvallisia virike- ja kommunikaatiotilanteita, jossa afasiayhdistyksillä on Suomessa suuri merkitys, korostetaan luonnollisen keskustelun merkitystä muodollisen kuntoutuksen ohella, ja ohjataan potilasta hallitsemaan tietoisesti viestinnällisen vuorovaikutuksen sääntöjä ja säätelemään omaa käyttäytymistään. Terapiamenetelmien kehittämisessä nojataan nyt myös sosiolingvistiseen tutkimustietoon (Davies, 1981; DiSimoni,1981; Eaton Griffith, 1975; Kotten, 1979; Lubinski, 1981; Muma, 1981; Mysak, 1981).

Operantit lähestymistavat. Operantit kuntoutustavat, joissa pääpaino on opetustavan säätelyssä, näyttävät soveltuvan hyvin monien häiriöitten kuntoutukseen. Häiriöitten erittelyllä pyritään saamaan tietoa afasiapotilaan toiminnan puutteista ja näitten tavoittamisen arvioiduista vaiheista tehdään suunnitelma, jonka toteutumista ohjataan ärsykkeitten säätelyllä ja vasteiden vahvistamisella. Kuntoutus on tavoitekeskeistä, mutta yhä enemmän nämä menetelmät ottavat huomioon uutta tietoa eri toimintojen vaikeusasteista ja pyrkivät näin johdonmukaiseen etenemiseen. Sen sijaan toimintojen sisäistä rakennetta ja niitten välisiä vuorovaikutuksia ne eivät pohdi, vaan kuntouttavat niitä erillisinä. Erilliset ohjelmat voivat käsittää tietyn sanaryhmän, lauserakenteen tms. toistamisen, nimeämisen tai täydentämisen opetta-

mista, jonkin erityisen muistitoiminnan kehittämistä tai esim. suotuisan psyykkisen reagointitavan vahvistamista. Ohjelmien toteutumista tarkkaillaan yleensä pitämällä niistä pistekirjaa, joka toimii samalla potilasta motivoivan palautteen lähteenä. Vaikka tämän suuntaisia menettelyitä saatetaan Suomessa käyttää joissakin kuntoutuksen erillisongelmissa, on operanttien keinojen laajamittaisempi käyttö pysynyt meille vieraana. (Darley, 1982a, c; Duffy, 1981; Goldfarb, 1981; Porch, 1981; Powell, 1981; Seron, 1978.)

Häiriökeskeinen terapia. Häiriökeskeinen terapia pyrkii edellistä enemmän erittelemään toimintavaikeuksien osatekijöitä ja vaikuttamaan niihin (tosin usein myös operantein keinoin). Tämä vaikuttaminen on useimmiten suoraa, heikkoon toimintaan itseensä kohdistuvaa, mutta myös muitten toimintojen tukea käytetään. Hyvin monien kielellisten ja kognitiivisten osahäiriöitten hoitoon on kehitetty erillismenetelmiä, joista monia on myös kokeellisesti tutkittu. Tällaisia menetelmiä on kuvattu mm. ymmärtämishäiriöitten tai niitten syyksi arveltujen kuuloprosessoinnin häiriöitten, sanojen löytämisvaikeuden, lauseitten muodostamisen heikkouden, puheen intentionaalisuuden, luku- ja kirjoitusvaikeuksien, yleensä kielellisen ajattelukyvyn tai erityisesti divergentin semanttisen ajattelun ja puheen alkuunpääsyn kuntoutuksessa. (Halpern, 1981; Martin, 1981; Sparks, 1981.)

Reorganisoivat menetelmät. Toimintoja reorganisoiva kuntoutus perustuu siihen käsitykseen, että toiminnat muodostuvat osatoimintojen ketjuista, joissa yhdenkin osatekijän heikkeneminen vaikuttaa laajasti toimintakokonaisuuteen. (Akhutina, 1982.) Toisaalta ihmisen monimutkaiset kielelliskognitiiviset toiminnat voivat organisoitua niin monin tavoin, että häiriytyneitäkin voidaan korvata toisilla toiminnoilla: tätä, säilyneitten taitojen ohjaamista uuteen, heikentyneitä osatekijöitä korvaavaan käyttöön toimintojen reorganisointi juuri on.

Luria, jonka neuropsykologisen ja -lingvistisen ajattelun tulosta reorganisoiva kuntoutus on, kohdistaa kuntoutustoimenpiteet erityisesti kunkin afasiamuodon tulkittuun taustahäiriöön ja siten jokaisen afasiamuodon kuntoutus muodostaa luonteeltaan toisista poikkeavan kokonaisuuden. (Luria, 1963; 1970; Luria jne. 1969.) Weiglin kehittämässä deblocking-menetelmässä säilyneitten toimintojen väliaikaista tukea käytetään heikentyneitten uudelleen organisoimiseksi ja niitten salpautumien avaamiseksi (Weigl, 1981; Weigl, 1979; Springer, 1979). Tältä taustalta on v. Stockert (1978, 1979) kehittänyt standardin kuntoutusohjelman, jossa toimintojen välisiä vuorovaikutuksia korostetaan. Salonen (1980a; 1980b; 1982) korostaa kielelliskognitiivisten toimintojen vaiheittaista integraation palauttamista eheiksi kokonaistoiminnoiksi niitten psykolingvistisen organisoitumisen lainalaisuuksien sanelemassa hierarkisessa järjestyksessä. Tätä tarkoitusta varten hän on kehittänyt potilaitten erilaisiin kuntoutustarpeisiin joustavasti sovellettavan laajan kielellisen aineiston. Kielitieteellinen ja psykolingvistinen afasiatutkimus näyttää johtavan reorganisointiajattelun laajenevaan hyväksymiseen ja kehittämiseen.

Omassa työssäni afasiapotilaiden kanssa olen käyttänyt kaikkia noita edellä kuvattuja kuntoutusmenetelmiä: Viime aikoina työni on painottunut ehkä eniten noihin reorganisoiviin menetelmiin, koska Lurian ja Tsvetkovan afasiakuntoutusohjelmat ovat olleet minulla ahkerassa käytössä. Näitä ennen ja yhä edelleen niiden rinnalla ovat empiiriset lähestymistavat käytössäni kuten varmaan useimmilla puheterapeuteilla. Myös häiriökeskeisiä terapiamene-

telmiä olen käyttänyt: Terapiassani olen käyttänyt hyvin paljon musiikkia siksi, että sen on todettu toimivan ainakin joillakin motorisen afasian muodoilla puheen kuntoutusta edistävänä tekijänä paremmin kuin pelkän puheen. On laulettu tuttuja lauluja yhdessä, kuunneltu valmiita äänitteitä ja arvosteltu niitä levyraadin tapaan. Huomattakoon, että musiikilla on myös ilmeinen tunne-elämään vaikuttava tekijänsä, mikä tekee sen taidokkaan käytön erittäin terapeuttiseksi. Tutut sävelmät tuovat mieleen vanhoja muistoja ja tunnelmia, jotka saavat afaatikonkin yrittämään pukea niitä sanoiksi. Laulujen rytmiä voidaan taputuksilla säestää, jolloin sanatkin löytyvät helpommin. Huomattakoon myös afaatikoille tunnusomainen piirre, itkuherkkyys, joka voi puhjeta esiin juuri näitä sävelmiä kuunnellessa tai laulaessa. Alvin (1966) esittää eräitä psykologisia toimintoja, joilla voidaan katsoa olevan merkitystä musiikkiterapiassa:

1) kommunikaatio
2) identifikaatio
3) assosiaatio
4) kuvitteellisuus
5) itseilmaisu
6) minätietoisuus

Musiikillisia elementtejä voidaan käyttää apuna myös puheen harjoittamisessa, onhan puheessa monia samoja peruselementtejä kuin musiikissakin: rytmi, intonaatio, melodia, voimakkuus, korkeus. Puhutaan ns. MIT-menetelmästä, mikä tulee sanoista Melodic Intonation Therapy ja tarkoittaa käytännössä sitä, että sanoja ja sittemmin lauseita harjoitellaan kädenliikkeillä tai taputuksilla sanarytmejä tehostaen sekä yksinkertaista melodiaa apuna käyttäen. (Lehtihalmes, 1987; Sparks, 1981). Tämä menetelmä soveltuu parhaiten motorisiin afasiatyyppeihin. Sensoriset afaatikot eivät siitä juuri hyödy. Sosioterapeuttisia menetelmiä olen käyttänyt eri ryhmätilanteissa: On pelattu erilaisia sana- ja muistipelejä, seura- ja roolileikkejä sekä on annettu kotitehtäväksi joku sosiaalista aktiviteettia vaativa tehtävä (esim. naapurin kutsuminen kylään, puhelinsoitto ystävälle tai kaupassa käynti).

4. MITÄ AFASIA ON

Agranowitz (1964) määrittelee afasian jonkin tyyppisen aivovaurion aiheuttamaksi kielen puuttumiseksi tai heikkenemiseksi. Siis aivojen vaurioitumisesta johtuvia kielellisiä häiriöitä kutsutaan afasioiksi. Kaikkiaan n. 11000 suomalaista saa vuosittain afasian eri syistä.(Aho, 1975). Tavallisin syy on aivoverenkierron häiriö. Yleensä se syntyy keskimmäisen aivovaltimon suonittamalle alueelle vasemmassa aivopuoliskossa. Sana "afasia" on kreikkaa ja tarkoittaa puhumattomuutta. Nimitys antaa häiriöstä liiankin yksipuolisen kuvan. Afasiassa monet kieleen perustuvat toiminnot heikkenevät. Miten nämä häiriöt painottuvat, riippuu hermokudosvaurion sijainnista ja laajuudesta. Tämä väittämä perustuu siis Lurian lokalisaatioteoriaan.

Vasemman aivopuoliskon vaurioissa, jotka syntyvät keskusuurteen etupuolella, kielen häiriöt ilmenevät lähinnä puheen tuottamisessa. Keskusuurteen taakse sijoittuvissa vaurioissa häiriöt

painottuvat puheen ymmärtämiseen (ks. liite 2). Laajoissa vaurioissa afasia voi olla täydellinen, jolloin kaikki kieleen perustuvat toiminnot ovat vaikeasti häiriytyneet.

Afasiat voidaan jakaa kahteen pääluokkaan puheilmaisun sujuvuuden mukaan.

Sujumattomalle afasialle on tunnusomaista ääntämisen ja puheen tuottamisen työläys Lurian luokituksen mukaan tähän afasiaryhmään kuuluvat lähinnä motoriset afasiamuodot(dynaaminen, afferentti sekä efferentti motorinen afasia). Kuulijasta tuntuu siltä, että potilas ponnistelee kovasti, mutta hän ei silti onnistu tuottamaan muuta kuin jonkun merkityksettömän tavun kuten "na-na-naa". Mikäli afasia ei ole näin vaikea, potilas pystyy ehkä löytämään sanoja, mutta kokonaisten lauseiden muodostaminen on vaikeaa. Puhe etenee hitaasti ja siinä on paljon taukoja. Se voi olla tämäntapaista: "Minä mene...terapiaa...joka päivä...terapiaan...puhetta oppimaa." Sanojen järjestys voi sotkeutua tai ääntämisessä voivat eri äänteet vaihtaa paikkaa, puuttua tai korvautua jollain toisella äänteellä. Potilas voi sanoa esimerkiksi "tatti" kun pitäisi sanoa "takki" tai "pöytä" kun pitäisi sanoa "tuoli".
Sujuvassa afasiassa potilaan puhe etenee vuolaasti, mutta siinä on runsaasti vääriä sananvalintoja ja äänteet vaihtuvat keskenään. Puheessa voi olla myös uudissanoja. Merkittävin oire on puheen ymmärtämisen vaikeus: Potilas ei täysin pysty erottamaan eri äänteitä ja hahmottamaan sanoja (Pyyppönen, 1991). Lurian afasialuokituksessa tätä afasiatyyppiä edustaa lähinnä ns. sensorinen afasia. Tämän afasiatyypin on vaikea paitsi ymmärtää toisten puhetta myös huomata virheitä omassa puheessaan. Esimerkki ryhmäkeskustelusta, jossa yksi ryhmän jäsenistä on juuri kertonut, mitä tekee päivisin, ja terapeutti pyytää myös toista ryhmän jäsentä kertomaan omasta päivästään: "No...kiitos teille kerrottuna suurin piirtein ja ...ööh mä toivon että teillä menee hirveen hyvin ku ootte noin fiksusti päässeet ja...mä ole erittäin tyytyväinen että minäkin olen työstäni työstäni sairaalana sairaana hetkinä tänne päässy tämmöseen tilanteeseen että..."

Kaikissa afasian muodoissa puheen ymmärtäminen on lähes aina vaikeutunut. Toisilla häiriö on tuskin huomattava, toiset eivät ymmärrä puhetta lainkaan. Puheen ymmärtäminen vaihtelee myös tilanteittain. Siihen vaikuttavat mm. potilaan vireystila, tilanteen rauhallisuus sekä keskustelukumppanin puhetapa. Lievienkin ymmärtämishäiriöiden tunnistaminen ja kuntouttaminen on tärkeää, koska ne voivat merkittävästi haitata potilaan toimintakykyä etenkin työelämässä.
Myös **kirjoittaminen** ja **lukeminen** kuuluvat kielelliseen toimintaan. Afaattisiin oireyhtymiin liittyy lähes aina kirjoittamisen ja / tai lukemisen vaikeus. Afasian yhteydessä voi esiintyä myös muita psyykkisen toimintakyvyn häiriöitä. Tavallista on tahdonvaltaisten liikeiden suorittamien vaikeus eli **apraksia** . Tämä liittyy useimmiten afferenttiin motoriseen afasiatyyppiin. Toinen, etenkin sairastumisen alkuvaiheessa monissa toiminnoissa ilmenevä häiriö on juuttuminen eli **perseveraatio**. Tätä tavataan useimmiten efferentissä motorisessa afsiatyypissä (Hänninen jne., 1985).

4.1.. Afasian muodot

Keskityn tässä yhteydessä kuvaamaan pelkästään Lurian afasialuokitusta (Luria, 1970; 1973; Maruszewski, 1975), koska se antaa kuntoutukselle enemmän loogisia perusteita esittäessään

häiriöille teoreettisia tulkintoja, häiriöitten ja toimintojen välisiä yhteyksiä ja niitten taustatekijöitä. Taulukosta 1 voi vertailla yhteyksiä Lurian ja Bostonin afasialuokituksen välillä. Akhutina (1982) esittää Lurian afasialuokituksen perustana olevat oletukset seuraavasti: 1) Kielellinen toiminta muodostuu sellaisten toiminnallisten osatekijöitten järjestelmästä, jotka paikantuvat aivojen eri osiin. 2) Eri afasiatyypeissä on häiriöitä järjestelmän eri osatekijöissä. 3) Yhdenkin osatekijän häiriö järjestelmässä aiheuttaa koko toimintajärjestelmän muuttumisen: siinä säilyneet, sekundaarisesti häiriytyneet ja korvaavat tekijät vaikuttavat toisiinsa. 4) Näitten vuorovaikutusten kaaviosta on mahdollista päästä perille ts. havaita mitkä osatekijät ovat ensisijaisesti ja mitkä toissijaisesti häiriytyneet, millaiset korvaavat toiminnat osallistuvat muuttuneitten toimintojen toteuttamiseen. Seuraavassa Lurian afasialuokituksen kuvauksessa kiinnitetään pääasiassa huomiota häiriömuodon tulkintaan ja oirekuvauksen eroihin suhteessa Bostonin luokitukseen, jonka vastanimitykset näkyvät suluissa.

Dynaamisen afasian syndrooma (transkortikaalinen motorinen afasia). Kielellisten toimintojen sisäinen suunnittelu, säätely ja arviointi on häiriytynyt: potilaan on vaikea käyttää puhetta aloitteisesti, yleistävästi ja ajatuksia ja toiveita ilmaisevasti.
Efferentin motorisen afasian syndrooma (Brocan afasia). Keskeinen ongelma on kielellisten elementtien (äänteiden ja sanojen joustavassa yhdistämisessä toisiinsa.Tämä estää puheen sujuvan kulun, kieliopillisten tekijöitten käytön siinä, heikentää puheen tulkintaa ja haittaa pahasti lukemista ja kirjoittamista.
Afferentin motorisen afasian syndrooma. (vastaa lievässä muodossaan osittain konduktioafasiaa). Puhe-elinten apraktiset häiriöt aiheuttavat vaikeammissa tapauksissa täyden puhumattomuuden, lievemmissä häiriöissä äännön kankeuden ja erityisesti samantapaisesti ääntyvien äänteitten vaihtelevan sekaantumisen. Ääntöjärjestelmän heikentymisen seurausoireena puheen ymmärtäminen, lukeminen ja kirjoittaminen häiriytyvät.
Sensorisen l. akustiko-gnostisen afasian syndrooma (Wernicken afasia). Puheäänteitten hahmottamisen ja toisistaan erottamisen kuulohavaintovaikeus aiheuttaa puheen ymmärtämisen häiriön ja seuraushäiriöinä puheen kuulon avulla tapahtuvan säätelyn heikkouden. Lukemisen ja kirjoittamisen häiriöt johtuvat samasta äänteitten kuulon avulla tapahtuvan erittelyn hataruudesta.
Akustis-mnestisen afasian syndrooma (vaikea-asteisena muistuttaa globaalia afasiaa).Ongelmien syynä on kielellisen kuulomuistin häiriö, muistijälkien säilymisen patologinen estyminen. Tämä aiheuttaa heikkouksia kaikilla kielellisen toiminnan osa-alueilla.
Semanttisen afasian syndrooma (vastaa osittain anomiaa).
Perushäiriö, samanaikaista tulkintaa vaativien näennäisavaruudellisten kielellisten tekijöitten suhteitten ymmärtämisen häiriö, joka liittyy läheisesti tilasuhteitten hahmottamisen häiriöihin, heikentää monimutkaista tulkintaa vaativien näennäisavaruudellisten kieliopillisten tekijöitten ymmärtämistä. Näihin liittyy sanojen löytämisen vaikeuksia ja monimutkaisen älyllisen päättelyn ja mm. laskemiskyvyn heikkenemistä.

4.2 Afasian osatekijät ja liitännäishäiriöt

Afasiapotilaitten kielellisiä häiriöitä on yleisimmin tarkasteltu **kielellisten toimintakanavien** kannalta etenkin kliinisessä tutkimuksessa. Nämä luokitellaan yleensä kielen vastaanottoon, siis kuullun puheen ja luetun ymmärtämiseen ja kielen tuottoon, siis puhumiseen ja kirjoittami-

seen. Puhumista, ymmärtämistä, lukemista ja kirjoittamista kutsutaan kielen neljäksi **modaliteetiksi.** Puheessa erotetaan automaattinen, toistava, ja itsenäinen (spontaani) puheilmaisu ja nimeäminen (esineitten ja toimintojen nimien löytäminen). Näitä tutkivia tehtäviä on kaikissa afasiatesteissä, joista suurin osa eroaa toisistaan vain sen suhteen kuinka yksityiskohtaisesti eri modaliteettien osasuorituksia tarkastellaan. Viime vuosikymmeninä on yhä enemmän kiinnitetty huomiota eleilmaisuun omana modaliteettinaan (Eisenson, 1973; Schuell, 1964; Porch, 1981).
Kielitieteelliset tutkimukset ovat osoittaneet yhä selvemmin, että afasiassa on kyse yleisestä kielellisestä häiriöstä, joka aiheuttaa aina jonkinasteisia, vaikkakin määrältään vaihtelevia vaikeuksia kaikilla kielellisillä alueilla. Seuraavassa esitettävien kielen eri alueitten ongelmat ovat läheisessä yhteydessä toisiinsa ja niissä kaikissa on voitu osoittaa vastaanoton ja tuoton ongelmien kielellinen vastaavuus (Blumstein, 1981; Bernt, 1981).
Kaikilla afasiapotilailla ilmenee ongelmia **fonologian**, äännejärjestelmän tasolla. Ne ovat kaikissa afasiamuodoissa samantapaisia: äänteitten korvaamisia toisilla, sanan ääntöasun yksinkertaistuksia (esim. "puhetarpeutti" pro "puheterapeutti" jne.), äänteitten lisäyksiä tai naapuriäänteitten vaikutuksia tarkoitetun äänteen virheeseen (esim. "koika" pro "poika" jne.).**Fonologisia** virheellisyyksiä kutsutaan puheessa **literaaliseksi parafasiaksi. Foneettiset virheet**, äänteiden vääristymät, ovat jonkin verran harvinaisempia ja esiintyvät vain joissakin afasiamuodoissa. **Puheen prosodisten ominaisuuksien** merkitysten taju ja toteuttamisen säännöt säilyvät yleensä parhaimmin, vaikkakin puhenopeus hidastuu. Jos taas oikeakätisellä potilaalla on vaurio oikeassa hemisfäärissä, prosodiikka häiriintyy. (Blumstein, 1981). **Morfologisella ja syntaktisella** tasolla l. kieliopillisten muotojen ja lauserakenteiden tulkinnassa on afasiapotilailla niinikään miltei aina heikkouksia. **Agrammatismissa** kielioppimuotojen ja -rakenteitten käyttö on vähäistä, lauseet ovat lyhyitä ja koostuvat erillisistä sanoista ja puhe on sähkösanomatyylistä. Tämä heijastaa yleistä kieliopillisten tekijöitten jäsentämisen ja käytön heikkenemistä, mutta minkään erityisen säännön puuttumista ei yleensä voida osoittaa. **Paragrammaattisella** potilaalla sinänsä runsaammassa kieliopin käytössä tapahtuu virheitä (Bernt, 1981).

Afasiapotilaitten **sanastolliset** ja **semanttiset** ongelmat näyttävät sekä puheen tuotossa että sen tulkinnassa riippuvan jossakin määrin sanaluokista ja sanojen käsiteluokista, yleisyydestä ja käsitteellisyydestä. Puheessa tyypilliset ongelmat ovat **anomia**, sanojen löytämisen vaikeus, ja **semanttinen parafasia**, väärät sanavalinnat. (Buckingham, 1981).
Pelkkä kielen eri osa-alueitten häiriöitten laatu ei selvästi erottele afasian eri muotoja toisistaan, mutta niitten suhteellinen osuus sekä se, esiintyvätkö ne enemmän vastaanotossa vai tuotossa, tekee erot selvemmiksi. Afasiassa muuttunut kielelliskognitiivinen toimintatapa ja sen osatekijöinä tai siihen liittyvinä muut kognitiiviset häiriöt selittävät kliinisesti havaittavia afasiapotilaitten eroja paremmin kuin puhtaasti kielelliset tekijät. Tiedon hankinnassa ja käsittelyssä kieli, hahmotus, tarkkaavaisuus, muisti jne. ovat jatkuvassa keskinäisessä vuorovaikutuksessa (v.Wright, 1979). Monien afaattisten ja muitten korkeampien aivotoimintojen häiriöitten taustalla voidaan nähdä yleisiä **toimintatavan** muutoksia. Näistä keskeisimpiä ovat yleinen kognitiivisen toiminnan **hidastuminen** ja **jähmeys** sekä **perseveraatio,** jolla tarkoitetaan aikaisemman toimintakaavion takertuvaa toistamista. Tapahtumien etenevän järjestyksen havaitseminen ja toteuttaminen ja monien seikkojen yhtäaikainen jäsentäminen voi olla

vaikeaa tai kokonaisuuksien ja niitten osien välisten suhteitten hahmottaminen voi epäonnistua (Luria, 1970; 1972; Buckingham et al. 1979).

Hahmotustoimintojen häiriöt, **agnosiat**, voivat ilmetä jokaisen aistipiirin aistimusten hahmottamisessa, siis näkö-, kuulo- tai tuntohahmotusongelmina. Kielellisen kuulohahmotuksen eri tekijöitten osuutta afasiassa lienee eniten tutkittu (Johnston,. 1980).
Tilan ja suuntien tajun, kehon kuvan hahmottamisen ja kasvojen tunnistamisen heikkoudet ovat esimerkkejä monia aistihavaintoja ja esimerkiksi muistitekijöitä yhdistävien monimutkaisempien hahmotustoimintojen heikkouksista (Luria, 1970; Niemi, 1980).
Liiketoimintojen opittujen ohjelmien toteuttamisen häiriöistä, **apraksioista, oraalinen** (bucco-faciaalinen) **apraksia** on monesti afasian olennainen osa. Muita apraktisia vaikeuksia voi ilmetä sormien asentojen, liikesarjojen, käsien suuntien ja keskinäisten asemien ja välineitten käytön toteuttamisessa. Tämä ilmenee yleensä kaikissa käytännön tilanteissa kuten pukeutumisessa, peseytymisessä, ruokailussa jne.(Buckingham, 1981b).
Muistihäiriöistä, **amnesioista**, kielellisen ja kuulomuistin ongelmat ovat keskeinen osa afasiaa ja näkömuistin heikkoudet ovat yleisiä sen yhteydessä. Muistot säilyvät afasiapotilailla yleensä hyvin, ja laaja-alaiset, erityiset muistin organisoitumisen häiriöt ovat heillä harvinaisempia, lukuun ottamatta sairauden alkuvaihetta, jolloin potilaan toiminta voi olla yleisesti jäsentymätöntä ja muistamatonta. Tällöin hänen saattaa olla myös vaikea **orientoitua** aikaan ja paikkaan.(Luria, 1976; Vilkki, 1981).

Tarkkaavuuden käyttö ja **keskittyminen** joutuvat monien heikentyneitten toimintojen tähden erityiselle rasitukselle ja niitten ala voi kaventua, mutta näissä toiminnoissa voi olla yleisempiäkin häiriöitä. Toiminnan **arviointi, suunnittelu, aloitteisuus ja kielellinen säätely** on usein osana afasiaa ja siihen voi liittyä myös laajempia ajattelun häiriöitä. (Luria, 1973).

5 AFASIAAN JOHTAVISTA TEKIJÖISTÄ

5.1 **Etiologia**

Kaikista afasiatapauksista on erilaisten aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamia n. 90 % (Narva, 1981). Muina aiheuttajina mainitaan aivotraumat, aivokasvaimet, keskushermoston infektiot sekä erilaiset degeneratiiviset taudit. Aivoverenkierohäiriöistä huomattavin afasian aiheuttaja on aivoinfarkti (65 %) sekä aivojen sisäinen verenvuoto (15 %) (SITRA, 1979).
Vain kolmasosa aivoinfarktipotilaista on alle 65-vuotiaita. Sen sijaan yli puolet aivoverenvuotopotilaista on alle 50-vuotiaita. Etiologialla on siis selvä syy-yhteys siihen. minkä ikäisenä sairastutaan (Palo, Jokelainen, Kaste, Teräväinen et Valtimo, 1984). Jo aiemmin tuli mainituksi, että vuosittain aivoverenkiertohäiriöihin sairastuu maassamme n. 11000 ihmistä (Aho, 1975), näistä afasiaa ilmenee n. 21-33 %:lla (Narva, 1981). Frey (1981) arvioi, että kaikkiaan maassamme olisi yli 10000 afasiapotilasta. Vaikka afasia saattaa ilmetä etiologiasta riippumatta samanlaisessa muodossa, niin tällä voi olla myös vaikutusta siihen, minkä tyyppinen

afasia potilaalle kehittyy. Esimerkiksi aivotraumojen ja -kasvaimien yhteydessä on kuvattu aivoverenkiertohäiriöitä useammin sujuvia afasiamuotoja. (Basso, 1980; Miceli, 1981.)

5.2 Muita afasiaan vaikuttavia tekijöitä

Ikä: Afasiaan johtavat sairaudet lisääntyvät iän myötä, mutta samalla myös afasiaan sairastuvuus lisääntyy eli sairastuessaan vanha ihminen saa paljon todennäköisemmin afasian kuin nuori (Miceli, 1981). Lisäksi on tavattu Brocan afasiaa/ efferenttiä motorista afasiaa useammin nuoremmilla potilailla kun taas Wernicken afasiaa/ sensorista afasiaa on todettu useammin vanhemmilla henkilöillä (Kertesz, 1981; Eslinger, 1981; Miceli, 1981).
Sukupuoli: Miespuolisia afaatikkoja on enemmän kuin naisia, mutta tämä johtuu siitä, että miehillä aivoverenkiertohäiriöt ja aivotraumat ovat muutenkin yleisempiä. Sukupuolella sinänsä ei ole vaikutusta siihen, saako sairastunut potilas afasian vai ei (Miceli, 1981; Kertesz, 1981).
Koulutustausta: Tällä ei ole todettu olevan vaikutusta afasiaan sairastuvuuteen (Miceli, 1981). Afasian testaustuloksiin koulutustausta vaikuttaa kuitenkin sikäli, että testien luonteesta johtuen koulutettu väestö suoriutuu niistä paremmin kuin vähemmän koulutettu (De Renzi, 1980).

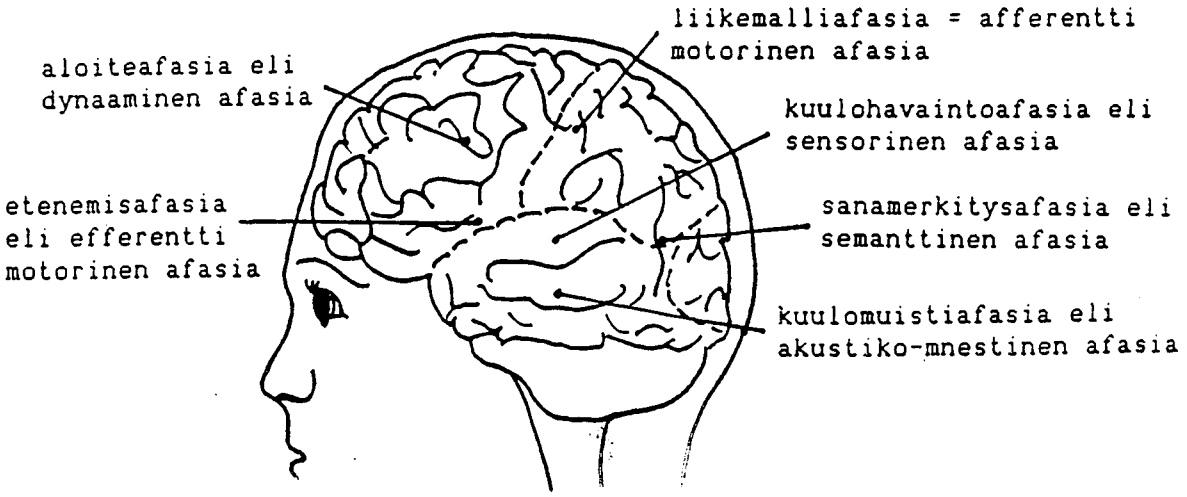
6. AFASIAN LOKALISAATIOSTA

Afasian lokalisaatiotutkimuksissa on ollut aikojen kuluessa monia suuntauksia. Ranskalainen anatomi P. Broca (1861) totesi, että vasemman aivopuoliskon kolmannen frontaalipoimun takaosan vaurio aiheuttaa artikuloidun puheen häiriintymisen, ja esitti oletuksen, että tällä alueella "sijaitsevat" sanojen motoriset kuvat. Saksalainen psykiatri K. Wernicke (1873) totesi, että vasemman aivopuoliskon ylemmän temporaalipoimun takaosan vaurio jättää motorisen puheen ennalleen, mutta johtaa puheen ymmärtämisen häiriintymiseen. Hän oletti, että tämä aivokuoren osa on sensorisen puheen keskus.

Tällaiset yritykset paikallistaa psyykkisiä funktioita suoraan aivojen rajoitettuihin osiin innostivat tutkijoita (psykiatreja ja neurologeja). Viime vuosisadan 70-luvulta lähtien kliinisiin havaintoihin pohjautuva tutkimus osoitti, että aivokuoren rajoitettujen osien vaurioituminen johtaa ensisijaisesti tiettyjen "psyykkisten funktioiden " häviämiseen. Nämä löydökset saivat tutkijat erottamaan aivokuoressa osia, joita alettiin pitää "kirjoituksen keskuksena", "laskemisen keskuksena", "käsitteiden keskuksena" jne. Saksalainen psykiatri K. Kleist (1934) tiivisti nämä yritykset järjestelmäksi. Hän teki havaintoja ensimmäisessä maailmansodassa aivoihin haavoittuneista henkilöistä ja esitti ne yhteenvetona "lokalisaatio-teoriassa", jossa mutkikkaimmatkin psyykkiset funktiot paikannettiin aivokuoren rajoittuneisiin kohtiin. Yhtäältä esitettiin oikeutettuja epäilyjä siitä, voidaanko sellaiset mutkikkaat prosessit kuin puhe, kirjoitus, lukeminen ja laskeminen, puhumattakaan älyllisestä toiminnasta, ymmärtää pelkiksi synnynnäisiksi kyvyiksi ja etsiä niiden sijaintia aivokuoren rajoitetuista osista. Toisaalta klii-

nisten havaintojen yksinkertainen analyysi osoitti, että ei ole perusteltua yhdistää monimutkaisia psyykkisiä prosesseja suoraan aivokuoren rajoitettuihin osiin. Kävi ilmi, että häiriöt sellaisissa monimutkaisissa prosesseissa kuin puhe, kirjoitus, lukeminen ja laskeminen voivat syntyä sijainniltaan täysin erilaisista aivokuoren vaurioista, mikä jo sinänsä puhui sitä ajatusta vastaan, että psyykkiset funktiot voidaan kapeasti paikallistaa aivokuoren erillisiin osiin. Osoittautui, että aivokuoren rajoitettujen osien vahingoittuminen säännönmukaisesti johtaa häiriöihin useissa psyykkisissä prosesseissa, jotka ensi näkemältä ovat aivan erilaisia. Niinpä vasemman ohimolohkon vaurio aiheuttaa mm. puheen ymmärtämisen häiriintymistä, sekaannusta kirjoittamisessa ja vaikeuksia sanojen löytämisessä, kun sen sijaan vasemman aivopuoliskon kuoren päälaen-takaraivon alueen vaurio aiheuttaa avaruudellisen orientaation häiriintymistä, laskemisvaikeuksia, kyvyttömyyttä ymmärtää mutkikkaita loogis-kieliopillisia suhteita (vrt. semanttinen afasia) ja useita muita niihin liittyviä älyllisen toiminnan häiriöitä (Luria, 1979).

Kuvio 1: Afasian lokalisaatio häiriöryhmittäin



Viimeisten 40 vuoden aikana tältä alalta on saatu varsin runsaasti uutta tietoa entistä tehokkaampien tutkimusmenetelmien kehittymisen myötä (Lehtihalmes, 1982).
Taulukkoon 1 on koottu pääpiirteissään eri afasiatyyppeihin liittyvät neuroanatomiset löydökset. (ks. Liite 4).

Pitkään oltiin sitä mieltä, että vasen hemisfääri yksinään vastaa kielellisestä toiminnasta.
Viime vuosikymmeninä on kuitenkin todettu, että oikean aivopuoliskon vauriot aiheuttavat varsin runsaasti häiriöitä kielen prosodisissa ja affektiivisissa piirteissä (Ross, 1979). Aivojen neuroradiologisten tutkimusmenetelmien kehittyminen, erityisesti tietokonetomografian, on tuonut esiin kokonaan uusia afasiamuotoja, joita on kuvattu subkortikaalisten, aivojen sisäosien vaurioiden yhteydessä (esim. Naeser, 1982; Kirschner, 1982; Jonas, 1982).

Eri tyyppisiä häiriöitä on kuvattu hyvinkin läheltä toisiaan olevien vaurioiden aiheuttamina, kuten esim. thalamuksen (Vilkki, 1979; Cappa, 1979), basaaliganglioiden (Damasio, 1982), capsula internan ja putamenin (Naeser, 1982) ja nucleus caudatuksen (Metter, 1982). Potilasaineistot näissä viimeksimainituissa tutkimuksissa ovat kuitenkin olleet niin pieniä, ettei ole syytä tehdä kovin laajoja yleistyksiä niiden perusteella. Kokonaan uudentyyppisen lähestymistavan afasian lokalisaatiotutkimuksiin on antanut aivojen toimintaa kuvaavien tutkimusmenetelmien kehittyminen, erityisesti aivojen alueelliseen verivirtaukseen perustuva tutkimus (Larsen, 1978) ja positroniemissiotomografia (Metter, 1981) näyttävät hyvin lupaavilta menetelmiltä tutkittaessa nimenomaan sitä, mitä aivoissa afasian ilmettyä tai sen kuntoutuessa tapahtuu.

7 AFASIAN PARANEMISESTA JA ENNUSTEESTA

Afasian spontaanista paranemisesta ja sen luonteesta on suhteellisen vähän dokumentoitua tutkimustietoa (Keretsz, 1979). Usein on kuitenkin todettu, että valtaosa paranemisesta tapahtuu kolmen ensimmäisen kuukauden aikana(esim. Wertz, 1981, Kertesz, 1977). Tämän jälkeen paraneminen hidastuu, mutta esim. Mohr (1980) kuvasi aivovammapotilailla kielelliskongnitiivisten kykyjen paranemista vielä vuosikausia sen jälkeen, kun potilaan motorinen (esim. hemiplegian) paraneminen on pysähtynyt. Numminen (1991) kertoo sairastuvuuden vähentyneen viime vuosikymmenten aikana. Tämän on osittain arveltu johtuvan parantuneesta verenpainetaudin hoidosta. Myös kuolleisuus on hieman pienentynyt. Kuitenkin edelleen neljä kymmenestä sairastuneesta kuolee vuoden kuluessa. Tämä johtuu lähinnä akuuttivaiheen aikaisesta korkeasta kuolleisuudesta aivoverenvuotoon ja lukinkalvon alaiseen verenvuotoon. Aivoinfarktipotilaiden pitkän ajan ennusteeseen vaikuttavat paitsi aivoinfarktin mahdollinen uusiutuminen myös sepelvaltimotauti ja muut sydänsairaudet. Aivoverenkiertohäiriön vuosittainen uusiutumisriski on noin 1:10. Sairastumista seuraavien kolmen kuukauden jälkeen noin 2/3 potilaista asuu kotona ja on itsenäisiä päivittäisissä toiminnoissaan. Vuoden kuluessa kotiutuneiden määrä edelleen kasvaa jonkin verran. Sairastuessa työssä olleista joka kolmas palaa takaisin työhön. Afasian **syyllä** on todettu olevan yhteyttä paranemiseen. Aivotraumapotilaat paranevat yleensä aivoverenkiertohäiriöpotilaita nopeammin ja paremmin (Kertesz, 1977). Aivoverenkiertohäiriöissä taas aivojen sisäisen verenvuodon ennuste on parempi kuin aivoinfarktin, edellyttäen kuitenkin, että potilas selviää akuuttivaiheesta, jossa kuolleisuus on selvästi suurempi kuin aivoinfarkteissa. Aivokasvainten yhteydessä afasian paraneminen riippuu kasvaimen laadusta ja siitä, pystytäänkö kasvain poistamaan tai sen leviäminen pysäyttämään.

Afasian **vaikeusaste** on läheisessä yhteydessä eri afasiamuotoihin. Vaikean afasian määrittely vaihtelee ja näin on saatu ristiriitaisia tuloksia afasian vaikeusasteen suhteesta paranemiseen (mm. Demeurisse, 1980; Kertesz, 1977). Erityisesti nuorilla traumapotilailla on akuuttivaiheessa vaikea arvioida afasian ennustetta ilman tarkkaa ja laaja-alaista tutkimusta, kokeiluluontoisen kuntoutusjakson aikana tehtyjä havaintoja ja pitkäaikaista käytännön kokemusta. Tutkimustulokset myös eri afasiatyyppien paranemisesta vaihtelevat jossain määrin. Mohrin

(1980) mukaan traumapotilailla paranivat ekspressiiviset afasiamuodot sensorisia paremmin. Kertesz (1979) esittää, että paras enuste olisi anomisessa ja konduktioafasiassa sekä transkortikaalisissa afasiamuodoissa. Hyvin yleisesti on todettu, että globaalilla afasialla on kaikkein heikoin ennuste (esim. Kertesz, 1979; Demeurisse, 1980). Mutta tämän afasian osalta on sikäli mielenkiintoinen ja muista poikkeava paranemisprosessi, että varsinainen paraneminen saattaa alkaa selkeimpänä vasta puolen vuoden kuluttua sairastumisesta (Sarno, 1981). Afasiatyypit saattavat myös jossain määrin muuttua paranemisen myötä ja anominen afasia on hyvin yleinen parantuneen afasian muoto miltei riippumatta siitä, mikä afasiatyyppi potilaalla on akuuttivaiheessa ollut (Kertesz, 1979; Määttä, 1996). Luonnollisesti afasian vaikeusaste riippuu myös siitä, kuinka laaja aivovaurio on ja kuinka syvälle aivojen sisäosiin se ulottuu. Lisäksi on lukuisia muita tekijöitä, joilla todennäköisesti on vaikutusta afasian paranemiseen. Eisenson (1981) kuvasi yhteenvedossaan, että vasenkätisyydellä tai molempikätisyydellä olisi edullinen vaikutus paranemiseen. Paraneminen on myös sitä täydellisempää mitä vähemmän potilaalla on häiriöitä visuaalisissa, auditiivisissa tai motorisissa järjestelmissä. Potilaan ikä vaikuttaa myös paranemiseen, nuorilla ennuste on yleisesti ottaen hieman vanhuksia parempi, mutta on muistettava, että yksilöllistä vaihtelua esiintyy varsin huomattavasti. Jos potilaan älykkyys ja koulutustaso ovat keskimääräistä korkeammat, on myös afasian ennuste hieman parempi. Potilaan realistisuudella ja kyvyllä korjata virheitään on myös huomattavan edullinen vaikutus paranemiseen.

Afasian paranemiselle on esitetty useita teoreettisia perusteita. Kielellisten toimintojen on arveltu siirtyvän osittain vahingoittumattoman aivopuoliskon vastaaville alueille (Cummings, 1979). Lurian (1969) mukaan kielelliset toiminnot organisoituvat uudelleen aivostossa paranemisen myötä. Bach-y-Rita (1981) esittää paranemisen perustaksi vahingoittumattomista hermoista tapahtuvaa versomista vaurioituneelle alueelle, sekä toisaalta myös käytöstä poissaolleiden hermoyhteyksien avaamista. Afasian paranemista tutkittaessa on yleensä tutkittu enemmän kielellistä kuin toiminnallista paranemista. Vielä vähemmän on tutkittu niitä vaikeasti mitattavia seikkoja kuten potilaan itsetunnon palautumista kuntoutuksen ja paranemisen edetessä, sitä miten hän kokee taas itsensä yhteiskunnan täysivaltaiseksi jäseneksi ja miten hän tulee toimeen omaistensa ja ystäviensä kanssa. Salonen (1994) on Afasia- ja aivohalvausliiton piirissä tutkinut perheen kriisiä yhden sen jäsenistä sairastuttua afasiaan.

8 KUNTOUTUKSEN VAIKUTUKSESTA

Useiden tutkijoiden mielestä afasiaterapian vaikutuksen tutkimisessa on erittäin suuria ongelmia. Wertz & al. (1981) mainitsee pääongelmina eettiset syyt muodostettaessa vertailuryhmiä, lukuisat vaikeasti kontrolloitavissa olevat biografiset ja lääketieteelliset muuttujat sekä spontaanin paranemisen osuuden toipumisessa. Darley (1982) on koonnut yhteenvedon yli 60 vuoden ajalta tehdyistä kuntoutustutkimuksista. Yhteenvedossaan hän pyrkii vastaamaan afasiakuntoutuksen keskeisiin kysymyksiin olemassa olevan tutkimustiedon perusteella:
- Suurin osa afasiapotilaista paranee merkitsevästi kielellisellä kuntoutuksella. Vertailtaessa

hoidettuja ja hoitamattomia potilaita on havaittu että merkitsevästi paremmat kielelliset tulokset eri testeillä mitattuna saavutetaan hoidetuilla potilailla
- Kielellisten toimintojen elpyminen liittyy selvästi kuntoutukseen, eikä voida olettaa sen johtuvan pelkästään spontaanista paranemisesta.
- Kuntoutuksen elvyttävä vaikutus ulottuu myös käytetyn ärsykemateriaalin ulkopuolelle. Tapahtuu sellaistenkin leksikaalisten yksiköiden yleistymistä, joita ei ole harjoiteltu. Kuntoutus ei kuitenkaan ole opetustapahtuma, vaan stimuloiva ja uudelleen integroiva prosessi, joka helpottaa varastoituna olevan kielen käyttöä.
- Kielellisen toiminnan kuntoutuminen on pysyvää. Useissa tutkimuksissa edistymistä on havaittu aktiivisen kuntoutuksen jälkeenkin.
- Aikainen kuntoutuksen aloittaminen takaa merkitsevästi paremman edistymisen kuin myöhään aloitettu kuntoutus. Tämä ei kuitenkaan merkitse sitä, etteikö myöhemminkin aloitetulla terapialla olisi merkitystä kieleen.
- Mahdollisimman hyvän tuloksen saavuttamiseksi täytyy kuntoutuksen jatkua useita kuukausia.
- Kuntoutuksen tulee olla tiivistä, mieluiten päivittäistä tai jopa useita kertoja päivässä tapahtuvaa.
- Potilaan ikä ei välttämättä meritsevästi rajoita tai edistä afasian paranemista.
- Afasian tyyppi ei näytä selkeästi määrittävän kuntoutuksen tuloksellisuutta, mutta afasian alkuperäinen aste ja etiologia näyttävät olevan ratkaisevia tekijöitä hoidon tuloksellisuuteen.
- Usean negatiivisen vaikuttajan yhdistyminen voi mitätöidä kuntoutuksen.
- Kuntoutus vaikuttaa myös potilaan asenteeseen sairautta kohtaan, itsetuntoon, tunneelämään ja sosiaalisiin kontakteihin. Edistymisen myötä potilaan ahdistus, depressio ja syrjäänvetäytyminen lieventyvät ja potilas rohkaistuu mahdollisimman täysipainoiseen elämään vammastaan huolimatta.

Afasiapotilaille ja heidän omaisilleen ovat sopeutumisvalmennus-, kuntoutus- ja virkistäytymiskursseja järjestäneet mm. Afasia- ja aivohalvausyhdistysten liitto ry., Raha-automaattiyhdistys, Suomen sydäntautiliitto ry. sekä KELA.

9 AFASIAPOTILAAN PUHETERAPIA

9.1 **Puheterapian määritelmä**

"Puheterapia on lääkinnällistä ja terapeuttista kuntoutusta, jonka tarkoituksena on poistaa, lieventää ja ehkäistä kommunikaatiohäiriöitä. Puhehäiriöillä/kommunikaatiohäiriöillä tarkoitetaan puheen, äänen, kuulon, lukemisen ja kirjoittamisen häiriöitä sekä kielellisen että eikielellisen viestinnän alueella. Kommunikaatiohäiriöt eivät ole selvästi rajattavia puhe-elinten

sairauksia, vaan erilaisten sairauksien, vikojen ja vammojen sekä niiden jälkitilojen oireita." (Kiesiläinen, Pietilä, Pousi, Pyyppönen et Riihimäki, 1990)

Puheterapian perustana on potilaan kielellisten häiriöiden ja säilyneiden taitojen arviointi sekä ääntöelimistön toiminnan tutkimus.

9.2 Puheterapia kokonaisvaltaisen kuntoutuksen osana

Afasiapotilaan kuntoutuksen sisältöä voidaan kuvata toisiaan seuraavilla tavoitteilla kielellisten taitojen palauttaminen, säilyneiden taitojen soveltaminen ja parantaminen, korvaavien viestintäkeinojen opetteleminen ja sopeuttava kuntoutus tapahtuu erikoistuneen kuntoutustyöryhmän yhteistyönä suunnittelemana ja toteuttamana. Kuntoutusryhmän toiminta on tuloksellisinta ja saumattominta silloin, kun jäsenet tuntevat toistensa työmuodot ja voivat ottaa muittenkin kuntouttajien tavoitteet huomioon omassa toiminnassaan. Kielellisten toimintojen kannalta tämä on erityisen tähdellistä, sillä kaikki kuntoutushan tapahtuu potilaan ja kuntouttajan välisessä kommunikaatioyhteydessä. Kuntoutus jakautuu eri vaiheisiin, jotka riippuvat häiriöitten laadusta, moninaisuudesta ja vaikeusasteesta, paranemistekijöistä, toimintojen ja niitten korvauskeinojen omaksumisen etenemisestä ja psyykkisistä kriisityö- ja sopeutumistekijöistä. Erityistyöryhmiä on vain suurimmissa keskussairaaloissa ja siksi niillä on tärkeä merkitys myös alueensa kuntoutuksen neuvojina, kokonaiskuntoutussuunnitelmien kehittäjinä ja kirjallisten ohjeitten laatijoina. (esim. Frey, 1981; Kalska, 1980; Nuutila, 1975; Salonen, 1981.)

Omaiset tarvitsevat potilaan hoidon alusta asti tietoa, tukea ja ohjausta, jota on saatavissa myös kirjallisena. Heidän osuutensa on kuntoutuksen kaikissa vaiheissa tärkeä, mutta korostuu potilaan siirtyessä kotihoitoon. Perhe joutuu usein kohtaamaan ongelmia, joitten ratkaisuun he potilaan kotiin siirryttyäkin tarvitsevat työryhmän apua (esim. Linell, 1981;Siirtola, 1982; Salonen, 1994).

Työssäni puheterapeuttina olen myös konkreettisesti todennut sen seikan, että omaisten mukanaolo on tärkeää alusta alkaen, mutta erityisesti potilaan siirtyessä sairaalasta avohoitoon. Niinpä Seinäjoen sairaalan neurologisella kuntoutusosastolla onkin otettu käytäntöön vaikeampien afasiapotilaiden kotiuttamisvaiheessa palaveri, jossa ovat läsnä hoitava lääkäri, potilaan oma hoitaja, erityistyöntekijät (neuropsykologi, puheterapeutti, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, kuntoutusohjaaja ja askarteluohjaaja), potilaan omaisia sekä sosiaalipuolen edustajia (kodinhoitaja, kotiavustaja tms.). Tässä tilaisuudessa on potilas itse myös mukana. Tämä on demokraattinen hoitomuoto, jossa myös potilaalle annetaan mahdollisuus vaikuttaa häntä koskeviin päätöksiin. Se edellyttää kuitenkin potilaalta melkoista kypsyyttä kohdata omia ongelmiaan. Sen takia se ei sovikaan kaikille potilaille, varsinkaan sellaisille, joilla on vaikeuksia ottaa vastaan itseensä kohdistuvaa kritiikkiä. Näissä istunnoissa on kullakin asiantuntijalla tilaisuus esittää vuorollaan omat tutkimustuloksensa ja huomionsa sekä jatkohoitosuosituksensa potilaalle, tämän omaisille ja muille potilaan kotona selviytymisestä vastaaville tahoille, joilla on mahdollisuus esittää kysymyksiä sekä omia näkemyksiään. Niin ikään potilaan sairaalajakson aikana omaisilla on mahdollisuus tavata paitsi hoitohenkilökuntaa myös erityistyöntekijöitä. Tällöin voidaan jakaa erityisosaamista niihin todellisiin olosuh-

teisiin, joissa potilas tulee jatkossa elämään eikä vain toteuttaa sitä pelkästään kuntouttavien tahojen vastaanottotiloissa, jotka vastaavat lähinnä laboratorio-olosuhteita (Pachalska, 1991).

Liitteeseen 2 on koottu käytännön ohjeita, jotka helpottavat afasiapotilaan kanssa käytävää keskustelua ja edistävät keskinäisen vuorovaikutuksen kehittymistä. Niitä seuraten jokainen voi osaltaan vaikuttaa afasiapotilaan kuntoutumiseen.

Afasia- ja aivohalvausliiton tutkijan (Salonen, 1994) tekemän tutkimuksen mukaan omaiset toivat hyvin selvästi esille sen, että läheisen sairastuminen on muuttanut koko perhe-elämää paljonkin. Erityisesti työelämässä mukana olleet ovat kokeneet, että elämän kaikki suunnitelmat ja toiveet ovat kaatuneet. Toisaalta omaisten mielipiteistä näkyi myös positiivisuus elämää kohtaan. Sairauden kanssa on opittu elämään ja kotiin on luotu uusi rutiini, jonka muu perhe koki paljolti pelaavan sairastuneen ehdoilla. Vaikka toiminnalliset ja roolimuutokset perheessä ovat olleet suuriakin, lähes aina myös ratkaisut ovat löytyneet. Kaikkein vaikeinta heti sairastumisen alussa oli ollut sopeutuminen vaikeaan sairauteen ja sen mukanaan tuomiin muutoksiin. Miehillä vaikeudet liittyivät usein myös arkielämän käytännön järjestelyihin: kun vaimolla on vaikeita halvausoireita, miehet kokivat esimerkiksi kotitöiden tekoon liittyvät järjestelyt hyvin vaikeina asioina. Merkille pantavaa oli, että jos perheen ei koettu sopeutuneen sairauteen, koettiin myös, että sairastunut ei itsekään ollut sopeutunut. Miehet kokivat naisia useammin, ettei heillä ollut ketään, jonka kanssa he voisivat keskustella omista vaikeuksistaan. Niin ikään yli 65-vuotiaista lähes 80 % vastaajista ilmoitti, ettei heillä ole ketään, kenen kanssa keskustella vaikeuksistaan, vastaava osuus alle 65-vuotiaiden osalta oli noin 50 %. Mainittakoon vielä, että lähes 70 % niistäkin omaisista, jotka ilmoittivat, että sairastunut tarvitsee apua, ovat ilman ulkopuolista apua ja hoitavat sairastunutta itse.

Kodin ulkopuolelle kohdistuvassa toiminnassa oli myös **harrastustoiminnan** osalta tapahtunut muutoksia. Neljäsosalla perhelomakkeisiin vastanneista muutokset olivat harrastustoimintaa vähentäviä. Kokonaan niistä oli joutunut luopumaan 12 % vastanneista ja 11 % on rajoittanut harrastustoimintaansa lähinnä kodin piiriin. Myös **yhteydenpito ystäviin** oli vähentynyt. Miesten osalta ilmeni naisia useammin, että vastuu oli lisääntynyt ns. konkreettisissa asioissa, kun taas naiset kokivat vastuunsa lisääntyneen sosiaalisessa yhteydenpidossa.

9.3 **Puheterapeutin tehtävät ja roolit**

Puheterapiaa antavat puheterapeutit, jotka toimivat pääasiassa terveyden- ja sosiaalihuollon alueella kuten sairaaloissa, terveyskeskuksissa, päiväkodeissa, kasvatus- ja perheneuvoloissa, kehitysvammalaitoksissa ja erityishuollossa, kuntoutuslaitoksissa ja erityiskouluissa.

Puheterapeuttiseen kuntoutukseen kuuluvat kommunikaatiohäiriöiden tutkiminen ja terapia. Käytetyt menetelmät ovat erilaisia häiriöstä ja kuntoutukselle asetetuista tavoitteista riippuen. Puheterapeutin työnkuvaan kuuluvat lisäksi neuvonta, tiedottaminen, omaisten ohjaus, muun henkilökunnan kouluttaminen alan kysymyksissä, terapiamateriaalin muokkaus ja kehittäminen, lausuntojen antaminen ja yhteistyö eri ammattiryhmien edustajien kanssa. (Kiesiläinen, 1990).

Afasiapuheterapeutin tehtävät ja osuus kokonaiskuntoutuksessa vaihtelevat suuresti kuntoutusolosuhteista riippuen. Monipuolisen kuntoutustyöryhmän jäsenenä hän voi rajata työkenttänsä selvemmin 1) kielelliskognitiivisten ja kommunikatiivisten taitojen palauttamiseen ja kehittämiseen ja niitten puutteiden korvaamiseen ja 2) afasiaan liittyvien tai sen aiheuttamien toiminnallisten, sosiaalisten ja emotionaalisten ongelmien hoitoon. Mutta puutteellisissa kuntoutusolosuhteissa hän joutuu usein tulkitsemaan nämä tehtävät laajasti. Hän on afasian ja sen seurausten asiantuntija, joka ei hoida vain afasiaa vaan sen saanutta ihmistä.

Afasiapotilaan hoito on usein vaikeaa, koska potilas ei kykene tiedostamaan, tulkitsemaan ja kuvaamaan ongelmiaan. Hän menettää itsenäisen päätäntämahdollisuuden ja on vaarassa joutua manipuloivien päätösten armoille. Potilas on kuntoutettava kykeneväksi omaehtoisten ratkaisujen tekoon, ennen kuin hoito voi todella tapahtua hänen ehdoillaan. Luottamuksen saamiseksi puheterapeutin on löydettävä keinot selittää ongelmat ja perustella toimenpiteet. Potilaan tilanteeseen eläytyminen vaatii sekä kokemusta ja herkkyyttä että tietoa ongelmien luonteesta ja afasian sisäisestä maailmasta potilaitten ja omaisten kuvaamana (esim. Kainulainen, 1992; Pyyppönen, 1992; Rytisalmi, 1975).

Terapeutin rooli vaihtelee kuntouttavasta ja ohjaavasta asiantuntijasta psykoterapeuttiseen tukijaan, joka saattaa olla ainoa potilaan viestien tulkitsija. Hänen tehtävänään Chapey (1981) luettelee mm. asiakkaiden tunnistamisen ja valinnan, häiriöiden tutkimisen, kuntoutuksen, konsultaation, neuvonnan ja koulutuksen ja tutkimustyön (vrt. Kiesiläinen, 1990).

Potilaitten tunnistamisessa ts. erotteludiagnoosin tekemisessä voi joskus olla ongelmia päällekkäisten tai toisiaan muistuttavien häiriöitten suhteen. Dysarthria ja apraksia saattavat joskus muistuttaa toisiaan, sekavuustilaan ja dementiaan liittyy usein kielellisiä oireita, joiden merkitystä voi olla vaikea arvioida ja skitsofrenia saattaa muistuttaa joitakin afasiamuotoja (Darley, 1982).

Potilaitten kuntoutustarpeen arviointi on puheterapeutin keskeinen tehtävä, mutta potilaiden ja hoito-tavan valinta voi muodostua suureksi ongelmaksi siellä missä kuntoutusresurssit ovat vähäiset. Tämä on karua todellisuutta ainakin maamme pohjois- ja itäosissa, osittain muuallakin. Kuntoutuksen määrään, laatuun ja kestoon vaikuttavat potilaan häiriöiden lisäksi hänen tilanteensa, perheensä ja monet muutkin tekijät. Varsinkin harvaan asutuilla alueilla matkat asettavat jo omia konkreettisia rajoituksiaan puhumattakaan puheterapiapalvelujen saatavuudesta. Ja puheterapeutti voi siis esittää oman arvionsa potilaan kuntoutuksen tarpeesta ideaalitilanteessa, mutta viime täytyy kuitenkin olemassa olevat realiteetit ottaa huomioon. Usein niillä paikkakunnilla, joilla puheterapeutteja on niukasti, nämä harvat asiantuntijat joutuvat priorisoimaan asiakkaitaan, jolloin lähes poikkeuksetta lapsipotilaat menevät aikuispotilaiden edelle. Se on toisaalta ymmärrettävää mutta aikuispotilaiden kannalta valitettavaa. Mahtaisiko tähän tilanteeseen mitään yleisiä parannuskeinoja olla? Puheterapeuttien koulutusta lisäämällä saataisiin ainakin potentiaalista työvoimaa alalle lisää. Tietenkään ei työttömiä kannata kouluttaa tänne enempää. Kunnat eivät tunnetustikaan ole halukkaita perustamaan lisää virkoja, mutta meillä puheterapeuteilla on melko hyvät mahdollisuudet oman ammatin harjoittamiseen yksityisesti, joten huoli työpaikasta ei pitäisi olla kovin suuri. Puheterapeuttien ammattikunnassa ei ole onneksi niin paljoa työttömyyttä kuin koko maassa keskimää-

rin. Tietysti yksi keino puheterapiajonojen purkamiseen olisi ryhmäterapiamenetelmien rohkeampi käyttö.

9.4. Afasiapotilaan tutkiminen

Puheterapeuttinen afasiapotilaan tutkimus ei ole yksi, kertakaikkinen tapahtuma, vaan jatkuvaa tietoja laajentavaa ja tarkentavaa toimintaa, jonka sisältö ja tavoitteet vaihtelevat ja muuttuvat kuntoutuksen eri vaiheissa. Se muodostuu 1) **taustatietojen keräämisestä, 2) tutkivasta terapiasta** ja 3) **afasian tutkimiseen tarkoitettujen erityismenetelmien käytöstä.** Se alkaa alustavien tietojen hankinnasta ja tutkivasta terapiasta ja käyttää muodollisempia tutkimusmenetelmiä vasta kun potilaan voimat sen sallivat ja hän on tottunut puheterapeutin toimintatapoihin (Chapey, 1981; Darley, 1982; Kertesz, 1979).

Afasian tutkimukseen tarkoitettuja erityismenetelmiä käyttämällä saadaan tietoa afasian osa-, tausta- ja liitännäishäiriöistä, potilaan suoritustavoista ja -tasoista eri toiminnoissa, hänen toiminnallisesta suoriutuvuudestaan ja afasian seurausvaikutuksista. Näitä on sekä erillisten häiriöiden tutkimiseen että valmiina laajempina testikokonaisuuksina. Harvat testit täyttävät testeille sanan käyttäytymistieteellisessä merkityksessä asetettavia vaatimuksia: useimmiten ne ovat diagnostisia kokeita, kartoituksia tai karkeita mittareita. Tulosten tulkintaan vaikuttaa testin ja testaajan viitekehys.

Suomalaisten puheterapeuttien käyttämä testivalikoima on yksilöllinen, tilanteesta riippuva kokoelma diagnostisia kokeita, eri testien käännösten osia tai itse kehitettyjä menetelmiä. Yleensä mikään testikokonaisuus ei sellaisenaan palvelekaan koko puheterapeutin tutkimustarvetta, eivätkä ulkomaalaiset testitkään ole osoittautuneet niin kattaviksi, että yksinomaan niitä käyttäen voitaisiin saada luotettava ja monipuolinen kuva afasiasta.

Lurialainen laadullinen analyysi on kuntoutuksen kannalta monipuolisin ja informatiivisin afasian tutkimuksen keino. Se vaatii laajaa testipatteristoa, jonka avulla voidaan tehdä mahdollisimman kattava tulkinta kaiken tasoisista ja -laatuisista häiriöistä (esim. Christensen, 1979). Laadullista analyysia on vaikea saada muutosten mittaamiseen sopivaan luotettavaan standardimuotoon.

Muutoksen mittaamiseksi taas tarvitaan selkeyttä, tarkkuutta ja standardiutta. Toistuvaan mittaamiseen käytetty testi ei saa olla liian laaja, jottei testaus veisi liikaa aikaa ja olisi potilaalle liian rasittava, mutta ei myöskään liian suppea, ettei menetettäisi tärkeää tietoa. Ongelmana on ennen kaikkea se, kuinka saada samalla standardilla testausmenettelyllä riittävästi tietoa niin laajasti vaihtelevasta asiasta kuin afasia on. Saman mittarin olisi osoitettava sekä vaatimattomat muutokset täysin puhekyvyttömän potilaan suorituksissa että paraneminen työhön paluuta suunnittelevan yliopiston opettajan lievissä sananlöytämisen ongelmissa

Afasian testien laatimisessa on monenlaisia validiteetin ongelmia. Ennen kaikkea on vaikea jakaa kielellistä toimintaa sellaisiin osiin, että todella tiedettäisin, mitä osatekijöitä kulloinkin mitataan. Suomen kielelle on käännetty monia kansainvälisiä afasiatestejä, joista ensimmäistä,

Bostonin diagnostista afasiatestiä (BDAT) (Laine , Niemi, Koivuselkä-Sallinen & Tuomainen, 1986) ollaan parhaillaan julkaisemassa ja toisen, Western Aphasia Batteryn (WAB), standardiaineistoa (Kertesz, 1982) ollaan keräämässä.

Afasian seurantatesti (AS) (Tsvetkova, Akhutina & Pylajeva, 1987) on Suomessa vasta äskettäin käyttöön otettu, "lurialaista koulukuntaa" edustava patteristo. Se on kuitenkin tarkoitettu enemmän muutoksen seurantaa ja yleisluontoista diagnosointia varten kuin monipuoliseen laadulliseen analyysiin. Se on lyhyehkö, rakenteeltaan ja sisällöltään mielenkiintoinen ja kliinisen työn kannalta sen monet osatehtävät ovat osoittautuneet osuviksi. AS-testiä ei ole kuitenkaan vielä suomeksi standardoitu.

Token-testin (TT) (De Renzi 1977) taustalla ei ole erityistä teoriaa afasiasta. Se on laadittu tarkaksi, hyvin lievätkin afaattiset ymmärtämishäiriöt paljastavaksi tutkimusmenetelmäksi. Yksinkertaisuutensa ja tarkkuutensa ansiosta siitä on tullut kansainvälisesti tunnetuin ja yleisimmin käytetty afaattisten ymmärtämishäiriöiden testi. Testissä potilaan tulee osoittaa eriväristen, -kokoisten ja -muotoisten nappuloiden joukosta tavoitenappula väriä, muotoa ja kokoa ilmaisevien sanojen perusteella. Näitä tekijöitä vaihtelemalla saadaan muistin ja tarkan sanatulkinnan kannalta systemaattisesti vaikeudeltaan kasvava tehtäväjoukko ("Näytä punainen kuvio" - "Näytä suuri vihreä neliö ja pieni valkoinen ympyrä"), joissa otetaan huomioon myös kieliopillinen tulkinta ("Kosketa mustaa ympyrää punaisella neliöllä").

10. TUTKIMUKSEENI VALITUISTA MITTAREISTA

Tutkimukseeni olen valinnut päämittariksi Lempisen & Söderholmin (1986) lyhyen afasiatutkimuskaavakkeen, jonka luotettavuutta ja käyttömahdollisuuksia afasiapotilaan tutkimiseen on mm. M. Immonen selvittänyt (1988). Tämän mukaan Lyhyt afasiatutkimus on yhden vastaanoton aikana suoritettava tutkimus, joka on suunniteltu suomalaiseen käyttöön. Tutkimuksen avulla pyritään saamaan yleiskuva potilaan kielellisistä ja motorisista toiminnoista. Lähinnä lurialainen näkemys on tämän testin perustana. Tutkimus koostuu seitsemästä osatestistä, jotka ovat: orientoituminen, reseptiivinen toiminta, ekspressiivinen toiminta, lukeminen, kirjoittaminen, laskeminen ja artikulaatioelinten toiminta. Osioita on yhteensä 35. Lisäksi testiin kuuluu vapaamuotoisempi haastatteluosuus. Tutkimus vastaa siten pääpiirteissään muita yleisesti käytettyjä afasiatestejä. Tutkimuksen jokaiselle osiolle löytyy vastine jostakin muusta afasiatestistä.

Reseptiivisen osan reliabiliteetiksi saatiin 0.805. Tätä voitaisiin pitää riittävänä perustutkimukselle mutta Lyhyessä afasiatutkimuksessa on kyse lähinnä kliinisestä tutkimuksesta, joten reliabiliteetin olisi oltava parempi. Osan reliabiliteettia voidaan parantaa poistamalla huonot osiot tai siirtämällä asiayhteyteen kuulumattomat osiot muualle. Tällaisten toimenpiteiden vaikutus oli kuitenkin vähäinen.

Testin luotettavuutta parantamalla on mahdollisuus parantaa myös ennustevaliditeettia. Teoreettinen yläraja koko testille on 0.898 ja reseptiiviselle osalle 0.988. Tuloksia voidaan pitää lähinnä suuntaa-antavina. Tutkimusaineiston pienuus rajoittaa.

Testissä ei tutkita tiettyjä kielellisiä ominaisuuksia yksityiskohtaisesti, mutta se kattaa kuitenkin kaikki kielen pääalueet. Testauksen vaatima aika on myös kohtuullinen ja testimateriaali on helppokäyttöistä. Tutkimus ei sisällä tulosten tulkintaohjeita, joten sitä on vaikea käyttää diagnosointiin.

Tutkimukseeni valitsin alunperin 37 afaatikkoa, joista suurin osa karsiutui odotetusti pois: osa heistä on kuollut, osa kieltäytyi tulemasta tutkimukseen mukaan, osa on taitamattomuuttaan tai saamattomuuttaan jättänyt vastaamatta kyselykaavakkeeseen. Koehenkilöt on testattu ensimmäisen kerran puheterapiajakson alussa Lempisen & Söderholmin Lyhyellä afasiatestillä, mikä on toistettu puheterapiajakson päätyttyä. Täten voidaan selvittää, millä osa-alueilla koehenkilöt ovat parhaiten edistyneet puheterapiajakson aikana. Tämän lisäksi kukin koehenkilö on saanut kommunikointikykyä ja ilmaisutaitoa kartoittavan kyselykaavakkeen, jonka täyttämisessä ja palauttamisessa potilaalla on ollut lupa turvautua omaisen apuun. Potilaiden ja omaisten palautekeskustelua olen nauhoittanut kasetille.

10.1. **Tutkimuksen sisältö**

10.1.1. henkilötiedot, anamnestiset tiedot, muiden tutkimusten tulokset
10.1.2. orientoituminen – kolme osatehtävää
10.1.3. reseptiivinen toiminta – kymmenen osatehtävää
10.1.4. ekspressiivinen toiminta – seitsemän osatehtävää
10.1.5. lukeminen – neljä osatehtävää
10.1.6. kirjoittaminen – viisi osatehtävää
10.1.7. artikulaatioelinten toiminta – kaksi osatehtävää
10.1.8. kliiniset havainnot – yhdeksän havaintoaluetta

(Ks. Liite 1A ja B)

Tutkimuksen osiot on valittu siten, että ne kattavat kielellisen toiminnan alueet. Tehtävät etenevät osioissa lingvistisistä, motorisista ja kommunikatiivisista perusfunktioista kompleksisempiin ja helpoista vaativampiin.

10.2 Tutkimuksen käyttö

Lyhyen afasiatutkimuksen oikea käyttäminen edellyttää siihen paneutumista. Instruktioiden oikein antamisen, havainnoinnin ja suoritusten merkitsemisen lisäksi tutkittavan suoritusten tulkinta ja pisteytys tulee tehdä huolella annettujen ohjeiden mukaisesti. Tähän käytännön työ kouluttaa parhaiten. Tutkimuksessa käytetään pisteytystä 0-3. Tulos 0 tarkoittaa täysin oikeaa suoritusta, 1 lievää häiriötä, 2 kohtalaista häiriötä ja 3 vahvaa häiriötä tai kyvyttömyyttä suorittaa tehtävää lainkaan.

10.3 Kyselylomakkeella hankitut tiedot

Täydentääkseni tietoja afaatikkojen kielellisestä ja sosiaalisesta selviämisestä puheterapian päätyttyä lähetin 20 potilaalle kyselykaavakkeen, jonka olen saanut tamperelaiselta kolleegaltani. Tässä koetetaan selvittää potilaan rohkeutta käyttää puhetta erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa ja selviytyä niistä itsenäisesti. Potilaan tulee ympyröidä väittämien kohdalla luvuista 1...5 sen mukaan kuinka samaa mieltä potilas itse on väittämän kanssa (1 on täysin samaa mieltä ja 5 on täysin eri mieltä). Kyselykaavake on nähtävissä liitteessä 3.

11. RYHMÄTERAPIASTA

Puheterapia järjestetään useimmiten, varsinkin sairauden alkuvaiheessa, yksilöterapiana. Viime vuosina on kehitetty afasiapotilaiden tietokoneavusteista kuntoutusta, jolla erityisesti Ruotsissa on vankka jalansijansa. Useilla afasiapotilaita kuntouttavilla tahoilla on havaittu myös ryhmäkuntoutuksen hyöty afasiapotilaiden auttamisessa (vrt. Agranowitz & Boone, 1954; Bloom, 1962; Lapola & Marna, 1995; Pachalska, 1991). Ryhmissä voidaan turvallisesti harjoitella käytännön tilanteissa tarvittavia puhe- ja muita ilmaisutaitoja. Sairauden alkuvaiheessa kuntoutuksen on oltava tiivistä. Kuntoutumisen edistyessä potilas voi jatkaa omatoimisia harjoituksia kotona puheterapeutin antamien ohjeiden mukaan. Puheterapia aloitetaan yleensä jo potilaan ollessa sairaalassa kielellisten taitojen tutkimisella ja kartoituksella. Tämän jälkeen käynnistetään tehdyn tutkimuksen pohjalta tiivis puheterapia osastojakson aikana, joka kestää keskimäärin 1 - 5 viikkoa. Potilaan kotiuduttua pyritään puheterapiaa jatkamaan polikliinisesti keskimäärin seitsemän kuukauden ajan. Joidenkin potilaiden osalta puheterapia jatkuu useita vuosia. Tämän jälkeen potilaat ohjataan joko sairaalassa järjestettäviin afasiaryhmiin tai Afasia- ja aivohalvausyhdistysten toiminnan pariin.

Pachalska (1991) viittaa ryhmän neljään päästrategiaan: 1) kasvatukselliseen, 2) kommunikatiiviseen, 3) psykososiaaliseen ja 4) holistiseen. Ryhmäterapian perustavoite on parantaa afaatikon kykyä integroitua uudelleen yhteiskuntaan.

Kuntoutuslaitoksissa ryhmämuotoista kuntoutusta käytetään hyvin yleisesti. Kuntoutuslaitosten henkilökunta toimii kuntoutujaryhmien ohjaajana, vaikka sillä ei olekaan usein ryhmän ohjaamiseen tarvittavaa koulutusta. Ilmeisesti sitä ei ole vielä pidetty tarpeellisena, vaikka ihmistieteissä - etenkin psykiatriassa, psykologiassa ja sosiologiassa - tiedetään ryhmädynamiikan vaikuttavan kaikissa ryhmissä. Kurssityössä ryhmädynamiikka voi haitata tai edistää kuntoutusprosessia (Niemistö, 1994).

Jokaisella ryhmämuotoisella kuntoutuskurssilla on oma ryhmäprosessinsa, joka vaikuttaa kuntoutusjakson hyödyntämiseen. Sairaalassa potilas on hoidon kohde ja sairauden akuutissa vaiheessa usein passiivinen toimenpiteiden vastaanottaja. Kuntoutus vaatii taas kuntoutujalta aktiivisempaa osallistumista. Ryhmämuotoinen kuntoutus on paitsi taloudellista myös aktiivisuutta herättävä kuntoutusmuoto. Kuntoutujaryhmän haastaminen tavoitteelliseen toimintaan ei ole terveydenhuoltomaailmassa aivan yksinkertainen asia, sillä se vaatii usein myös työntekijän omien ajatuskaavojen ja asenteiden uudelleenarviointia.

11.1 **Ryhmän dynamiikka ja sosiometria**

Ihmiselämä on paljolti erilaisissa ryhmissä - perheessä, koulussa, työ- ja harrastusryhmissä - olemista, kehittymistä ja toimimista. Ihmisen persoonallisuus ei kehity irrallaan muista henkilöistä, vaan ihmissuhteiden kautta. Ryhmä on niin luonnollinen osa sosiaalista ympäristöä, ettei helposti tule ajatelleeksi siinä vaikuttavaa dynamiikkaa. Verkoston käsitteellä on yhtymäkohtia morenolaiseen sosiometrian käsitteeseen (Hale, 1985). Kuntoutujan kannalta verkoston käsite kuvaa hyvin niitä ryhmiä, joihin hän kuuluu kuntoutuskurssin ulkopuolella (perhe, työ, ystävät, asiantuntijat). Kurssiryhmät sinänsä ovat tietyssä mielessä suljettuja ryhmiä. Ne ovat olemassa tiettyä tarkoitusta varten ja niillä on tietty, rajallinen elinaikansa. Niillä on siten oma sisäinen sosiometriansa ja dynamiikkansa.

Sosiometria on laajempi käsite kuin verkosto. Sillä voidaan tarkoittaa yksilön ja ympäristön suhteita kuten verkostollakin, mutta sitä käytetään myös tietyn ryhmän jäsenten välisten suhteiden ymmärtämiseen. Sosiometria on näiden suhteiden tutkimista ja samalla näihin suhteisiin vaikuttamista (Williams, 1991). Pienryhmässä voidaan tutkia niitä rooleja ja suhteita, jotka auttavat ryhmän jäseniä kuntoutumaan.

Passiivinen vastarinta voi saada räikeitäkin muotoja, kuten myöhästely, poissaolot, mitätöinti, ryypiskely iltaisin. Ryhmä on tällöin Niemistön (1994) mukaan taistelu- ja pakoperusolettamustilassa. Kuntoutujilla on toki oikeus olla motivoitumattomia ja uupuneita, mutta on myös kohtuullista kuntoutustyöntekijöitä ja maksajaa kohtaan, että he suostuvat tarkastelemaan motivaatio-ongelmiaan. Juuri tällöin ryhmädynamiikka voi saada kuntoutusta tukevan suunnan.

11.2 Ryhmän käyttö

Ryhmää alettiin tietoisesti käyttää kuntoutuksessa vuosisadan alkupuolella. Yhdysvalloissa kokeiltiin supportiivista ryhmäterapiaa keuhkotauti- ja psykoosipotilaille. Varsinaisia ryhmän käytön kehittäjiä olivat mm. psykodraaman luoja, Jacob Moreno, kenttäteorioistaan tunnettu sosiaalipsykologi Kurt Lewin sekä psykoanalyysin pohjalta työskennelleet S. R. Slavson, S. H. Foulkes ja W. R. Bion. Varsinainen ryhmäterapioiden suuri suosio osui 60-luvulle. Nykyisin ryhmiä ohjataan erilaisista viitekehyksistä käsin. (Ohlsen, 1970; Ruitenbeek, 1975; Anthony & Foulkes, 1973; Marineau, 1989).

Ryhmän kanssa työskentely on yhteistyötä. Ryhmien valmiudet yhteistyöhön vaihtelevat. Ryhmän ohjaajan on syytä asettaa oma työskentelynsä realistiselle pohjalle, jottei altistuisi stressille ja uupumukselle (Salminen & Hanses, 1994; Barbour & Moreno, 1980). Pyrkimyksenä on, että ryhmästä tulisi väline jäsentensä hyväksi. Ryhmä voi kehittyä tavoitteellisesti työskenteleväksi ryhmäksi, joka käyttää itseään ja ohjaajia apunaan. Ryhmäterapiasta saadut kokemukset pätevät pitkälti myös kuntoutujaryhmissä.

Ryhmässä tapahtuu samaan aikaan useita ja eritasoisia prosesseja, joiden havaitseminen ja joihin vaikuttaminen sopivilla interventioilla vaatii taitoa. Ryhmän ohjaamisessa on kolme keskeistä tekijää: 1) ohjaajan henkilökohtainen valmius, 2) ohjaustekniikan hallinta ja 3) teoreettinen tieto.

Ryhmän ohjaamisen henkilökohtainen valmius kehittyy parhaiten oman ryhmäkokemuksen kautta. Ryhmän ohjaaminen ei onnistu kaavamaisella suoritteella, eikä ryhmädynamiikan hahmottamiseen riitä pelkkä älyllinen arviointi. Sisäinen valmius, spontaanisuus, mahdollistaa tilanteen mukaisen toiminnan. Ryhmän toiminnan ymmärtämisellä on merkitystä myös kuntoutuksen laatua arvioitaessa.

Ryhmädynamiikka viittaa voimiin ja jännitteisiin, jotka estävät tai edistävät ryhmän tavoitteita. Tällaisia voimia ovat mm. ryhmän kyky tarkastella toimintaansa, kiinteys, normit, ryhmäroolit, valta ja johtajuus, ryhmän koon vaikutus ja kehitysvaiheet. Jännitteitä ovat myös ryhmän jäsenten toisiinsa kohdistamat tunteet ja yllykkeet, kuten esimerkiksi kateus, pelko ja mielenkiinto sekä muiden jäsenten reaktiot näihin jännitteisiin.

Hedelmällisiksi ovat osoittautuneet W. R. Bionin käsitteet työryhmistä ja perusolettamusryhmistä (Bion, 1979). Työryhmätasoinen ryhmä kykenee tavoitteen mukaiseen toimintaan ja ryhmän jäsenet kantavat vastuunsa tehtävästään. Perusolettamusryhmä kuvaa ryhmän tilaa, jossa ryhmä ei suinkaan työskentele tavoitteellisesti, vaan tuhlaa aikansa erilaisiin vastarintamuotoihin, joita Bion on luokitellut käsitteillä riippuvuus-, taistelu- ja pako- sekä parinmuodostusryhmä. Riippuva ryhmä odottaa ryhmänjohtajan tekevän ratkaisut jäsenten puolesta. Näissä ohjaamissani afasiaryhmissä on ollut aineksia sekä työryhmiksi että riippuviksi ryhmiksi. Työryhmiä ne ovat olleet sikäli, että niissä on pyritty yhteisiin päämääriin, kummunikaatioon ja sosiaaliseen vuorovaikutukseen. Jotkut ryhmän jäsenet ovat olleet niin avuttomia, että ovat aina alistuneet ryhmän vetäjän päätöksiin – onhan jo näinkin vakava sairaus omiaan pas-

sivoimaan ihmisiä. Työryhmiä olen pyrkinyt tekemään niistä yrittämällä aktivoida ryhmäläisiä tavoitteelliseen toimintaan.

Vuorovaikutustilanteissa osapuolet haastavat toisiaan erilaisiin rooleihin. Rooli - vastarooli jäsentää kokonaisia toimintaketjuja aivan kuten transferenssin ja vastatransferenssin käsitteet jäsentävät vuorovaikutuksen tunnekokemuksia. Monet arkiset käyttäytymiskaavat voidaan nähdä erilaisten roolien ja niihin reagoivien vastaroolien toimintoina. Riippuva ryhmä haastaa passiivisuudellaan ja ihailullaan ohjaajansa tekemään aloitteita.

11.3 **Ryhmä oppimistilanteena**

Ryhmää voidaan pitää oppimistilanteena sekä afasiapotilaille että ohjaajille. Mitä afasiapotilaan pitää oppia? Potilaalle voidaan antaa jokin kielellinen tehtävä kuten luokittelutehtävä. Sopivaa palautetta ja vahvistusta antaen tätä voidaan pitää yksinkertaisena oppimistapahtumana. Toiseksi paljon tärkeämpi funktio tällä kielellisellä tehtävällä on saada potilaan kieli palautetuksi esimerkiksi rohkaisemalla potilasta käyttämään eleitä tai kirjoittamaan paperille aikomansa sanan alkukirjaimen. Kolmanneksi kommunikaatioyrityksiä voidaan vahvistaa sallimalla myös sopivien eleiden ja muiden ei-kielellisten kommunikointimuotojen käyttö. Tämä voi tapahtua sisäisen oppimisen muodossa, ja se voi tuottaa ryhmässä huomattavia tuloksia.

Mitkä sitten ovat menestyksellisen ryhmätyön tekijät, jotka saattavat johtaa korkeamman tason kielelliseen ilmaisuun ja parempaan sosiaaliseen selviytymiseen? Jokainen onnistunut kommunikointitapahtuma voidaan katsoa oppimistilanteeksi, jos se vahvistaa afasiapotilaan kommunikointiyrityksiä ja rohkaisee niihin jatkossakin. Bloom (1962) oli todennäköisesti ensimmäinen, joka pohti ryhmäterapian mahdollisuutta afasiapotilaiden oppimisteoriamallina. Hän kuvasi sitä oppimistilanteena, jossa yksilön kielellinen käyttäytyminen vaikuttaa ympäristöön tuottaen palautumisvaikutuksen sitä seuraavalla vahvistuksella. Täten afasiapotilaan käyttäytyminen on toisten henkilöiden väliintulolla vahvistettu. On tärkeää huomata, että Bloom päättäväisesti asetti vastuun ko. vahvistuksesta kaikille ryhmän jäsenille eikä vain terapeutille. Hän väitti ryhmäterapian olevan sosiaalisesti tehokkaampaa kuin yksilöterapian. Voidaan tietysti väittää, että yksilöterapiassa terapeutti voi yhtälailla antaa tehokasta vahvistusta kommunikointiprosessille. Silloin on kuitenkin helposti vaarana vahvistaa lähes kaikkia kielellisen ja ei-kielellisen ilmaisun muotoja, joita potilas käyttää. Tämä 'valikoimaton vahvistus' antaa vähemmän pysyvää palautetta suorituksesta ja voi jopa vahvistaa virheitä ja eitoivottua käytöstä. Terapeutin vahvistuksen korkea ennustettavuus voi jopa vähentää sen yleistä tehokkuutta.

Varhaiset oppimiskokeet ovat osoittaneet, että oppiminen on pysyvämpää silloin, kun vahvistus tulee harvemmin, ja mikä kerran on todella opittu ja mitä harvemmin reaktio on vahvistettu sitä vaikeampi sitä on sammuttaa (Adams, 1976). Tämä viittaisi siihen, että yksilöllisellä hoitojaksolla on potentiaalisesti heikommat oppimismahdollisuudet kuin pienryhmässä. Ryhmältä voidaan kaiken järjen mukaan odottaa harvemmin minkäänlaista vahvistusta. Tämä ei välttämättä aina pidä paikkaansa, mutta käytännössä näin todennäköisesti tapahtuu, koska ryhmän jäsenet kommunikoivat lähes jatkuvasti keskenään eivätkä muut ryhmäläiset lähes kään aina kuule tai näe, mitä joku ryhmässä yrittää sanoa. Tämä koskee lähinnä isompia ryh-

miä. Tämän luonnollisen satunnaistamisen lisäksi voidaan viitata siihen tosiasiaan, että suuri joukko ihmisiä reagoi asianmukaisesti afasiapotilaan kommunikointiyritykseen. Tämä seikka on kaikista voimakkain vahvistaja sosiaalisen ja kommunikatiivisen käyttäytymisen luomisessa. Oppimismallia voidaan ottaa edelleen toisten ryhmän jäsenten käyttämää ilmaisutapaa katsomalla. Toisen ryhmäläisen kyvyttömyys ymmärtää sitä mitä potilas on sanonut saattaa johtua puhetuotoksen vajavuudesta. Jo kauan sitten on on oppimistutkimuksella osoitettu, että tieto tuloksista helpottaa oppimista ja edelleen että kvantitatiivinen tieto tuloksista johtaa nopeampaan oppimiseen kuin kvalitatii-vinen tieto tai suoritus. Toisin sanoen mitä tarkempi suorituspalaute sitä tehokkaampi oppimisprosessi. Voisi sanoa niinkin, että ryhmässä toiset afasiapotilaat antavat kvalitatiivista palautetta jättämällä terapeutin tehtäväksi kvantifioida tätä tietoa edelleen potilaan suorituksen parantamiseksi. Sellaista tietoon reagoimista voitaisiin pitää vahvistuksena mutta se voidaan myös ymmärtää motivoivaksi elementiksi oppimisprosessissa. Käyttämällä kognitiivista oppimiskäsitystä (Adams, 1976) ryhmä tarjoaa ihannetilanteen, jossa potilas voi harjoitella strategioita ja työstää ratkaisuja ryhmän muilta jäseniltä saamiensa palautteiden pohjalta. Liberman ja Teigen (1979) viittaavat myös siihen tosiasiaan, että hyväksyvä, lämmin ilmapiiri terapiaryhmässä myös tuottaa oireenmukaista paranemista sekä rohkaisee ottamaan riskejä uusista ongelmanratkaisutilanteista selviämiseen. Kohosen kokonaisvaltaisen oppimisen mallia (Liite 8) voitaneen varsin hyvin soveltaa myös afasiapotilaiden oppimiseen (Kohonen, 1988). Tämä malli sisältää kaksi oppimisen dimensiota ja niihin liittyen neljä ääripäätä, jotka painottavat oppimista eri tavoin. Kokemuspainotteinen oppiminen on välitöntä, intuitiivista, avointa, tunnepainotteista ja luovaa oppimista, jossa ei pyritä ilmiön käsitteellistämiseen. Pohdiskeleva havainnointi korostaa ilmiön eri näkökulmien ja oman oppimisen reflektointia, jonka avulla ilmiö pyritään liittämään erilaisiin yhteyksiin ja samalla syventämään itsetuntemusta. Käsitteellistämisessä pyritään systemaattiseen ajatteluun, ongelmia ymmärtävään ratkaisuun ja sopivan säännön tai teorian muodostamiseen. Looginen ajattelu pyrkii tässä olemaan tunteiden edellä. Aktiivista toimintaa korostava oppiminen pyrkii etsimään toimivia käytännön ratkaisuja ja sovelluksia sekä muuttamaan asioita. Oleellista on päämäärähakuinen toiminta, johon kuuluu myös epäonnistumisen riskien ottaminen (Kolb, 1984).

Ketosen (1997) mukaan ryhmässä oppimiselle on tunnusomaista, että oppi tulee monesti jälkeenpäin. Tarvitaan aikaa ja sulattelua. Hän vertaa ryhmiä pulppuavaan lähteeseen - ne ovat kuin elämä itsessään. Toisten kanssa työskennellen aina voi oppia jotain uutta niin itsestään kuin toisista. Se on kannustava ja lupauksia antava näkymä. Samalla se muistuttaa omasta rajallisuudesta vaatien mielen nöyryyttä.

11.4. **Oman ryhmätyön toteutus**

Ryhmätyön sisältö riippuu lähinnä siitä, onko kysymyksessä sopeutumisvalmennuskurssilla toteutettu ryhmä, jossa on useita ohjaajia ja vastuu on jaettu useamman henkilön kesken vai onko kyseessä pelkästään yhden puheterapeutin johtama puheterapia- ja ilmaisupainotteinen ryhmä.

Sopeutumisvalmennusryhmissä pääpaino on sairauteen sopeuttamisessa: kohtalotovereiden tapaaminen ja heidän kanssaan sairauskokemuksista puhuminen on tärkeä 'henkireikä' afasiapotilaille, jotka liiankin usein joutuvat kokemaan avuttomuutta, erilaisuutta ja huonommuutta terveiden puhekumppaneiden seurassa.

"*Nyt olen kuin sivuraiteelle joutunut junanvaunu*", luonnehtii elämäänsä eräs afasiapotilas. Surutyö oman sairauden tiimoilta jatkuu pitkään. Sopeutumisvalmennuskurssilla on ainakin yksi psykologi, joka on asiantuntija surutyön ja sairauteen sopeutumisen alalla.

11.4.1. SOVA-kurssille sopivia harjoituksia ryhmissä:

* itsenäisiin päivittäisiin toimintoihin liittyviä harjoituksia (jopa siivoaminen)
* yksilöllinen ohjaus ja jatkohoitoehdotukset tarvittaessa rikkomatta ryhmiä
* toteutus ei ole terapiaa
* avustajat olisivat mukana tarvittaessa
* allasryhmät - useita avustajia - yhteinen ryhmäkokemus
* tanssileikkejä, piirileikkejä
* omaiset mukana: myös terve puoliso käyttää pyörätuolia
* ohjaajien playback: on tärkeätä myös ohjaajien saada vaihtaa mielipiteitä ja kokemuksia omasta työskentelystään
* roolileikit
* vapaa-ajan kunnioittaminen
* sopeutumisvalmennuksen syvin olemus
* yhdessä tekeminen, esimerkiksi musiikin kuvittaminen
* myönteinen, kannustava ilmapiiri - onnistumisen ilo
* kaikin keinoin pyritään tiettyihin tavoitteisiin
* yhteys muihin yhdessä tekemällä, esim. piirtämällä, maalauskilpailuilla tai sosiodraaman avulla

Tällaisen sopeutumisvalmennuskurssin ohjaajalla pitää olla oman ammatin rajat väljät, koska siinä ohjaaja joutuu vastaamaan moniin haasteisiin ja kysymyksiin, joita potilaat voivat esittää esimerkiksi jonkin lääkkeen sivuvaikutuksista, unettomuudesta, ruokavaliosta tai seksielämästä. Ohjaajan on tällöin viisainta toimia avoimesti ja myöntää rehellisesti tietämättömyytensä kehottaen potilasta / omaista kääntymään jonkun ko. asiantuntijan puoleen kysymyksineen. Psykologi on yleensä ollut kurssivastaava ja kaksi puheterapeuttia ovat ohjanneet omia ryhmiään. Yleensä on pyritty jakamaan afasiapotilaat kahteen eri ryhmään sen perusteella, onko potilaan afasia luonteeltaan ekspressiivinen vai reseptiivinen. Kummankin ryhmän ohjaaminen vaatii erityyppistä harjoitusohjelmistoa. Toisaalta sekaryhmätkin ovat toimineet. Hyvin puhuvat pystyvät yleensä huomioimaan hienosti heikommin ilmaisevia. Heikosti ymmärtäväkin voi kokea ryhmän turvallisuuden ja läheisyyden. Sosiodraamakursseista on koettu olevan paljon hyötyä. Tuntemusten, mielikuvien herättäminen onnistuu parhaiten tällaisen 'näyttelemisen' kautta. Aluksi afasiapotilaat ovat jäykkiä lähtemään mukaan tällaiseen draamatyöskentelyyn mutta useimmat heistä innostuvat siitä lopulta, kun ovat päässeet alkuun ja tutustuneet paremmin toisiin ryhmän jäseniin. Draaman avulla tätä tutustumista voidaan vielä syventää. Yh-

teinen, samanaikainen elämys lähentää ryhmän jäseniä toisiinsa. Pelkästään jo kuva voi antaa linkin johonkin tunteeseen tai kokemukseen. Esimerkiksi diakuvia on käytetty sekä kuvia maalaus-teoksista, voidaan myös asettaa pöydälle joukko lehtileikekuvia, joista kukin saa valita mieleisensä: Näin löydetään ankkurit omaan kiinnostukseen, omaan elämään. Katselutuokion jälkeen voidaan keskustella kuvista ja "palauttaa" mielikuvat - näin voidaan myös muistia harjaannuttaa. Voidaan käyttää vaikkapa korttipakkaa, joka sisältää erilaisia taidekuvia, luontokuvia tms., jotka kiertävät ryhmässä. Näistä tehdään valintoja, joista sitten keskustellaan. Tässä on huomioitava myös muitten ryhmäläisten myötäeläminen ja kommentti kykyjen mukaan.

Soittimia ja musiikkia voidaan käyttää puhumassa henkilön tuntemusten puolesta. Musiikkia ja ryhmässä soittamista voi kokeilla: Tässä on tärkeää huomata ryhmän yhteys ja oman yksilöllisen panoksen kokeminen. Tämä edellyttää ohjaajalta henkilökohtaista innostumista ja ennakkoluulottomuutta musiikkitehtäviin, jos mieli saada toiset innostumaan. Väkisin ei kuitenkaan kannata yrittää kuntouttaa afasiapotilaita musiikillisin menetelmin, jolleivät potilaat halua laulaa tai soittaa. (vrt. tapaus H).

"Joo, kyllä tämä on ollut ... minulle niin hyvä ... aina."
(P)

Aina positiivisesti ajatteleva (P) muistaa usein kehua niin puheterapeuttia kuin ryhmätovereitaankin omalla anomisella tyylillään. Musiikki on ollut hänelle aina läheinen harrastus, onhan hän soittanut vuosikausia orkesterissa rumpuja. Rytmitaju hänellä vaikuttaakin hyvältä, koskapa hän yhteislaulujen aikana naputtaa mielellään pöytään rytmiä, vaikka ei pystykään laulamaan mukana, korkeintaan hyräilemään.

Lähipiirin ihmissuhteita voi pyrkiä kuvaamaan assosiaatioilla, tuntemuksilla (sosiogrammi, jossa materiaalina kangastilkut tai erilaiset esineet). Luovat menetelmät tarjoavat paitsi kätketyn paljastamisen mahdollisuuden myös kätkeytymisen mahdollisuuden. Tärkeätä on pystyä välittämään itselle ja ryhmälle, että tämä kokeilu, tämä toiminta, ei ehkä nyt toimi: ei pitäisi jäykästi ottaa jotain juttua normiksi, ts. "tämä on aina hyvä juttu tähän". Esimerkiksi tapaus H, joka ei pitänyt musiikista lainkaan ja sai sen ilmaistuksi: *"Ei laulua, ei mitään musiikkia"*. Harmi vain, että hän näin sulki itseltään mahdollisuuden hyvän, kansainvälisesti ainoan todella hyväksytyn afasiaterapiamenetelmän käyttöön. Potilaan 'paras' ei aina välttämättä ole se, mitä kuntouttajat pitävät 'parhaana' vaan tärkein asiantuntija on viime kädessä potilas itse.

Aito kosketus on myös tärkeää: voidaan perustaa "voimapiirit" päät yhdessä, kädet yhdessä. Eri ammattiryhmät voisivat toimia ryhmässä enemmän yhdessä; loppujen lopuksi oma henkilökohtainen lähestymistapa on tärkeämpää kuin se ammatti, jota edustaa. Suhteellisen alussa voisi ryhmäläisiä pyytää piirtämään oma elämänkaari, jonka pohjalta voisi virittää keskustelua. Sovellettua sosiodraamaa voitaisiin toteuttaa esim. niin, että kukin ryhmäläinen saa olla vuorollaan sairaalaan tuleva potilas ja lääkäri/sairaanhoitaja. Toiminnallisia ryhmiä voitaisiin harrastaa (ruoanlaitto, siivous) niissä puitteissa kuin siihen on mahdollisuutta. Keskustelua voitaisiin herätellä maalausten tai kuvien pohjalta (ei välttämättä itse tehtyjä): se antaa kimmokkeita omien tuntemusten esiintuomiselle; keskustelu tunteista mahdollisesti helpottuisi.

11.4.2 **Illanvietto-ohjelmia, ideoita vapaa-aikaan**

* samat tavoitteet kuin koko kurssin toiminnassa
* vaihtoehtoja on tarjottava
* Myös omaisilla ja kurssilaisilla on ohjelmavastuuta. Joku voi lausua runon, esittää yksinlaulua tai onpa joku omaisista kirjoittanut peräti kronikan kurssin jäsenistä.
* Pienoisnäytelmiä voidaan esittää päiväryhmissä valmistellun harjoittelun pohjalta.
* Rentoutusharjoituksia voidaan ottaa ohjelmaan, myös kosketusrentoutusta.
* Senioritanssit istumatanssien muodossa soveltuvat hyvin afasiapotilaille.
* Pelit ja ohjattu ulkoilu on kesäaikaan joskus paikallaan.
* Tietokilpailuja voidaan pitää perinteisesti tai Trivial pursuit -pelin tyyliin.
* Vanhat, perinteiset seuraleikit voivat kokea uuden renessanssin näissä tilaisuuksissa.
* Mukautettua urheilua, esim. tikanheittoa, keilausta, bocciaa tms. voidaan harjoittaa kaikille vasemmalla kädellä.
* Takkailloissa voidaan tunnelmoida laulaen, vapaasti keskustellen, kummitusjuttuja kertoen ja makkaraa paistaen.
* Erilaisia retkiä ympäristöön, esim. teatteriin, taidehalliin tai museoon voidaan toteuttaa.
* Levyraati on usein hauska musiikin kuuntelun ja kritisoinnin foorumi.
* Isoa lattiapalapeliä voidaan yhdessä koota.

11.4.3 **Ideoita pienryhmätyöskentelyyn päivällä**

Puhumaton ryhmä/sekaryhmä; molemmat ovat toteutettavissa.
Tavoitteet on aina tehtävä selviksi itselle ja kurssilaisille (miksi "vain" pelataan).
Kurssilaisten omaa elämää pitäisi saada enemmän mukaan (harrastus/esineitä, valokuvia yms.). Osaamisen kokemuksia tulisi löytää.

"*Koko talven*
on sydämeni ollut mykkä,
puheeni on vetäytynyt tomuun.
Maan kuumat lähteet
ovat täyttyneet päivä päivältä.
Mitä tapahtuu?
Rupean puhumaan uudella kielellä
murtuneen maan raosta,
hiljaisemmalla kuin koskaan ennen.
Otan opikseni nöyrät kalliot,
kuuntelen, mitä ne puhuvat
illalla,
kun tuulet ovat iskeneet otsansa kiveen.

(Niilo Rauhala)

Miten on hiljaisuuden sietokykymme laita? Onko hyvä viettää välillä myös hiljaisia hetkiä?

* Nonverbaalisen kommunikaation harjoituksia
* Pantomiimia
* Arvaa mitä teen - eleitä ja ilmeitä, jotka perustuvat kuvaan
* Muotoilua, maalausta ja askartelua voi olla ohjelmassa

11.4.4 Ideoita työskentelyyn, kun ryhmässä on liikunnallisesti monentasoisia

* Allasharjoitukset
* Pallon käyttö tuo runsaasti variaatiomahdollisuuksia
* Moniottelut
* Sovelletut pallopelit, keilailu ja sähly
* Luontopolku, retket

Nämä ohjelmaideat on koottu osin Afasia- ja aivohalvausyhdistysten Liitto ry:n yhdessä OK-opintokeskuksen kanssa järjestämän koulutuspäivän materiaalista ajalta 26. 1. -91 sekä kirjoittajan oman kurssityöntekijäkokemuksen pohjalta.

Näillä sopeutumisvalmennuskursseilla on monipuolisemmat mahdollisuudet auttaa afasiapotilaita kuin pelkästään puheterapiaryhmillä: Siellä on mahdollisuus kysellä eri alojen asiantuntijoilta omaan sairauteen liittyviä asioita; toisaalta ohjaajien palavereissa voi joku ohjaaja kuulla kolleegaltaan sellaisia huomioita, joita ei itse olisi havainnut tai saanut muuten tietoonsa; myös hyviä vinkkejä ohjaustilanteisiin voi saada ohjaajakolleegoilta. Tällaisissa ryhmissä toteutuvat parhaiten kaikki ryhmän neljä päästrategiaa (Pachalska, 1991), joihin jo aiemmin (s. 20) viitattiin. Parhaiten näistä strategioista on mahdollista toteuttaa kohtaa 4, holistista strategiaa, mutta myös psykososiaalisen alueen kehittämiseen on täällä parhaat mahdollisuudet.

Liitteessä 6 on nähtävissä yksilöllisen toimintakyvyn tasot (Numminen. 1991).

Toimintakykymme perustan muodostaa psyykkinen suorituskyky. Sillä tarkoitetaan taitoja ja tietoja, joiden karttuminen ja säilyminen perustuu aivojen toimintaan. Tällaisia ovat mm. käden taidot sekä kyky puhua, ajatella ja muistaa. Persoonallinen toimintakyky puolestaan luo kehykset, joiden vahvuus, joustavuus ja uusiutuvuus tekevät mahdolliseksi selviytyä vastoinkäymisistä, sopeutua ja kokea mielihyvää menetystenkin jälkeen.

Sosiaalinen toimintakykymme tarkoittaa kykyä toimia yhteistyössä ympäristön kanssa. Yhteistyön vaatimia taitoja ovat mm. kyky tulla toimeen erilaisten ihmisten kanssa, kyky noudattaa yhteisiä sääntöjä, sekä kyky tehdä työtä ja antaa oma panoksensa yhteisten asioiden hoitamiseen.
Toimintakykymme kaikkine osa-alueineen muotoutuu jatkuvasti kokemustemme ja oman aktiivisen toimintamme myötä luoden edellytykset mahdollisimman rikkaaseen ja tasapainoiseen elämään.

Nämä sopeutumisvalmennuskurssit pidetään yleensä viihtyisässä ympäristössä, useimmiten jossain kuntoutuslaitoksessa, jossa on käytettävissä monenlaisia kuntoutus- ja virkistysmuotoja - sauna, uima-allas, solarium, hieronta ja kuntosali sekä iltaisin tanssia ja musiikki- ynnä muuta ohjelmaa. Lisäksi on tarjolla ulkoilu- ja liikuntamahdollisuuksia. Joskus näitä kursseja on toteutettu myös sairaalaympäristössä, mutta puitteet ovat siellä ymmärrettävistä syistä paljon askeettisemmat. Joillekin potilaille nekin saattavat merkitä hyvin paljon: Sairaalaympäristössä ei pystytä niin helposti vapautumaan - muistuttaahan se jatkuvasti akuuttivaiheen sairaalassaolosta, johon voi liittyä paljonkin ahdistavia kokemuksia. Eräskin potilas kertoi, kuinka hän ei sairaalassa ollessaan saanut ilmaistuksi, että häneltä puuttui hammasharja. Kukaan ei ymmärtänyt, vaikka hän kuinka yritti asiaa ilmaista.

Sairaalan sisäisenä toimintana olen jo useiden vuosien ajan ohjannut afasiaryhmiä pelkästä henkilökohtaisesta mielenkiinnosta. Joskus on kuntoutusohjaaja tai psykologi tullut mukaan yhteistyöhön ohjaamaan omaisten keskusteluryhmää. Tämän toiminnan olen kokenut monessakin suhteessa mielekkäänä: onhan ryhmätilanne oppimisenkin kannalta, kuten jo aiemmin (kohta 11.3.) on tullut todetuksi niin paljon monipuolisempi kuin yksilöterapia. Näistäkin ryhmistä on tullut useimmiten myönteistä palautetta, ja afasiapotilaat ovat avoimesti pahoitelleet sitä, että ryhmä loppui liian aikaisin. Vaikka kokoonnutaan yleensä noin viiden kuukauden ajan kerran viikossa, useimmille se on liian lyhyt aika. Ei haluttaisi erota niin pian, kun on päästy hyvin tutustumaan ja koettu ryhmä turvalliseksi ja ehkä ainoaksi kodin ulkopuoliseksi puhekumppaniksi. Kuten tapaus I väittää:

> *"Minun mielestä...ryhmä on p-parhaiten auttanut puheeseen. Kyllä minulla vielä silloin, kun tänne tulin, oli vielä paljon sanoja kateissa...kyllä sitä paljon paremmin saa näin, kun ei jää yksinänsä murehtimaan. Iliman puheterapiaa minä en puhuisi näin tai sitten puhuisin vain puuta heinää. Kaikki on sellainen...ohjattu...on paljon parempaa kuin se että jää vain itsekseen yrittämään...ja pysähtyy pian niin, että tulee niin hiljainen poika ettei puhu mitään. Vaikka aluksi pystyinkin puhumaan, en saanut asiaa oikein sanotuksi, että sitä olisivat muut ymmärtänny...se sitten ihmetytti ja kiukutti, kun toiset ei mua ymmärtänny."*

Ryhmäterapian aikana I:n puhe kuitenkin selkiytyi, vaikka abstrakteimmat kielelliset ilmaisut ovat edelleenkin I:lle vaikeita. Hän osoitti ilmeistä mielihyvää huomatessaan hallitsevansa puheen paremmin kuin jotkut myöhemmin sairastuneet ryhmän jäsenet. Tässä hänelle palautui mieleen oman sairausprosessin alkuvaihe, josta hän tyydytyksekseen on jo melko hyvin parantunut. Toisaalta sairauden alkuvaiheessa olevat ryhmäläiset voivat saada uutta toivoa omaan parantumiseensa kuunnellessaan miten pitemmälle ehtineet ovat kuntoutuneet. Siksi ryhmässä voi olla mielestäni eri vaiheessa olevia afaatikkoja, joskin ohjaajan tulee olla erittäin huolellinen ottaessaan ryhmään aivan hiljattain sairastuneita. Joillakin voi olla niin vaikea afasia, ettei ryhmä pysty heitä auttamaan, etenkin jos mukana on vaikeaa depressiota. Joskus voi kuitenkin jopa globaali afaatikko hyötyä ryhmästä, vaikka tuloksia saakin hänen kohdallaan odottaa pitempään kuin muilla - noin puoli vuotta (Sarno, 1981). Sopeutumisvalmennuskursseille suositellaan yleensä potilaita, joiden sairastumisesta on kulunut keskimäärin yksi vuosi.

Sairaalassa pidettäviin afasiaryhmiin on otettu eri paranemisvaiheessa olevia afasiapotilaita, joiden halukkuutta ryhmämuotoiseen kuntoutukseen on kysytty. Suurin osa on tullut polikliinisesti ja sairastumisesta on kulunut useita kuukausia. Ryhmää on tarvittaessa täydennetty osastojaksolla olevilla tuoreilla afasiapotilailla. Ryhmä koostuu 2-5 afasiapotilaasta ja vastaa pienryhmälle asetettuja kokokriteerejä. Ryhmän kokoontumistiheys on kerran viikossa tai joka toinen viikko riippuen ryhmän demokraattisesta päätöksestä.
Ihanteena olisi mahdollisimman homogeeninen ryhmä, mutta käytännössä sellaista harvoin saadaan kokoon. Toisaalta erilaisuus voi olla rikkauskin kuten ryhmässä, jossa tapaus T kannustaa ryhmäkumppaneitaan ilmaisemaan itseään sanomalla:

" Kyllä sinä varmasti osaat...Yritä nyt sanoa."

Tai sitten kuten tapaus E sanoi tapaus J:lle:

"Sinähän olet kovasti edistynyt."

johon J vastasi:

"Ei, kyllä se on paha, perkele."

Tämä 'paha'-sana toistuu J:n puheessa muutenkin hyvin usein, samoin kirosanat. J:llä on vaikea-asteinen komplisoitu afasia, johon liittyy häiriöitä dynaamisen, afferentin motorisen sekä akustis-mnestisen afasian alueilta. J asuu melko kaukana puheterapiapalveluista eikä halunnut jatkaa polikliinista puheterapiaa kotiuduttuaan sairaalasta. Vasta käytyään kuntoutuslaitosjaksolla ja saatuaan sieltä suositukset jatkaa puheterapiaa J on päättänyt paneutua asiaan uudella innolla.

Sensorisen afaatikon puhe kuulostaa usein samalta kuin viron kieli sitä osaamattoman suomalaisen korvassa: paljon kuuluu vieraita, lähes suomalaisia sanoja, mutta ne ovat siinä määrin suomen sanoista poikkeavia, että asiasisältö jää hämäräksi, vaikka intonaatio onkin suomen kieltä vastaava:

"Tässä jo noppas näkkiä, en tiiä onko näkkiä. Tähän menee anonsa ykisnään jättää poikoo. Tässä on luu lumpi ja pumppas län näin. Tän lähtee se luikkuma. Siin ke enen takana tällon klena. Aläntö tänte ja jossille tuoton tänö jammo luskille."

Tällainen puhe herätti kuulijoissa melkoista hilpeyttä, eivätkä muut ryhmäläiset voineet hillitä nauruaan. Herkempi puhuja olisi saattanut loukkaantua, mutta tämä rouva X nauroi itse mukana. Herra I sanoi nauravansa siksi, että puhe kuulosti samalta kuin hänen oma puheensa sairauden alkuvaiheessa. Herra J nauroi myös täysillä, vaikka hän on yleensä totinen ja hiljainen. Entäpä jos kyseinen rouva X olisi selvästi osoittanut loukkaantumistaan ryhmäläisten naurusta? Ohjaajan olisi ehkä pitänyt ryhtyä vielä perusteellisemmin selvittelemään nauramisen syitä, vaikka asianosaiset antoivatkin jo omat selityksensä. Jokaisen naurajan olisi pitänyt lisäksi esittää vähintään yksi hyvä puoli rouva X:stä. Ohjaajan vastuulla on estää kaikkinainen 'ryhmäkiusaaminen'. Jokaisen pitää voida tuntea olonsa turvalliseksi ryhmässä.

Esimerkki ryhmäohjelmista kymmenen kerran ajalta:

1.kerta: Tutustuminen ja esittelykierros. Ryhmän vahvuus on viisi henkilöä ohjaajan lisäksi kaikki muut pystyivät esittelemään itsensä paitsi herra J, jolla on niin kompleksinen ja vaikea-

asteinen afasia, ettei edes oman nimen tuottaminen onnistu ilman apua. Nyt herra J sai nimensä sanotuksi vasta sitten kun hänelle sanottiin nimen ensimmäinen tavu. Sama pätee kotipaikkakunnan ilmoittamiseen. Sitten lauletaan pari laulua yhdessä ja keskustellaan lopuksi laulujen sanoista ja niiden herättämistä muistoista ja ajatuksista.

2.kerta: Aloitettiin yhteislaululla, jota seurasi keskustelua. Tässä vaiheessa ei yleensä ole helppo virittää spontaania keskustelua, koska ryhmän jäsenet vielä vähän jännittävät toisiaan. Herra I ja rouva H ovat kotoisin samalta paikkakunnalta ja tuntevat toisensa jo ennestään. Heidän välilleen viriää keskustelua kotipaikkakuntaan liittyvistä asioista. Sovitaan yhteisistä pelisäännöistä ja tavoitteista: 1) Jokaisen tulee kuunnella toisia parhaan kykynsä mukaan 2) Jokaisen tulee vuorollaan osallistua keskusteluun tai ryhmätehtäviin parhaan kykynsä mukaan. Huom! kaikki keinot ovat luvallisia itsensä ilmaisemisessa: puhuminen, kirjoittaminen, ilmeja elekieli, piirtäminen tai kuvatulkki. 3) YYA-sopimus: Jokaisen tulee kohdella ryhmäkumppaneitaan ystävällisesti ja auttaa tarvittaessa. Yhteisenä tavoitteena on rohkeampi kommunikointikeinojen käyttö - kaikki vaihtoehtoiset kommunikointikeinot ovat "samalla viivalla" puheen kanssa. Pelaamme AVISTA-tietopeliä harjoitellaksemme tiettyyn luokkaan kuuluvan ja tietyllä kirjaimella alkavan sanan löytämistä mahdollisimman nopeasti. Se, joka ehtii ensin sanomaan haetun sanan, saa kortin. Se, joka saa eniten kortteja, on voittaja. Esimerkiksi nostetaan pakasta ensimmäinen kortti, jossa lukee 'puhdistusväline'. Sitten nostetaan seuraava kortti, josta katsotaan alkukirjain (= T). Hyväksytty sana on vaikkapa 'tiskirätti'. Rouva H keräsi eniten kortteja tässä pelissä.

3.kerta: Laulua. Keskustelua laulujen pohjalta. Keskustelua sairastumisen alkuvaiheista - nauhoitus. Ääninauhan kuuntelua ja kritiikkiä.

4.kerta: Äänen avausta venytys- ja haukotusliikkein sekä muminoita ja huulten päristelyä käyttäen. Jatkettiin joululauluilla. Tästä oli luontevaa siirtyä keskustelemaan joulunvietosta – millaisia perinteitä kullakin on ollut ja onko mikään joulu jäänyt erityisesti mieleen.

5.kerta: Joululauluja. Pikkujoulun vietto nyyttikestien periaatteella. Jokainen halukas sai tuoda kahvipöytään jotain tarjottavaa. Keskustelua lapsuuden joulunvietosta. Näkemiin ja Hyvän Joulun toivotukset.

6.kerta: Äänen avausta ja lauluja. Lehdestä leikattuja kuvia pöydälle asetettuna. Jokainen saa valita itselleen kaksi kaikkein läheisintä ja mieluisinta kuvaa, joista kukin vuorollaan saa kertoa pienen tarinan. AVISTA-peliä yksi kierros.

7.kerta: Videonauhoitus. Alussa laulettiin, sitten luin tarinan, jonka pohjalta keskusteltiin. Parhaiten sisältöä muisti herra T. Koetettiin keksiä vastakohtia adjektiiveille.

8.kerta: Laulua. Improvisointiharjoituksia: Kukin sai käteensä jotain toimintaa esittävän kortin, jota ei saanut näyttää toisille. Jokainen sai improvisoida kortissa esitettyä toimintaa ja toisten tehtävänä oli arvata/päätellä, mistä on kysymys. Synonyymiharjoituksia.

9.kerta: Levyraati. Kuunneltiin kasetilta erilaisia musiikkiesityksiä, joita kritisoitiin. Katseltiin 7. kerralla nauhoitettu video, osia siitä.

10.kerta. Lauluja. Sananlaskujen jatkamista ja selittämistä. Herra E ja rouva H pystyivät parhaiten ymmärtämään sananlaskujen kuvaannollisuutta ja ilmaisemaan ne sanallisesti. Loppukeskustelua ryhmäterapiasta. Nauhoitus. Kyselykaavakkeiden jako ja täyttöohjeet.

12 TAPAUSSELOSTUKSET

Tähän yhteyteen ottamani potilaat olen valinnut umpimähkään afasiaryhmiin osallistuneista potilaista. Kumpikin sukupuoli on edustettuna jokseenkin samassa suhteessa kuin afaatikkoja normaaliolosuhteissakin esiintyy eli seitsemän miestä ja kolme naista. Ikäjakautuma on 37-74. Niin ikään tässä esiintyy eriasteisia ja -tyyppisiä afasioita. Tapaukset M, T ja P ovat esiintyneet samassa ryhmässä, osan ajasta myös H. He ovat olleet ohjaamassani sairaalan afasiaryhmässä v. 1996. Tapaukset E, J, A ja I ovat myös olleet ohjaamassani sairaalan afasiaryhmässä v. 1997-1998. Tapaukset K ja N ovat olleet Seinäjoen sairaalan sekä Aivohalvaus- ja afasialiiton yhteistyönä järjestämällä viikonloppukurssilla Kauhajoen Asuulissa (= Invalidiliiton ylläpitämässä kuntoutuskodissa) v.1991. Tämä kurssi toimi lähinnä sopeutumisvalmennuskurssin periaatteella.

Tapaus 1

Sukupuoli: mies
Ikä: 74 v.
Sairastumisvuosi: 1995
Diagnoosi: 4273A Fibrillatio atriorum
4341A Infarctus cerebri l. sin.
Ammatti: eo. maanviljelijä
Harrastukset: puiden pilkkominen, veteraanityö

Anamneesi

Kyseessä on 74-vuotias aiemmin terve, eläkkeellä oleva maanviljelijä, jolla 1.8. on alkanut olla puhevaikeuksia, sekä ymmärtämisen että tuoton ongelmia. Käytän tästä potilaasta nimeä M. Potilasta on tutkittu neurologian puolella ja todettu pään CT:ssä vasemmalla temporo-occipitaalisesti laaja tuoreeseen infarktiin sopiva harventuma. EKG:ssä flimmerirytmi, jonka vuoksi on aloitettu Marevan-hoito ja suunniteltu rytmin siirtoa.

Alkustatus puheterapiassa

Puheterapia on aloitettu 7.8. ja sitä on jatkettu potilaan osastojakson aikana yksilöterapiana seuraavasti: 8.8., 9.8., 10.8.,15.9., 22.9., 29.9., 2.10., 9.10., 10.11., 21.11. ja 8.12.95. Vastaanotolle tulee erittäin asiallisen ja verkkaisen oloinen mieshenkilö, joka vaikuttaa myös erittäin myönteiseltä ja valoisalta. Lempisen & Söderholmin lyhyen afasiatestin mukaan M:n kielelliset taidot osoittavat seuraavaa:
Orientoituminen on paikan ja ajan suhteen lievästi häiriintynyttä, mutta henkilöiden suhteen M vaikuttaisi olevan täysin orientoitunut.
Reseptiivinen toiminta: Sanojen tunnistaminen esineistä ja kuvista sekä kehon osien nimien tunnistaminen on lievästi häiriintynyttä. Sanojen tunnistaminen lauseyhteydestä on keskiasteisesti häiriintynyttä. Lauseiden ymmärtämistaso on täysin kunnossa. M selviytyy yksinkertaisen suullisen ohjeen noudattamistehtävästä täysin moitteettomasti ilman vihjettä ja mallia.
Kehon tunnistaminen on kehon kaavan osalta lievästi häiriintynyttä, mutta kehon osien nimet sekä vasen-oikea-erottelu onnistuvat virheettömästi.
Auditiivinen erottelu on sanaparien osalta lievästi häiriintynyttä, mutta äänne- ja tavupareista M selvisi virheittä.
Auditiivisen muistin alueella näyttäisi olevan lievää häiriötä ja **semanttisten rakenteiden** hallinnassa vahvaa häiriötä.
Ekspressiivinen toiminta: M puhuu muutaman sanan lauseita melko hitaasti ja katkonaisesti. Usein se tärkein sana on kateissa ja M yrittää sitä selittää. **Automatismit** sujuvat kauttaaltaan virheettömästi. **Toistamistehtävät** äänteiden osalta osoittivat lievää häiriötä, samoin lauseiden osalta, mutta sanat M toistaa täysin virheettömästi.
Nimeämistehtävissä on lievää häiriötä. Sen sijaan **lauseiden tuottaminen** kuvista kertomalla on täysin moitteetonta pientä hitautta ja katkonaisuutta lukuun ottamatta.
Sanasujuvuuden alueella on eläinten luettelemisessa lievää häiriötä, p-alkuisten sanojen ja adjektiivien luettelemisessa häiriö on jo vahvaa.
Lukeminen sujuu melko mukavasti, mutta luetun sisällön muistaminen tuottaa jo ongelmia keskiasteisen häiriön verran. Oman nimensä M **kirjoittaa** täysin selkeästi ja ymmärrettävästi mutta kuvion jäljentämisessä on jo huomattavia vaikeuksia. Sanojen kopioinnissa vaikeudet ovat keskiluokkaa. **Sanelukirjoitus** onnistuu äänteiden osalta virheettömästi, sanojen ja lauseiden tasolla on lievää häiriötä. **Laskemisessa** näyttäisi olevan lieviä vaikeuksia peruslaskutoimitusten suorittamisessa sekä paperilla laskemisessa.

Yhteenveto ja jatkosuositukset:

M on erittäin myönteinen, miellyttävä ja harvasanainen. Toisaalta hän pystyy arkikeskustelussa tuottamaan hyviä oivalluksia ja viljelemään jopa mehevää huumoria. Potilaan vaikeudet painottuvat semanttiselle alueelle, joten tällaiset puheen ymmärtämistehtävät tuottavat M:lle huomattavia vaikeuksia. Jonkin verran lievää nimeämisvaikeutta myös esiintyy varsinkin harvinaisempien sanojen suhteen. M kertoo osallistuvansa mielellään kotiaskareisiin ja näin syksyllä varsinkin peltotöihin. Näistä hän vanhana maanviljelijänä kertoo saavansa tyydytystä ja tuntee olevansa niissä hyödyksi. Harrastuksekseen M mainitsee erityisesti saunapuiden pilkkomisen vaimolle. Puheterapiaa olisi tarkoitus jatkaa ainakin kymmenen kerran verran, joten vielä jatketaan afasiaryhmässä M:n kanssa.

Potilas afasiaryhmässä

Käyntikerrat: 19.12.95, 2.1., 9.1., 16.1., 25.1., 1.2., 8.2., 13.2., 20.2., 27.2., 5.3., 21.3., 28.3., 2.4., 9.4., 16.4., 25.4., 30.3. ja 9.5.96, siis yhteensä 19 kertaa.

Potilaan käyttäytyminen ryhmässä:

M näyttää selvästikin viihtyvän ryhmässä. Hän osallistui mielellään yhteislauluihin, seurapeleihin ja -leikkeihin sekä keskusteluun. Vain muutamilla kerroilla M näytti olevan hiljainen syrjäänvetäytyjä mutta useimmiten hän oli myös keskustelun aloittaja osoittaen kiinnostusta muitakin ryhmän jäseniä kohtaan. Potilaan semanttinen häiriö haittasi kuitenkin selvästi eri sana- ja tietopeleissä selviytymistä. M:lle ei mennyt aina informaatio perille, ja hän saattoi käsittää tehtävän väärin. Kuitenkin M pystyi monessa tilanteessa keventämään tunnelmaa, ja hänen huumorinsa tarttui muihinkin. M:n suvaitseva ja suurpiirteinen suhtautuminen omiin vaikeuksiinsa oli varmasti esimerkkinä monelle ryhmäläiselle, joka tuskaili omien vaikeuksiensa kanssa. Tässä on mainio esimerkki mallioppimisesta ryhmässä. M:ltä riitti kohteliaisuuksia niin ryhmän ohjaajalle kuin jäsenillekin. Esimerkkinä tästä kohteliaisuudesta mainittakoon se seikka, että joka kerta M pois lähtiessään kädestä pitäen kiitti ryhmän vetäjää siitä, että saa käydä täällä näin hyvässä terapiassa.

Loppustatus

Näin iäkkään henkilön ollessa kyseessä ei varsinaisissa testisuorituksissa (Lempinen & Söderholm) ole nähtävissä kovinkaan selvää edistymistä: Semanttinen häiriö on keventynyt vaikeasta keskiasteiseksi. Sanojen kopiointitehtävät onnistuvat niin ikään hiukan paremmin - vaikea häiriö on lieventynyt tälläkin alueella keskiasteiseksi. M:n tärkein rooli ryhmässä on ollut ryhmän vanhimpana näyttää esimerkkiä toisille, kuinka vaikeuksien kanssa voi oppia elämään ihmisarvoista elämää hyväksymällä itsensä sellaisena kuin on.
Haastattelukaavakkeen mukaan M pystyy kommunikoimaan pelkällä puheella mutta turvautuu joskus korvaaviin kommunikointikeinoihin (ilmeisiin ja eleisiin). M asuu vaimonsa kanssa kahdestaan mutta vierailee ahkerasti lastensa luona. Sosiaalisessa kanssakäymisessä M osoittaa kyselykaavakkeen mukaan suurempaa arkuutta ja vetäytymistä kuin miltä ryhmätilanteessa näytti, koskapa hän ei kuulemma hakeudu täysin vieraiden ihmisten juttusille, vaan antaa perheenjäsenten vastata mieluummin puhelimeen pysytellen itse syrjässä. Ristiriitaista kyllä, hän toisaalta väittää hoitavansa itse asioitaan puhelimessa tarvittaessa virastoihin sekä käy mieluimmin henkilökohtaisesti asioimassa tarvittaessa em. virastoissa, ja toisaalta hän väittää antavansa mieluimmin perheenjäsentensä hoitaa virastoasiat. Tämä ristiriita selittynee sillä, että M ei ole täysin ymmärtänyt täysin kysymyksen sisältöä, vaikka sen on omainen hänelle paperista lukien hänelle esittänyt. Ilmeisesti M kuitenkin antaa paremmin puhuvan seuralaisensa hoitaa asiat, mutta yrittää kyllä itsekin, jos ei ole muita paikalla. M kuuluu edelleen rintamamiesveteraanien yhdistykseen mutta ei osallistu mielellään kokous / yhdistyskeskusteluihin.

Tapaus 2

Sukupuoli : nainen
Ikä : 59 v
Sairastumisvuosi : 1990/9
Diagnoosi : 4310a Haemorrhagia intracelebralia cum hemiparesis l. sin. et aphasia
Ammatti: eo. konttoristi
Harrastukset: lukeminen ja posliininmaalaus

Anamneesi:

Kyseessä on aikaisemmin terve 59-vuotias kotirouva, jolle äkillisesti 14. 9. 90 on tullut vasemmalle intracerebraalivuoto, hemipareesi ja afasiaoireet. Ennen avioliittoa K on toiminut konttoristina - hänellä on merkonomin koulutus. K harrastaa lukemista ja posliininmaalausta.

Alkustatus puheterapiassa:

Puheterapiassa K on käynyt 26. 9. lähtien yhteensä 15 kertaa. Olen tutkinut K:ta Lempisen & Söderholmin lyhyellä afasiatestillä, jonka mukaan K:n **orientoituminen** on ollut alusta alkaen hyvää. Mitään epävarmuutta paikasta, ajasta tai henkilöistä K:lla ei näyttänyt olevan.
Reseptiivinen toiminta: Arkikeskustelu näyttäisi olevan K:lle helposti ymmärrettävissä ja toteutettavissa. Sanojen tunnistaminen esineistä ja kuvista sekä kehon osien nimien tunnistaminen sujuu virheettömästi, samoin sanojen tunnistaminen lauseyhteydestä. Ei myöskään sanallisten toimintaohjeiden noudattamisessa ilmene K:lla minkäänlaista häiriötä. Kehon tunnistaminen on OK, samoin vasen-oikea-erottelu. Auditiivinen erottelu sana- ja tavupareilla on virheetöntä, äännepareissa tulee kaksi virhettä seitsemästä: K kuuli O:n H:ksi ja Ä:n O:ksi. Auditiivista muistia mittaavat tehtävät K suoritti täydellisesti. Semanttisten rakenteiden hallintaa vaativissa tehtävissä esiintyi lievää häiriötä. Laajemman informaation ymmärtämistä vaativa tehtävä sujui virheettömästi.
Ekspressiivinen toiminta: Puhe on haastattelutilanteessa asiallista joskin hidasta ja kankeaa. Jonkin aikaa pitää sanoja miettiä ja suun asentoja hakea, ennen kuin lauseet saadaan kokoon. Automatismit sujuvat kuitenkin kohtalaisen hyvin niin numerosarjojen, viikonpäivien kuin kuukausienkin luettelemisen osalta. Kaikki toistamis- ja nimeämistehtävät sujuivat virheettömästi. Lauseiden tuottaminen onnistui hyvin. Kuvasta kertominen oli hiukan vaivalloista ja kankeaa, mutta onnistui kuitenkin, kun aikansa yritti. Sanasujuvuustehtävissä oli vahva häiriö. Tämä viittaa Lurian luokituksen mukaan efferenttiin motoriseen häiriöön, koskapa puhe kangertaa yksiköstä toiseen siirryttäessä.
Lukeminen onnistui K:lta muilta osin täysin virheettömästi, mutta kertomuksen yksityiskohtien muistaminen oli lievästi häiriintynyt.
Kirjoittaminen sujui K:lta sekä oman nimen osalta että kopiointitehtävissä täysin virheettömästi. Sanelukirjoituksessa tuli lievää häiriötä sana- ja lauseasteella.

Puheterapian toteutus

A. Yksilöterapiaa K sai 15 kertaa ajalla 26.9. - 14.11.90. Tänä aikana K:n kanssa tehtiin harjoituksia Tsvetkovan kielellisen kuntoutusohjelman mukaan lähinnä semanttisen ja efferentin motorisen häiriötyypin tehtävistä (Hänninen, Kaukovalta ja Kuikka, 1985). Semanttista häiriöaluetta lähdettiin kuntouttamaan visuomotoriikkaa vaativilla tehtävillä: samanlaisten ja erilaisten kuvioiden etsiminen ja löytäminen. Sittemmin edettiin sanojen luokittelutehtäviin. Tästä seurasi myös synonyymi- ja vastakohtatehtäviä. AVISTA-sana- ja tietopeli oli ahkerassa käytössä, sillä siinä pitää yrittää nopeasti keksiä johonkin luokkaan tietyllä kirjaimella alkavia sanoja. Tähän tuli mukaan myöskin sanasujuvuuden harjoitus. Harjoiteltiin myös tuttuja lauluja ja riimejä. K tuli mukaan laulamaan mielellään.

B. Ryhmäterapiaan K osallistui sairaalan ja afasiayhdistyksen yhteistyössä järjestämällä viikonloppukurssilla v. 1991, jossa allekirjoittanut toimi yhtenä työntekijänä. Kurssi käsitti kaksi viikonloppua sopeutumisvalmennusta, jossa potilaille ja heidän omaisilleen jaettiin tietoa afasiapotilaan elämään vaikuttavista teemoista. Psykologi, neurologi, puheterapeutti ja sosiaalityöntekijä luennoivat siellä. Tavoitteena oli afasiaan ja aivohalvaukseen liittyvän tiedon lisääminen ja sairastumiseen liittyvän elämäntilanteen käsittely koko perheen kannalta. Tiedonsaannin ja sairastuneitten ja omaisten välisen vuorovaikutuksen myötä afasian kanssa eläminen sujuisi edes jonkin verran helpommin. Terapiaryhmien tavoitteena oli rohkaista afaatikkoja itseilmaisuun ja omaisten ryhmässä kokemusten jakaminen ja oman itsensä kunnioittaminen ihmisenä eikä pelkästään afasiapotilaan rinnalla elävänä hoitajana. Tavoitteisiin pyrittiin alustuksin ja niiden pohjalta keskustellen. Ryhmäterapiatunneilla potilaiden kanssa käytiin läpi ongelmallisia asioita ja harjoiteltiin kaupassakäyntiä sekä rahan käsittelyä.

K puhuu suhteellisen hyvin - hän yrittää rohkeasti niin puhua kuin tehdä muitakin päivittäisiä toimia, esimerkiksi hän käy kaupassa ja pyöräilee. Autolla-ajo antaa lisää toimintakapasiteettia rohkealle naiselle. Ääntämisessä on jähmeyttä mutta rohkeus ja sisu auttavat eteenpäin. Puheterapiaa ei tarvitse pitemmälle jatkaa, sillä käytännön elämän aktiviteetit toimivat kuntouttajina. K:n puoliso on jäänyt hiljattain eläkkeelle, ja kiireisellä toimitusjohtajalla on nyt siis enemmän aikaa myös vaimolleen, jonka sairastuminen on myös tuonut mukanaan sopeutumista nykyhetkeen ja kiitollisuutta yhdessä eletystä elämästä. Nyt pariskunnalla on yhteistä aikaa etsiä elämän uusia ulottuvuuksia.

Loppustatus

Haastattelukaavakkeen antamien tietojen mukaan (Kyselylomake 1) K:n kirjoitustaito näyttäisi kohentuneen entisestään: Käsiala on koristeellista tekstausta. Tämän mukaan K pystyy kommunikoimaan pelkästään puhumalla ja uskaltaa hyvin asioida vieraiden ihmisten kanssa kaupoissa ja virastoissa. Täysin vieraiden ihmisten juttusille K ei kylläkään hakeudu mielellään. Myös puhelimessa asioiminen sujuu K:lta, ja hän pyrkii itse hoitamaan omat asiansa. Kuitenkin K kokee edelleen, että hänen on vaikea saada suunvuoroa tuntemattomien seurassa. Tuttavien/omaisten seurassa K:n on hieman helpompi saada suunvuoroa. K kuuluu paikalliseen afasiayhdistykseen osallistuen säännöllisesti kerhoiltoihin. Täällä vertaistensa parissa K käyttää puheenvuoroja suhteellisen mielellään, mutta virallisemmassa yhteydessä puheen pi-

täminen saa jäädä. Puhetaitoaan K pitää nykyisellään hyvänä. Afasiatestin mukaan K:n ymmärtämispuoli on jo täysin kunnossa myös mitä semanttisten rakenteiden hallintaan tulee. Tuottamispuolella sanasujuvuudessa on enää lievä häiriö. Lukeminen ja kirjoittaminen onnistuvat jo loistavasti, samoin laskeminen. Tässä on esimerkki suhteellisen hyvin parantuneesta afasiapotilaasta. Entä mitkä mahtoivat olla tämän potilaan hyvään ennusteeseen vaikuttavat tekijät? Niitä olivat 1) afasian syynä aivoverenvuoto, mikä on tutkijoiden mukaan (esim. Salonen, Lehtihalmes ja Klippi, 1983) ennusteen kannalta parempi kuin aivoinfarkti, 2) koulutus- ja älykkyystaso -onhan potilaalla hyvä keskiasteen ammattikoulutus ja observoinnin perusteella näyttäisi olevan nopea äly, 3) harrastuneisuus - onhan potilaalla oppimista edistävä harrastus, lukeminen, 4) henkilökohtaiset ominaisuudet (realistisuus ja kyky korjata virheitään).

Tapaus 3

Sukupuoli: mies
Ikä: 66 v
Sairastumisvuosi: 1995/3
Diagnoosi: 4340A Infarctus cerebri l. sin. cum aphasia
Hypertonia arterialis cum MCC et insuffisience cordis
Flimmer atriorum
Ammatti: eo. mielisairaanhoitaja
Harrastukset: kotityöt ja lenkkeily

Anamneesi: Kyseessä on 66-vuotias eläkkeellä oleva mielisairaanhoitaja, joka on sairastanut verenpainetautia jo pitkään. Ensiapuun T on tuotu 17.3.95 sekavassa tilassa. Oireet selittyvät aivoinfarktin pohjalta. CT:ssä nähdään laaja temporo-occipitaalinen vasemmanpuoleinen infarkti.

T asuu vaimonsa kanssa kahden ja harrastaa kotitöitä ja lenkkeilyä sekä kauppareissuja Viroon ja Venäjälle. Olen tavannut T:n vaimon puheterapian alkuvaiheessa ja keskustellut tämän kanssa T:n elämäntilanteesta, puhevaikeudesta sekä siihen suhtautumisesta. Vaimon mukaan T on aina ollut itsepäinen jopa jääräpäisyyteen saakka. Lisäksi T on vaimon mukaan luonteeltaan määräilevä mutta myös hauska ja huumorintajuinen savolaiseen tapaan. Vaimon mielestä hänen ja T:n väliset konfliktit ovat johtuneet suurelta osin eri heimoluonteiden erilaisuudesta: pohjalainen ja savolainen eivät kuulemma aina ymmärrä toisiaan. Sairastumisen alkuvaiheessa T:tä vaivasi lisäksi melko syvä depressio.

Alkustatus

Puheterapia on aloitettu yksilöterapiana 22.3. ja jatkettu sitä 1.6. saakka. Käyntikertoja on kertynyt 16. Afasiatestin mukaan T on hyvin orientoitunut niin aikaan, paikkaan kuin henkilöihinkin.
Reseptiivisen toiminnan puolella sanojen tunnistaminen esineistä sekä kehonosien nimien tunnistaminen on lievästi häiriintynyttä. Sanojen tunnistaminen lauseyhteydestä sujuu sen sijaan virheettömästi, samoin yksinkertaisten suullisten ohjeitten noudattaminen. Kehon tunnis-

taminen on kehon kaavan osalta lievästi häiriintynyttä, kehonosien nimitykset ovat T:ltä vahvasti hukassa . Vasen – oikea erottelu sujui virheettömästi. Auditiivisen erottelun puolella on sanapareissa lievää, äännepareissa keskiasteista ja tavupareissa vahvaa häiriötä. Tässä ilmeisesti väsymysilmiö heikensi suorituksia loppua kohti. Auditiivisen muistin alueella on keskiasteinen häiriö. Semanttisten rakenteiden hallinnassa on vahva häiriö, kun taas laajemman informaation ymmärtämistehtävästä T selvisi lievin häiriöin.

Ekspressiivisen toiminnan puolella on havaittavissa seuraavaa: Automatismit sujuivat numerosarjojen osalta virheettömästi, viikonpäivien ja kuukausien luettelemisessa oli vahvaa häiriötä. Toistamistehtävissä häiriöaste syvenee pitempiin yksiköihin mentäessä; äännetasolla häiriö on lievä, sanatasolla keskiasteinen ja lausetasolla vaikea. Tämä viittaisi akustismnestiseen afasiatyyppiin, jossa kuulomuistin lyheneminen asettaa omat rajoituksensa suorituksille. T:n puheesta on vaikea saada selvää osittain sen nopean sokellusmaisen tempon vuoksi. Tavut vaihtuvat ja korvautuvat jonkin verran sanoissa. T:llä on selvästi myös afferenttia motorista häiriötä, koskapa hänen on vaikea löytää oikeita ääntöasentoja aloittaakseen puheen oikein.
Kirjoittaminen ei onnistu edes oman nimen osalta kunnolla - ainoastaan alkukirjaimet osuvat kohdalleen.
Lukeminen tuottaa vaikeuksia jopa kirjainten tunnistamisessa.

T:llä on siis vaikea-asteinen, komplisoitu afasiatyyppi, johon sisältyy aineksia semanttisesta, Akustismnestisesta, sensorisesta ja afferentista motorisesta häiriötyypistä. Ennuste ei vaikuttanut kehuttavalta, varsinkin kun ottaa huomioon vaurion laaja-alaisuuden, häiriön kompleksisuuden, potilaan liitännäissairaudet sekä kohtalaisen korkean iän.

Puheterapian toteutus

T:n kanssa on tehty aluksi runsaasti ääntämisharjoituksia peilin edessä ja etsitty yhdessä oikeita ääntöasentoja. T on osallistunut harjoituksiin erittäin innokkaasti pyytäen puheterapeuttia näyttämään yhä uudestaan ja uudestaan oikean ääntömallin. Sitten on yhdessä laulettu tuttuja lauluja ja harjoiteltu lyhyitä puheilmaisuja rytmin ja melodian säestyksellä (vrt. MIT-menetelmä, Lehtihalmes, 1987). Tällä tavalla on koetettu vaikuttaa myös T:n 'ylinopeaa' puherytmiä hidastavasti. Niin ikään on harjoiteltu auditiivisen erottelukyvyn ja muistin tehtäviä.

Status puheterapiajakson lopussa

T on siis täysin orientoitunut niin paikkaan, aikaan kuin henkilöihinkin, sekä **puheen ymmärtämispuoli** on kuntoutunut seuraavasti: sanojen tunnistaminen esineistä ja kuvista sekä kehon osien nimien tunnistaminen onnistuu jo täysin puhtaasti, samoin sanojen tunnistaminen lauseyhteydestä sekä yksinkertaisten ohjeiden noudattaminen. Niin ikään kehon kaava on T:llä jo täysin hallinnassa sekä vasen-oikea -erottelu, jonka T hallitsi jo alussakin. Sen sijaan kehon osien nimien tuottaminen on edelleen vahvasti häiriintynyt samoin kuin alkuvaiheessakin. Auditiivisen erottelukyvyn alueella ei ole myöskään mitään muutosta alkutilanteeseen verrattuna havaittavissa. Sanojen merkityssisältö helpottaa ilmeisesti jonkin verran kuulemista, vaikka

sana yksikkönä onkin tavua ja äännettä pitempi. Sen sijaan auditiivinen muistisuoritus on T:llä parantunut jo sikäli, että hän pystyy jo muistinvaraisesti tuottamaan kaikki neljä yksikköä järjestyksessä, mikä vaaditaan virheettömään suoritukseen (vrt. alkutilanteen keskiasteinen häiriö). Niin ikään semanttisia rakenteita T hallitsee jo siinä määrin paremmin, että hänellä on enää lievä häiriö tällä alueella alkutilanteen vahvaan häiriöön verrattuna. Myös laajemman informaation ymmärtämistehtävän T pystyy jo suorittamaan täysin virheettömästi (vrt. alkutilanteen lievä häiriö).

Puheen tuottamispuolella automatismit sujuvat numerosarjojen oslta moitteettomasti kuten alussakin, viikonpäivien osalta on päästy lievän häiriön tasolle (vrt. alkustatuksen vahva häiriö) sekä kuukausien osalta täysin virheettömään suoritukseen (vrt. alkutilanteen vahva häiriö). Toistamistehtävissä sanojen toistaminen on jo täysin kunnossa sekä lauseiden toistamisessa on enää lievää häiriötä entisen vahvan sijasta. Nimeämistehtävissä on keskiasteista häiriötä. Lauseiden tuottaminen onnistuu jo täysin virheettömästi, kuvasta kertomisessa on vähän hapuilua. Sanasujuvuustehtävissä on vahvat häiriöt kaikilta osin.
Lukeminen onnistuu jo kirjainten tunnistamisen, sanan ja kuvan sekä lauseen ja kuvan yhdistämisen osalta täysin virheettömästi, sen sijaan kertomuksen muistamisessa on keskiasteisia vaikeuksia.
Kirjoittaminen sujuu jo täysin ymmärrettävästi oman nimen osalta: kaikki kirjaimet ovat kohdallaan. Kuvion ja sanojen kopioiminen onnistuu myös täysin, sen sijaan sanelukirjoituksessa on edelleen huomattavia vaikeuksia jopa kirjaintasolla. Sanoista ainoastaan 'maa'-sana onnistui. Lauseiden tasolle ei kannata vielä yrittääkään.
Laskeminen onnistuu numerot tunnistaen, peruslaskutoimituksissa tulos jää keskiasteisen häiriön puolelle, eikä laskeminen paperilla onnistu vielä lainkaan.

T:n käyttäytyminen ryhmässä

Ryhmäistuntoihin T osallistui syksyllä 1995 vain neljä kertaa, vaikka hänellä olisi ollut tilaisuus tulla sinne kymmenen kertaa. Hän oli kuitenkin useita kertoja poissa ilmoittamatta mitään ohjaajalle. Hän oli joskus sairaana ja huonovointisena jäänyt tulematta, joskus taas pelkästään unohtanut saapua. Kuitenkin T oli loppuvuotta kohti huomattavasti piristynyt: masennus oli poissa ja puhekin sujui jo kohtalaisesti. Sanahahmot tulivat entistä selkeämpinä, eikä dysgrammatismiakaan enää esiintynyt. Lauserakenteetkin alkavat olla kohdallaan. Laulettuamme aluksi yhdessä "Iltatuulen viestin" keskustelimme sen tiimoilta:

O: *"Millainen tunnelma oli laulussa?"*
T: "Kaihoisa."
O: "Mikä oli viestin sävy?"
T: "Ei välttämättä kovin iloinen."
O: "Kenelle viesti oli lähetetty?"
T: "Jollekin ystävälle."
O: "Valitettavasti ne nuoruudenystävät usein jäävät, eikä tule pidetyksi yhteyksiä."
T: "Niitä todella pitäisi hoitaa - jos vain hosuu ympäriinsä, ei tule suhteet hoidettua."

Toisaalta, vaikka T:llä on paras sanavalmius tässä ryhmässä, T:n puheessa on jonkin verran änkytyksen tapaista toistoa: Luettuani ryhmässä tarinan Mustasta sarvettomasta pässistä siitä virisi seuraavanlaista keskustelua:

O: *"Mistä tässä luetussa tarinassa kerrottiin?"*
T: "Mustan mustan..."
O: "Missä hevosia pidetään?"
T: "Pilkkuussa." (Tässä tuli vielä paralaliaa l. äännevaihtumaa)
T: "Minulle henkilökohtaisesti on vähän liian vaikeita vaikeita kysymyksiä."
O: "Onko teillä itsellänne ollut lapsena jokin lemmikkieläin?"
T: "Kyllä kesällä kesällä niinku pässi pässi oli kesällä ja ...ikäviäkin kokemuksia."

Yhteenveto ja jatkosuositukset

Kyseessä on siis 66-vuotias eläkkeellä oleva mielisairaanhoitaja, joka on maaliskuussa 1995 saanut aivoinfarktin, minkä seurauksena on ollut laaja-alaista, osittain vaikeaakin afasiaa. Kielellisissä toiminnoissa on kylläkin havaittavissa selvää kuntoutumista ainakin ymmärtämispuolella sanojen tunnistamisessa esineistä ja kuvista sekä kehon osien nimien tunnistamisessa ja auditiivisen muistin sekä semanttisten rakenteiden hallinnassa ja laajemman informaation ymmärtämisessä.

Tuottamispuolella on selvimmät edistysaskeleet olleet automatismeissa, sanojen ja lauseiden toistamisessa, mikä varmasti johtuu apraksian lievenemisestä. Myös kirjoittamisessa ja lukemisessa on edistytty selvästi. Niin ikään arkikeskustelussa T pärjää jo huomattavasti paremmin kuin aluksi. Selvän näytön omatoimisuudestaan T antoi sillä puheterapiakerralla, jolloin hän ilmaisi halunsa ostaa taulun työhuoneeni seinältä. Kaupat tehtiin siltä istumalta ja T osasi antaa pyytämäni rahasumman. Suurimmat häiriöt T:llä on edelleen sanasujuvuudessa sekä auditiivisessa erottelussa ja nimeämisessä. Näin ollen T:n afasiatyyppi on tässä terapian loppuvaiheessa yhdistelmä sensorista ja afferenttia motorista afasiaa. Alkuvaiheen akustismnestinen ja semanttinen häiriö ovat häipyneet.

Puheterapiaa on lähinnä toteutettu yksilöterapiana käyttäen hyväksi lurialaisia menetelmiä. Lisäksi T on osallistunut afasiaryhmän istuntoihin muutamia kertoja. Mainittakoon, että T on innokas osallistumaan ryhmätilanteessa laulamiseen ja keskusteluun sekä on hyvin kiinnostunut muista ryhmän jäsenistä. Ryhmässä T osoittaa aktiivisuuttaan ja aiemmin mainittua määräämishaluaan kehottamalla muita ja varsinkin hiljaisimpia ryhmäläisiä käyttämään puheenvuoroja. Avoimesti hän tunnustaa jotkut ohjaajan esittämät kysymykset liian vaikeiksi itselleen.

Puhetaitoaan T itse pitää keskinkertaisena. Eleitä hän kertoo käyttävänsä puheen tukena. Mielestäni T on yllättävänkin hyvin kuntoutunut kielellisesti ja toiminnallisesti - olihan hänellä aluksi heikko ennuste laajan ja vaikean aivoinfarktin takia. Ennustetta parantavina tekijöinä T:n tapauksessa voidaan pitää hänen henkilökohtaisia ominaisuuksiaan; aktiivisuutta, sisukkuutta ja uteliaisuutta. Häntä voidaan hyvällä syyllä sanoa 'mieheksi, joka kulkee omia polkujaan'. Noin puoli vuotta sairastumisestaan T on tehnyt yksin kauppamatkan Tallinnaan.

T on kuulemma aina ollut innokas Venäjän ja Viron matkaaja. Sairaskertomuksesta näin, että T on ollut vuoden 1997 loppupuolella sydämen ohitusleikkauksessa ja toipunut siitä hyvin.

Tapaus 4

Sukupuoli : Mies
Ikä : 37 v
Sairastumisvuosi : 1994/10
Diagnoosi : IC-vuoto vasemmalla, operoitu
Ammatti : Yrittäjä
Harrastukset : Shakki

Anamneesi

Kyseessä on siis 37-vuotias yrittäjä/rakennusmies, joka aikaisemmin on ollut terve. Kirurgian puolella on todettu hydronefroosi ja hydroureter molemmin puolin ja retentiorakko. Potilas on mennyt tajuttomaksi äkkiä 17.10. ja saman tien on tullut oikean puolen hemipareesi. Pään CT:ssä ICH vasemmalla, operoitu. Angiografioissa ei ole aneurysmaa (verisuonen pullistumaa) eikä malformaatiota (epämuodostumia). Craniotomian (kalloleikkauksen) jälkeen H:lla on ollut korkeita verenpainearvoja, mutta sittemmin on saatu tilanne rauhoittumaan. Oikean puolen raajoissa ei ole aktiivista liikettä. Istumatasapaino on huono. Aluksi H ei pystynyt puhumaan, sittemmin hän on sanonut jo muutaman sanan. H on poikamies ja asuu isänsä kanssa. Äiti on kuollut H:n ollessa 12-vuotias. Isän jäätyä leskeksi H on toiminut perheessä jonkinlaisena 'priimusmoottorina' huolehtien myös alkoholismiin taipuvaisesta isästään ja nuoremmista sisaruksistaan. H on oman ilmoituksensa mukaan opiskellut myös kauppaoppilaitoksessa, mutta en ole saanut mistään tarkistetuksi, onko hän saanut opintojansa päätökseen. Sittemmin H on työskennellyt rakennuksilla siihen saakka, kunnes on muutamien ystäviensä kanssa perustanut auton varaosia välittävän yrityksen.

Alkustatus:

Puheterapia on aloitettu 4.11.94, ja sitä on jatkettu potilaan osastojakson aikana 2-3 kertaa viikossa. Lempisen & Söderholmin afasiatestin mukaan **sanojen tunnistaminen esineistä, kuvista** sekä **kehon osien nimien tunnistminen** on lievästi häiriintynyttä. **Sanojen tunnistaminen lauseyhteydestä** sujui täysin virheittä. **Lauseiden ymmärtämistaso** osoitti lievää häiriötä, koskapa H pystyi vasta annetun mallin mukaan suorittamaan pyydetyn tehtävän. **Kehon tunnistaminen** osoitti keskiasteista häiriötä kehon kaavan hallinnassa, vahvaa häiriötä tuli esiin sen sijaan kehon osien nimien sekä vasemman ja oikean hallinnassa. **Auditiivinen erottelukyky** osoitti sanapareilla lievää, äännepareilla keskiasteista ja tavupareilla vahvaa häiriötä. **Auditiivisen muistin ja semanttisten rakenteiden hallinnassa** on vahva häiriö. Sen sijaan **laajemman informaation ymmärtämistehtävän** (Pierre Marien testi) H pystyi suorittamaan täysin virheettömästi.

Ekspressiivisen toiminnan alueella automatismit olivat vahvasti häiriintyneitä kaikilta osin. Sen sijaan toistamistehtävät H selvitti äänteiden osalta kaikki virheettömästi, mutta sana-

asteella tuli jo vahvaa häiriötä sekä lauseasteella keskiasteista häiriötä. Nimeäminen tuotti H:lle ylivoimaisia vaikeuksia. Ei myöskään kuvasta kertominen onnistunut vielä lainkaan. **Lukemisen** puolella H tunsi kirjaimista ainoastaan kaksi, mikä viittaisi keskiasteiseen häiriöön tällä alueella. Sen sijaan sanan ja kuvan yhdistäminen onnistui pitkän miettimisen jälkeen täysin oikein.

Puheterapiassa on laulettu tuttuja lauluja, mikä onnistuikin melko mukavasti H:lta jopa sanojen kanssa. Myös muita automatismeja on käyty läpi (numerosarjoja, viikonpäiviä ja kuukausia). Puhelottoa on pelattu, mikä onnistuukin H:lta jo kiitettävästi. Tässä yhteydessä H pystyy yhdistämään samanlaiset kuvat ja toistamaan perässä kuvien nimiä. Spontaani nimeäminen ei onnistu muuten kuin satunnaisesti. H:n puhetta haittaavat myös neuropsykologiset häiriöt, joista mainittakoon perseveraatio eli takertuminen sekä apraksia, joka ilmenee lähinnä vaikeutena löytää oikeita käden ja suun asentoja. Puheterapiaa H tulee tarvitsemaan pitkään, koskapa H:lla on laajat, syvät ja moninaiset häiriöt: H:n afasia painottuu lähinnä afferenttiin motoriseen afasiatyyppiin, mutta mukana on myös efferenttiä motorista, vaikeaa akustismnestista ja semanttista sekä keskiasteista sensorista afasiaa. Jo afferentin ja efferentin afasian yhdistelmä on omiaan heikentämään ennustetta huomattavasti (Hänninen, 1989) - kuinka heikko ennuste mahtaakaan olla, kun H:lla on vielä kaikki mahdolliset ymmärtämispuolen afasiatyypitkin edustettuina. Vaihtoehtoisia kommunikointikeinoja kannattaa tarjota H:n käyttöön, esimerkiksi kuvatulkkia. Mimiikka on melko niukkaa, joten sen varaan ei voi paljon asettaa. Ennustetta parantavina tekijöinä mainittakoon H:n nuori ikä sekä henkilökohtaiset ominaisuudet (rauhallisuus, sitkeys ja yritteliäisyys). Niin ikään musikaalisuudesta voi olla apua puheen tuottamispuolen korjaamisessa. Suunnitelmissa on tiiviimpi kuntoutusjakso Käpylässä. Osastohenkilökunta on saanut myös ohjeita H:n kuntouttamiseksi.

Puheterapian toteuttaminen jatkossa

H:n osalta puheterapiaa on jatkettu yksityisenä kuntoutusmuotona KELA:n kustannuksella noin kahdesti viikossa H:n kotiuduttua. H on ollut myös kokeilumielessä kaksi kertaa afasiaryhmässä, jossa muut ryhmän jäsenet ovat olleet huomattavasti H:ta vanhempia. Ehkä tuo ikä on painavin syy siihen, miksi H ei halunnut jatkaa ryhmässä pitempään. Vanhemmat ryhmäläiset ottivat hänet kuitenkin erittäin lämpimästi vastaan, mutta siitä huolimatta H tunsi itsensä vaivautuneeksi. Ehkä H:n ongelmat ovat sitä luokkaa, että ne vaativat yksilöllistä ohjausta. Noin kolmen kuukauden kuluttua sairastumisesta H:lla on ollut jonkinlaista paikallaan polkemisen aikaa osittain ehkä depressionkin takia. Depressio lienee taas seurausta siitä tosiasiasta, että kunto ei kaikesta kuntoutuksesta huolimatta palaudukaan ennalleen vaan invalidisoi H:n loppuiäkseen. Tähän karuun tosiasiaan törmääminen on ehkä lamaannuttanut H:n joksikin aikaa. H on kyllä tehnyt harjoituksensa tunnollisesti ja parhaansa mukaan mutta tämä alavireisyys on selvästikin haitannut tehtävissä edistymistä. Laulamaan H lähtee kyllä mukaan, mutta sanat eivät aina osu kohdalleen. Nuotissa H pysyy kuitenkin hyvin. TESHAR-puhelottoa on pelattu edelleenkin melko hyvällä menestyksellä. H:n kanssa on käyty läpi lähinnä keskustelunomaisesti kuulumisia sekä päivänkohtaisia tapahtumia. Puhelotossa on

harjoiteltu nimeämistä sekä auditiivista muistia. Perussanastoa aiheryhmittäin on käyty läpi, ja irtokirjaimista on koottu sanoja sekä mallin mukaan että vähitellen ilman mallia. Tämän tarkoituksena on ollut lähinnä äänteellisen erottelukyvyn parantaminen. Mainittakoon että H:lla on joskus sananlöytämisvaikeutta edelleenkin, mikä helpotta silloin kun H käyttää kynää ja paperia ja yrittää saada kirjoitetuksi hakemaansa sanaa. Useinkin jo alkukirjaimen kirjoittaminen paperille saattaa H:ta auttaa tuottamaan koko sanan. Laulamista H ei ole enää viime aikoina suvainnut lainkaan. Kuvatulkin olen räätälöinyt H:n käyttöön mutta se ei aina tahdo kulkea H:n mukana. Myöskään mitään teknistä apuvälinettä H ei ole halunnut ottaa käyttöönsä vaan haluaa sisukkaasti panostaa puheharjoituksiin.

Loppustatus

H on nyt täysin orientoitunut paikkaan ja henkilöihin sekä aikaan.
Reseptiivisen toiminnan puolella sanojen tunnistaminen esineistä ja kuvista sekä kehon osien nimien tunnistaminen sujui täysin virheittä, samoin sanojen tunnistaminen lauseyhteydestä sekä lauseiden ymmärtämistason tehtävä. Kehon kaavan H hallitsee jo täysin, samoin vasemman ja oikean. Sen sijaan kehon osien nimien tuottamisessa on lievää häiriötä.
Auditiivisen erottelukyvyn tehtävissä on sanapareilla täysin virheetön suoritus mutta äänne- ja tavupareilla on vielä keskiasteista häiriötä. **Auditiivisen muistin** alueella H yltää jo täysin riittävään suoritukseen (4 sanaa oikein järjestyksessä). **Semanttisten rakenteiden** hallinnassa on keskiasteista häiriötä. Laajemman informaation ymmärtämistehtävä sujuu virheettömästi kuten alussakin. Kaiken kaikkiaan reseptiivisellä puolella H on edistynyt huomattavasti.
Ekspressiivisen toiminnan puolella automatismit sujuvat viikonpäivien osalta täysin virheettömästi mutta numerosarjoissa ja kuukausissa H:lla oli vielä keskiasteista häiriötä. **Toistamistehtävät** sujuivat äänne- ja sanatasolla täysin virheettömästi, mutta lausetasolla on edelleenkin lievää häiriötä. Alussahan siinäkin oli vahva häiriö. **Sanasujuvuustehtävissä** on edelleenkin kautta linjan vahva häiriö. Tämä kuuluukin tähän efferenttiin motoriseen häiriöön, jossa on päävaikeutena yksiköstä toiseen siirtyminen. Tähän liittyy myös perseveraatiota.
Lukemistehtävästä H selviytyi sana- ja lausetasolla ja yllättäen jopa kertomuksen luvusta täysin virheettömästi mutta kirjainten tunnistamisessa oli pari virhettä. Auditiivinen erottelukyky ei ole vielä kunnossa. Kaiken kaikkiaan siis lukemisessakin H on huimasti edistynyt alkutilanteesta. **Kirjoittamisessakin** H on edistynyt sikäli, että hän pystyy jo kirjoittamaan koko nimensä oikein, mikä ei aluksi onnistunut lainkaan.

Yhteenveto ja jatkosuositukset

Kyseessä on siis 37-vuotias mieshenkilö, joka on aivoverenvuodon seurauksena saanut vaikean afasian ja oikeanpuoleisen hemiplegian.

Puheterapiaa on toteutettu pääosin yksilöterapiana sekä yksityisesti kotoa päin kahdesti viikossa. Matkaa on kotoa puheterapiaan n. 60 km. Näihin matkoihin on yhdistetty jumppa sekä neuropsykologinen kuntoutus. Puheterapiassa on yritetty parantaa H:n kommunikointitaitoja sekä verbaalisella ja nonverbaalisella puolella. On käytetty erilaisia sana- ja kirjainpelejä sekä Tsvetkovan afasiakuntoutusmenetelmää. Lähinnä tällä puolella on harjoitettu sekä afferenttiamotorista ja akustismnestista häiriötä. Näillä puolin onkin selvästi edistytty. Kaikkein

selvin edistyminen on havaittavissa puheen vastaanottopuolella sekä nimeämispuolella. Sen sijaan sanasujuvuus on edelleen vahvasti häiriintynyttä. Myös lukemisessa H on huomattavasti edistynyt. Niin ikään kirjoittaminen on käynyt entistä varmemmaksi. Mainittakoon lisäksi se seikka, että H:n olemus on kaiken kaikkiaan muuttunut myönteisemmäksi ja iloisemmaksi ja masennus näyttäisi olevan poissa. Tästä puolesta kertoo sekin, että H osaa viljellä myös huumoria ja käyttää silloin tällöin verbaalisia kujeita puheterapiatilanteissa kuten 'oravasta' puheen ollen H puhuukin 'kurresta'. Tästä voitaneen tehdä se johtopäätös, että H on sopeutunut tilanteeseen ja osaa ottaa sen myönteisellä tavalla. Kyselykaavakkeen mukaan H ei mielellään hakeudu täysin vieraiden ihmisten juttusille ja antaa mieluummin muiden vastata puhelimeen mutta yksin ollessa vastaa siihen kyllä vastentahtoisesti. H asioi mieluummin valintamyymälässä ruokaostoksilla, koska ei tarvitse siellä puhetta. Virastoasioita H ei hoida puhelimitse vaan käy niissä mieluummin henkilökohtaisesti. Jos H on eksynyt, hän kyselee epäröimättä vastaantulevilta tietä. H ei käy kokouksissa eikä pidä mielellään puheita. Seurassa H on hiljainen mutta vierailee suhteellisen usein tuttaviensa/ystäviensä luona. Puhetaitoaan H pitää huonona. Elekieltä H on ottanut enemmän käyttöönsä puheensa tueksi, samoin piirtämistä ja kirjoittamista. H on siis kuntoutunut odotettua paremmin puheen ymmärtämispuolen taidoissa, samoin lukemisessa ja kirjoittamisessa. Puheen tuottamispuolella on edelleen sanasujuvuudessa vahva häiriö, mikä olisi ehkä voitu korjata ainakin osittain MIT-menetelmällä ja ryhmäterapialla, joita molempia potilas itse vastusti. Viime kädessä siis vastuu kuntoutumisesta on potilaalla itsellään: mitään terapia- tai opetusmenetelmää ei aikuispotilaan kanssa voi toteuttaa vastoin kuntoutettavan omaa tahtoa. Tässä kohdin pätee siis Galilein kuolematon lausahdus: "Ihmiselle ei voi opettaa mitään - häntä voi vain auttaa keksimään se itsestään."

Tapaus 5

Sukupuoli: mies
Ikä: 71 v
Sairastumisvuosi: 1994/9
Diagnoosi: Infarctus cerebri
Ammatti: kauppias, eläkeläinen
Harrastukset: musiikki, marjastus ja penkkiurheilu

Anamneesi:

Kyseessä on 71-vuotias aiemmin terve kauppias, joka on syyskuussa 1994 saanut äkkiarvaamatta halvauskohtauksen. P:llä on kampaaja-vaimo sekä viisi aikuista lasta. Terveenä ollessaan P on ollut vilkas ja seurallinen: Hän on kyläillyt ja matkustellut aina mielellään jopa työnsäkin puolesta. Orkesterissa soittaessaan P on tehnyt myös usein keikkamatkoja eri tilaisuuksiin. P on ollut siis puhelias ja musikaalinen. Luonteeltaan hän on ollut aina myös valoisa.

Alkustatus puheterapiassa

P on ollut paikan suhteen aika selvästi 'hukassa' (=keskiasteinen häiriö). Aikaorientaatiossa oli lievä häiriö.
Reseptiivisessä toiminnassa on lievä häiriö sanojen, kuvien ja kehonosien nimien tunnistamistehtävissä. Virheetön suoritus oli sanojen tunnistamisessa lauseyhteydestä, lauseiden ymmärtämistasossa sekä kehon kaavan hallinnassa ja auditiivisen erottelukyvyn tehtävissä sanatasolla. Äännetasolla oli keskiasteinen häiriö ja tavutasolla vahva häiriö. Näissä viimeksimainituissa tehtävissä P:n apraksia saattoi omalta osaltaan heikentää tulosta. P ei pysty minkäänlaiseen toistavaan puheeseen. Auditiivinen muisti osoittautui riittäväksi: P hallitsi neljä perättäistä yksikköä. Semanttisten rakenteiden hallinnassa oli keskiasteinen häiriö, samoin laajemman informaation ymmärtämisessä.
Ekspressiivisen toiminnan puolella automatismeissa oli vahvat häiriöt, samoin kaikissa toistamis- ja nimeämistehtävissä sekä lauseiden tuottamis- ja sanasujuvuustehtävissä.
Lukeminen on onnistunut virheettömästi kirjain- ja lausetasolla mutta sanatasolla oli lievä häiriö ja kertomuksen lukemisessa vahva häiriö.
Kirjoittamisessa oli oman nimen ja sanelukirjoituksen tuottamisessa vahva häiriö sekä kopiointitehtävissä vahva häiriö.
Laskeminen ei onnistunut muuten kuin lukumäärien ja numeroiden tunnistamisen osalta.

Puheterapian toteutus

Koska P:llä on motorisella puolella selvimmät häiriöt, olen pyrkinyt selvittämään niiden tarkempaa luonnetta ja järjestämään niiden korjaamiseen tähtääviä harjoituksia. Olihan toki reseptiiviselläkin puolella vaikeita häiriöitä, muun muassa semantiikan puolella, mikä myös oli huomioitava kuntoutuksen toteutuksessa. Yksilöpuheterapiassa P kävi aluksi noin 20 kertaa. Tällöin harjoiteltiin sanasujuvuutta ja kokonaisilmaisua. P:n vaikeiden neuropsykologisten häiriöiden (apraksia ja perseveraatio) takia P:llä näyttäisi olevan heikko ennuste sujuvan puheen saavuttamislle. Siksi tätä kielen pragmatiikkaa on pyritty toteuttamaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti (vrt. Perkins & Lesser, 1993). P:lle annettiin tuttuja toimintoja esittelevä kuvasto kommunikaation tueksi. Lisäksi ilmeiden ja eleiden käyttöä on rohkaistu. Myös kynän käyttöä kirjoittamiseen ja piirtämiseen on tuettu. P:n vahvaa puolta, musiikkia, ei ole tietenkään laiminlyöty puheterapian aikana: Vaikka P ei pystykään tuottamaan sanoja laulaessa, hän on kuitenkin ollut mukana lauluissa hyräillen ja taputtaen rytmiä. Tämän motorisen afferentin ja efferentin afasiatyypin yhdistelmä on Hännisen (1989) mukaan erittäin hankala ennusteen kannalta. Tämä afasiatyyppi on myös P:n kohtalona. Afasiaryhmässä P on käynyt v. 1995 noin vuoden verran. Täällä P:n sosiaalisuus pääsi oikeuksiinsa: P osoitti selvää kiinnostusta muihin ryhmäläisiin kannustaen heitä näyttämään parhaat puolensa. Vaikka P:n puheilmaisu oli vain 1-2 sanan pituista ja usein tuttuihin stereotyyppisiin ilmaisuihin pitäytyvää, ilmeitä ja eleitä apuna käyttäen hän usein sai asiansa ilmaistuksi. Ryhmäjakson aikana P:n puheilmaisu piteni jopa useamman sanan lauseiksi, joista tosin usein se avainsana jäi puuttumaan:

P: "Kyllä on niin mukava ollut, ja kyllä on saatu paremmaksi ja paremmaksi - kun ei saanut aluksi mitään..."
"Kyllä minä aattelen, että olen tehnyt koko elämän hommia - kaikenlaista tavaraa,

vaatteita. Minä olen tähän asti tehnyt koko ajan sitä samaa. Ja kun minä tulen paremmaksi, niin aion vielä..."

O: "Onko teillä se liike vielä?"

P: "Ei ole muuta kuin äitillä (=kampaamo). Mutta kyllä minä aamusta iltaan aina jotain teen. Aina tulee tuttuja - eilenkin kolme, neljä, aina tulee tuttuja."

Vuonna 1996 P kävi yksilöpuheterapiassa vielä kymmenen kertaa.

Status puheterapian lopussa

P on jo täysin orientoitunut niin aikaan, paikkaan kuin henkilöihinkin.
Reseptiivisen toiminnan puolella sanojen tunnistaminen esineistä ja kuvista sekä kehon osien nimien tunnistaminen sujuivat täysin virheettömästi, samoin sanojen tunnistaminen lauseyhteydestä. Kehon kaavan hallinnassa ja vasemman sekä oikean erottamisessa oli lievä häiriö, kehon osien nimien tuottamisessa odotetusti vahva häiriö samoin kuin semanttisten rakenteiden hallinnassa. Auditiivisen muistin tehtävässä oli lievä häiriö.
Ekspressiivisen toiminnan tehtävissä automatismit sujuivat jo numerosarjojen osalta virheettömästi, viikonpäivissä ja kuukausissa on vahvat häiriöt edelleen, samoin sanasujuvuustehtävissä. Kuvasta kertominen on keskiasteisesti häiriintynyt.
Lukemisen alueella kirjainten tunnistaminen on jo täysin kunnossa, samoin sanan ja kuvan sekä lauseen ja kuvan yhdistäminen. Kertomuksen lukeminen ei vielä onnistu alkuunkaan.
Kirjoittaminen onnistuu jo oman nimen osalta oikein, samoin kopiointikirjoituksen osalta. Sanelukirjoituskin onnistuu jo kirjaintasolla, ei vielä muuten.
Laskeminen onnistuu numeroiden tunnistamisen osalta mutta peruslaskutoimituksissa on keskiasteinen häiriö.

P:n edistyminen puheterapian aikana ei kielellisissä suorituksissa ollut päätä huimaavaa, mutta korvaavien kommunikointimenetelmien käyttöönotto oli sujuvaa ja luontevaa tälle vilkkaalle ja sosiaaliselle herrasmiehelle. Heikon kielellisen menestymisen syinä voidaan mainita korkea ikä, vaurion laajuus ja afasian kompleksisuus sekä neuropsykologiset häiriöt, joihin ei ollut varsinaista asiantuntijakuntoutusta järjestetty. Nämä ongelmat eivät kuitenkaan valoisaa P:tä masentaneet, vaan hän pystyi valamaan uskoa parempaan huomiseen myös kohtalotovereihin. Vaimon mukaan P on rohkeammin käyttänyt puhelinta ja kyläillyt naapureissa tämän ryhmäperiodin jälkeen. Kuitenkin P asioi mieluummin valintamyymälässä ruokaostoksilla, koska ei tarvitse siellä puhetta. Vaateostoksilla P käy sen sijaan mielellään erikoismyymälöissäkin. Tämä on varmasti jäänyt hänelle veriin jo oman elämäntyönsäkin takia. Tuntemattomille ihmisille P ei voi aina puhua ilman pelkoa tai hämmennystä. Virastoihin P ei vielä pysty puhelimitse asioitaan hoitamaan vaan jättää ne vaimon huoleksi. Tutussa seurassa P puhuu mielellään ja kokee kuulijoiden myös ymmärtävän häntä. P ei kuulu aktiivisesti mihinkään yhdistykseen, eikä halua/kykene pitämään puheita missään yhteydessä. Puhetaitoaan P pitää kuitenkin keskinkertaisena.

Tapaus 6

Sukupuoli : nainen
Ikä : 60 v
Sairastumisvuosi : 1990/6
Diagnoosi : 4341A Embolia cerebri cum hemiparesis l.dx. Hypertonia arterialis et aphasia
Ammatti: eläkkeellä oleva kanslisti
Harrastukset: käsityöt, kukkien hoito, terveysliikunta

Anamneesi :

Kyseessä on 60 vuotias nainen, joka on aikaisemmin ollut melko terve, vasemman puolen iskiastyyppistä taikka polvi- taikka lonkkakulumatyyppistä vaivaa on ollut, samoin hypertoniaa. Nyt on todettu flimmeritaipumus. Sitten 25.6. on tullut aivoinfarkti embolian pohjalta, oikean puolen hemipareesi ja afasia. Oikean puolen raajoihin on tullut jo aika mukavasti voimaa, mutta apraksian vuoksi ei osaa oikein niitä käyttää. Afasia on myös aika hankala, mutta potilas tuntuu ymmärtävän hyvin ja yrittävän adekvaatisti, joten kuntoutustoimenpiteet onnistuvat aika mukavasti. Aikaisemmin N on ollut työssä kanslistina kirkkoherranvirastossa, jonne viime aikoina kulki tunnin ajomatkan päästä pariskunnan muutettua tänne aviomiehen jäätyä eläkkeelle. Perheellä on neljä aikuista lasta.

Status puheterapiajakson alussa

Puheterapiakäyntejä on kertynyt seuraavasti: 2.8., 17.8., 21.8., 30.8., 7.9.,18.9., 20.9., 24.9., 27.9., 4.10., 5.10.,15.10.,18.10., 23.10., 26.10., 30.10., 2.11. ja 9.11.90.
Potilas tulee puheterapiaan Vaasan keskussairaalan lähettämänä. Potilas pystyy puhumaan joitakin yksittäisiä sanoja, niitäkin usein väärin. Potilas vaikuttaa hämmentyneeltä ja ajoittain jopa masentuneelta.
Orientoituminen paikkaan nähden osoittaa kohtalaista häiriötä, aikaan ja henkilöihin nähden lievää häiriötä.
Sanojen tunnistaminen lauseyhteydestä osoitti myös lievää häiriötä.
Lauseiden ymmärtämistaso kaiken kaikkiaan vaikuttaa hyvältä - suullisen ohjeen noudattaminen ilman vihjettä onnistui ensimmäisellä kerralla.
Kehon kaava on lievästi häiriintynyt, kehon osien nimet ovat N:lle erittäin vaikeita, sen sijaan vasen-oikea-erottelu osoittautui virheettömäksi. Kehon osien nimissä tuli seuraavia virheellisyyksiä: 'pilpana' = silmä, 'peupano' = peukalo ja 'nähkä' = olkapää.
Auditiivinen diskriminaatio oli kautta linjan virheetöntä. Voi vain kuvitella, kuinka paljon N kärsi huomatessaan omat virheelliset ilmaisunsa.
Auditiivisen muistin alueella potilaalla oli vahvaa häiriötä, sillä N muisti ainoastaan yhden sanan oikein. Myös **semanttisten rakenteiden hallinnassa** on kohtalaista häiriötä.
Ekspressiivisellä puolella automatismit osoittautuivat numerosarjojen osalta N:lle helpoiksi, viikonpäivissä oli jo kohtalaista ja kuukausien luettelemisessa vahvaa häiriötä.
Nimeämistehtävissä tuli esiin myöskin vahvaa häiriötä, samoin **lauseiden tuottamisessa** sekä **sanasujuvuustehtävissä.**

Lukemistehtävät sujuvat N:ltä jo melko hyvin: N tunnistaa kirjaimia, yhdistää sanan ja kuvan sekä lauseen ja kuvan. Sen sijaan kertomuksen yksityiskohtien muistamisessa tuli esiin vaikeuksia. **Perseveraatio** haittaa N:n toimintoja kautta linjan. N pystyy lukemaan sanoja sekä järjestämään sanat mielekkäiksi lauseiksi, jotka lukee ääneen. N on osallistunut kerran myös afasiaryhmän istuntoon, jonka totesi vielä tässä vaiheessa liian rankaksi - itkua tahtoi tulla koko ajan. Itkuherkkyys on kuitenkin nyt vähentynyt tämän terapiajakson aikana. Kuulomuistin alueella on siis potilaalla vahvimmat häiriöt - N muistaa vain yhden sanan. Apraksiaa N:llä ei näyttäisi enää testauksen mukaan olevan. 'Sairausvakuutus' -sana tuotti N:lle ylivoimaisia vaikeuksia. Olen tehnyt N:lle kuvatulkkikansion kommunikaation avuksi. Kansioon on koottu erilaisia pictogrammikuvia. Potilas voi liittää kansioon myös valokuvia tutuista henkilöistä. Aviomiehen kanssa on keskusteltu N:n afasiaongelmista. Puoliso näyttää suhtautuvan melko asiallisesti ja ymmärtäväisesti vaimonsa tilanteeseen. Hän myöntää myöskin omat heikot puolensa - hätäisyyden ja nopean puhetavan. N:lle on pyritty järjestämään jatkohoitopaikkaa terveyskeskuksen puheterapeutin vastaanotolle. Puheterapia jatkuu täällä keskussairaalan poliklinikalla toistaiseksi niin kauan, kunnes terveyskeskuksessa pääsee jatkamaan.

Jatkokuntoutus

Terveyskeskuksen kanssa sovimme, että N:n terapia jatkuu polikliinisesti keskussairaalassa, jolloin puheterapeuttia ei tarvitse vaihtaa, mitä seikkaa jotkut potilaat ja omaiset arvostavat. Puheterapia on jatkunut seuraavasti: 27.11. ja 11.12.90 sekä 2.1., 14.1. ja 31.1.91. Tämän jälkeen N on ollut Asuulissa viikonloppukurssilla 12.-15.2. sekä 19.-21.4.91, siis samalla kurssilla, jolla jo aiemmin kuvattu K:kin oli puolisoineen. Tällä kurssilla N sosiaalisena ihmisenä silminnähden viihtyi. Hänen depressionsa ja itkuherkkyytensä vähenivät ja elämänhalunsa lisääntyi. N lauloi mielellään mukana yhteislauluissa ja osallistui keskusteluihin vaikeuksistaankin huolimatta. Polikliininen puheterapia jatkui seuraavasti: 20.2., 26.3., 8.4., 16.4., 29.4., 13.5., 23.5., 12.6., 20.6., 27.6., 6.8. ja 2.9.91 yksilöterapiana sekä ryhmäterapiana 12.9. alkaen joka toinen viikko 19.9., 3.10., 17.10., 7.11., 21.11., 5.12., 19.12.91 sekä 9.1., 16.1., 30.1., 13.2., 27.2., 12.3., 26.3., 9.4., 30.4. ja 14.5.92. Tämän jälkeen yksilöterapiaa jatkettiin vielä seuraavasti: 17.9., 8.10., 15.10., 5.11. ja 20.11.92. Puheterapiaa on toteutettu MIT-menetelmän mukaan siten, että potilaan kanssa on laulettu tuttuja lauluja yhdessä sekä jonkin verran on harjoiteltu sanoja ja sanontoja nuotin kanssa. Ymmärtämispuolta on koetettu kehittää puheterapian kuluessa lähinnä Tsvetkovan afasiaohjelmien mukaan keskittyen akustismnestisen puolen ohjelmiin. Todettakoon N:n kuntoutuneen ainakin kuulomuistin alueella siinä määrin, että hän pystyy pitämään mielessään jo 3-4 yksikköä kerrallaan. Myöskin auditiivinen erottelukyky on pysynyt edelleen virheettömänä ja kaiken kaikkiaan N saa enemmän irti kuulemastaan puheesta kuin koskaan aikaisemmin. Arkikeskustelussa N pärjää nykyään entistä paremmin, mutta edelleenkin ovat tärkeät sanat usein hukassa. Afasiaryhmässä N on selvästikin viihtynyt keskustelun osalta mukavasti, mutta AVISTA-tietopelissä ei ole vielä voittoa herunut vaikean anomian takia. Kaiken kaikkiaan N on virkistynyt psyykkisesti, koskapa hän on päässyt käymään useissa eri tilaisuuksissa, mm. konserteissa, kyläpaikoissa ja afasiayhdistyksessä. Tällä hetkellä N:n ei tarvitse enää turvautua korvaaviin kommunikointimenetelmiin vaan selviää pelkällä puheella. Jonkin verran N arastelee vielä puhettaan, koskapa hän ei hakeudu mielellään täysin vieraiden ihmisten puheille, vaan asioi mieluimmin valin-

tamyymälässä ostoksilla, koska siellä ei tarvitse puhua. Toisaalta hän kuitenkin ilmoittaa voivansa puhua tuntemattomille ihmisille ilman pelkoa tai hämmennystä. Virastoasioihin N ei vielä mielellään sekaannu vaan antaa puolison hoitaa ne parhaaksi katsomallaan tavalla. N kokee kuitenkin seurassa tulevansa kohtalaisen hyvin huomioiduksi ja ymmärretyksi. Tästä huolimatta N:stä tuntuu, että tuntemattomat ihmiset pelkäävät häntä hänen puhuessaan. N kuuluu aktiivisesti paikalliseen eläkeläisseuraan ja aivohalvaus- ja afasiayhdistykseen sekä osallistuu siellä mielellään myös keskusteluihin mutta puheita hän ei mielellään pidä missään tilaisuudessa. Itseään N pitää hiljaisena seurassa. Puhetaitonsa N arvioi keskinkertaiseksi.

Tapaus 7

Sukupuoli: nainen
Ikä: 52 v
Sairastumisvuosi: 1997/10
Diagnoosi: 167.5. Moyamoya -tauti
Ammatti: perushoitaja
Harrastukset: lukeminen, ulkoilu ja tv:n katselu

Anamneesi:

Kyseessä on 52-vuotias perushoitaja, jolla on vanhastaan seronegatiivinen lieväasteinen nivelreuma, verenpainetauti, kilpirauhasen vajaatoiminta ja fibromyalgia. Nyt on todettu harvinainen Moyamoya -tauti eli aivoverisuonten rakenteellinen ahtaus, jonka seurauksena A:lle kehittyi 7.10.97 angiografiatutkimuksen jälkeen hemipareesioireisto oikealle ja afasia.

Alkustatus

Alkuvaiheessa A ei pystynyt tuottamaan omaa puhetta lainkaan, ja myös puheen ymmärtäminen oli huonoa. Aivan tätä alkuvaiheen tilannetta en päässyt näkemään, koska tapasin A:n ensi kerran vasta kolme viikkoa sairastumisen jälkeen. Tällöin kuntoutuminen oli jo hyvässä vauhdissa: A käveli jo ilman apuvälineitä ja tuntui ymmärtävän puheen täysin. Hän tuotti jo adekvaatisti lyhyitä lauseita, mutta pitempien lauserakenteiden kanssa oli jo selviä ongelmia. Puheterapiassa A kävi aluksi yksilöterapiassa osastolta käsin seuraavasti: 29.10., 5.11., 7.11., 10.11., 11.11., 12.11., 13.11., 14.11., 17.11., 20.11., 21.11., 25.11., 26.11., 27.11. ja 28.11.97. Puheterapiaa on siis toteutettu melko intensiivisenä. Lyhyen afasiatestin mukaan A:lla on lievää häiriötä auditiivisen muistin alueella sekä kohtalaista sanasujuvuushäiriötä. **Kirjoitustehtävissä** ilmeisesti tämä muistihäiriö haittaa jonkin verran pitempien lauseiden kirjoittamista sanelusta, koskapa siinä tulee virheitä. Muut kirjoitustehtävät A suoritti virheettömästi. **Lukemaan** A pystyy niin ikään aika hyvin mutta pitemmän asiasisällön muistaminen tuottaa jo vaikeuksia.

Puheterapian toteutus ja terapian kulku

Puheterapiassa on ajoittain ollut erittäin masentunut naishenkilö, jolle tämä sairaus on erittäin

masentunut naishenkilö, jolle sairaus on ollut vaikeasti hyväksyttävä asia. Koska kyseessä on parantumaton ja erittäin harvinainen sairaus (n.1/1000000 suomalaisista sairastuu siihen, yleisempi se on Kiinassa ja Japanissa), se on aiheuttanut myös perheenjäsenille melkoisen kriisin. Neurologisella kuntoutusosastolla on järjestetty yhteisneuvottelutilaisuus, jossa olivat mukana A perheineen (aviomies, 2 aikuista tytärtä sekä lukiota käyvä poika), osaston lääkäri, neuropsykologi, sosiaalityöntekijä, toimintaterapeutti, fysioterapeutti sekä hoitajia. Puheterapeuttiedustus jäi valitettavasti asianomaisen loman vuoksi puuttumaan tästä tilaisuudesta. A:n luonne on omaisten kertoman mukaan muuttunut huomattavasti tämän sairauden myötä: Aiemmin A on ollut erittäin iloinen ja elämänmyönteinen, mutta nyt on masennus saanut vallan. Täällä puheterapiassa potilas yleensä vastaa kysymyksiin melko hiljaisella äänellä ja lyhyesti. Oma-aloitteinen puhe on melko hankalaa vielä tämän osastojakson aikana. Vapaan keskustelun avulla olemme koettaneet täällä herätellä A:n spontaanipuhetta. Jonkin verran sitä on täällä kuultukin jo, varsinkin silloin kun on kyse A:ta kiinnostavista ja lähellä olevista aiheista. Joissakin tilanteissa A turvautuu kuitenkin mieluummin kirjoittamiseen. Eräänkin kerran hän kirjoitti paperille tekstin: *"Mitä voisi tehdä, että kaikilla olisi hyvä olla?"*A:n puheilmaisua haittaa paitsi afasia ilmeisesti myöskin depressio. Varsinaisista **nimeämistehtävistä** A selvisi ihan kiitettävästi. Laulamista olen käyttänyt myös terapiakeinona, koskapa A laulaa mielellään ja pystyy siihen hyvin. Ainoa heikko kohta laulamisessa on selvä rytmihäiriö: A ei tahdo pysyä rytmissä mukana vaan laahaa jäljessä. A:n puheessa on siis myös selvää prosodiikan häiriötä, jota esiintyy usein oikean hemisfäärin vaurioissa. Tämä prosodiikka sisältää siis puheen rytmin, sävelkulun ja painotuksen. Tähän viimeksi mainittuun ei saada kovin äkkiä puheterapeuttisin keinoin parannusta, mutta ajan kanssa tämäkin häiriö voi lievittyä, etenkin jos harjoitellaan ahkerasti laulamista sekä puheen rytmittämistä. Asianmukainen feedback esimerkiksi puhetta nauhoittamalla ja kuuntelemalla voi johtaa prosodiikan selkiytymiseen ajan kanssa. Ennen kotiin lähtöä A osallistui myös afasiaryhmän työskentelyyn, missä yhteydessä hänestä tulikin esiin uusia yllättäviä piirteitä. A jutteli erittäin avoimesti tässä ryhmässä kertoen myöskin kotioloistaan ja suhteestaan omaan alkoholistisisareensa.

Afasiaryhmässä A on jatkanut puheterapiaa kerran viikossa joulukuun alusta -97 helmikuun loppuun -98. A loisti tähtenä erilaisissa sana- ja tietopeleissä ja sai muutenkin ryhmäläisten ihailua osakseen, olihan hän ryhmän ainoa nainen ohjaajaa lukuunottamatta. Erilaisissa sanallisissa tehtävissä hän pystyi mainiosti auttamaan toisia. Tässä ryhmässä A toi esiin parhaat puolensa esiintyen hyväntuulisena ja huumorintajuisena. Alkuaikojen alakuloisuus ja itkuherkkyys olivat poissa.

Loppustatus

Maaliskuun lopulla -98 A tuli uudelle arviointi- ja kuntoutusjaksolle osastolle. Täältä käsin tapasin häntä vain kolme kertaa seuraavasti. 23.3., 26.3. ja 31.3. Puheen tuoton lievä kankeus leimaa edelleenkin A:n ilmaisua. Puheen vastaanottopuoli on kauttaaltaan hyvin parantunut. Laskutehtävissä on vaikeutta. Lukeminen ja kirjoittaminen onnistuvat. Puheterapiassa on harjoiteltu puhemotoriikkaa ja -rytmiä, lauluja sekä sana- ja tietopelejä. Keskustelu sujuu A:n kanssa asiallisesti. A pitää erityisesti allasjumpasta, jota hän aikoo jatkaa vielä kotiuduttu-

aankin. Kyselykaavakkeen tietojen mukaan määrätynlainen puhearkuus leimaa edelleen A:n käytöstä, koskapa hän ei mielellään hakeudu täysin vieraitten ihmisten juttusille vaan antaa muiden perheenjäsenten hoitaa puhelin- ja virastoasiat. Tuttujen ihmisten seurassa A viihtyy ja tuntee pärjäävänsä myös puheen puolesta. Puhetaitoaan A pitää hyvänä. Puheterapiaa jatketaan kuitenkin kesälomaan saakka noin kerran viikossa.

Tapaus 8

Sukupuoli: mies
Ikä: 54 v
Sairastumisvuosi: 1997/10
Diagnoosi: Contusio cerebri cum haemorrhagia intracerebralis l. sin. SO6.3 V49.9.
Fractura columnae vertebralis C IV
Distensio nuchae
Ammatti: postimies, maanviljelijä
Harrastukset: urheilu ja diakoniatyö

Anamneesi:

Kyseessä on 54-vuotias postimies, joka 23.10.97 ajoi henkilöautolla rekan perään. Tästä seurasi lyhyt tajuttomuus ja sekavuus. Terveyskeskuksessa tilanne on lähtenyt rauhoittumaan, ja kirurgiseen ensiapuun tullessa on ensisijaisesti kiinnitetty huomiota thorax-kontuusioon. Osastolla kuitenkin oli päänsärkyä, sanojen hakemista ja oksentelua. Pään CT-tutkimuksessa todettiin temporo-occipitaalisesti vasemmalla intracerebraalivuoto, jonka ympärillä on ödeemaa ja lisäksi vasemmalla frontotemporaalisesti 1/2 cm:n läpimittainen subduraalieffuusio. Neurologinen tilanne on osastoseurannassa vähitellen kohentunut siten, että liikkuminen on sujunut ongelmitta mutta kuitenkin potilaalla on ollut vaikeuksia sanojen löytymisessä ja näössä. Silmälääkäriä on konsultoitu ja todettu oikealla puolella yläkvadrantin näkökenttäpuutos. Lisäksi potilaalla on todettu kaularankamurtuma C IV -nikamassa, jossa ventraalikaudan reunalla on todettu pieni murtumafragmentti. Tulotilanteessa on todettu myös, että potilas on loukannut oikeaa polvea. E on naimisissa, ja hänen perushoitaja-vaimonsa työskentelee vanhainkodilla. Avioliitosta on kolme poikaa.

Alkustatus

E on käynyt aluksi yksilöpuheterapiassa osastolta käsin seuraavasti: 28.11., 2.12., 4.12., 5.12., 11.12., 12.12., 16.12. ja 17.12.97 sekä sen jälkeen afasiaryhmässä kerran viikossa maaliskuun alkuun saakka -98. E on ollut puheterapiajakson alusta saakka täysin **orientoitunut** paikkaan, aikaan ja henkilöihin.
Reseptiivinen toiminta: Kaikilla osa-alueilla on täysin virheetön suoritus, joten ymmärtämisvaikeuksia ei E:llä ole.

Ekspressiivinen toiminta: E:llä on ainoastaan sanasujuvuudessa lievä häiriö (p-alkuiset sanat) sekä keskiasteinen häiriö (adjektiivit). Kaikista muista osa-alueista E selvisi 'puhtain paperein'.
Lukeminen ja kirjoittaminen sujuivat ongelmitta.
Laskeminen sujui myös lukumäärien ja numeroiden tunnistamisen sekä peruslaskutoimitusten osalta hyvin, sen sijaan paperilla laskemisessa tuli lievää häiriötä.
Artikulaatioelinten toiminnassa oli myös lievää häiriötä.

Yksilöterapia

E:n ennuste puheen suhteen on hyvä, koska vaurio on rajatulla, pienellä alueella ja se on trauman aiheuttama. E:n afasiatyyppi on efferentti motorinen afasia, jossa pääongelmana on puheen hitaus ja kankeus. Selviä vaikeuksia on yksiköstä toiseen siirtymisessä. Vaurion lokalisaatio vastaa hyvin efferentin motorisen afasian oletettua paikkaa. (ks. kuvio 1). E:n kanssa on harjoiteltu sanasujuvuutta laulaen, tutuja loruja ja riimejä lausuen, keskustellen ja sanapelejä pelaten. E on suhtautunut puheterapiaan erittäin myönteisesti, joten hänen kanssaan on ollut ilo tehdä työtä. Omalta osaltaan tilannetta on tietysti helpottanut E:n afasiamuodon puhtaus ja suppeus - ei tarvinnut 'takuta' ymmärtämisvaikeuksien kanssa.

E ryhmässä

Ryhmätilanteessa E oli rauhallinen mutta toisaalta puhelias: E:n puhe oli pitkää, perusteellista ja rönsyilevää. Tämä saattoi pitkästyttää niitä ryhmäläisiä, joita E:n puheenaiheet eivät kiinnostaneet, mutta saivat hyvää vastakaikua niiltä, joita ne kiinnostivat. E oli kaikista kiinnostunein toisista ryhmäläisistä ja heidän asioistaan ja pystyi sen myös parhaiten osoittamaan. Avoimesti hän myös itse kertoi omista ja perheensä asioista sekä osoitti mielenkiintoa myös oman perhepiirin ulkopuolelle. E:n yleistietous osoittautui Trivial Pursuit-pelissä verraten laajaksi koulupohjaan nähden (kansakoulu). Ryhmässä E arasteli lauluääntään eikä osallistunut lauluihin niin paljon kuin yksilöterapiassa. E:n suhtautuminen vertaisryhmän jäseniin oli myönteinen ja kannustava mutta realistinen.

Loppustatus

Toistamistehtävissä oli myös äännetasolla päästy virheettömään suoritukseen, samoin kielen motoriikkaa vaativassa tehtävässä. Aiemmin niissä oli E:llä lievät häiriöt. Sanasujuvuudessa häiriöt ovat ennallaan. E myöntää toimintojensa hitauden haittaavan työelämässä selviytymistä, joten hän pitäisi järkevimpänä ratkaisuna eläkkeelle jäämistä, mutta toistaiseksi on tyydytty kirjoittamaan E:lle sairaslomaa 30.6.98 saakka. Sitähän voidaan tarvittaessa jatkaa. Autoa E on katsonut olevansa kykenevä ajamaan, vaikka hoitotiimi oli asiasta hiukan eri mieltä.

Kyselykaavakkeen mukaan E:llä on rohkeutta hoitaa kauppa-asioita puhumalla, ja hän voi myös puhua tuntemattomille ihmisille ilman pelkoa tai hämmennystä. Myös puhelimen käyttö on E:llä 'hanskassa'. Hänen ei ole vaikea saada suunvuoroa tuntemattomien ihmisten kanssa, ja hän kokee myös tulevansa ymmärretyksi. E kuuluu aktiivisesti urheiluseuraan sekä dia-

koniatoimikuntaan kuten jo harrastuksissa on käynyt ilmi. E osallistuu mielellään yhdistyskeskusteluihin ja pitää mielellään vaikkapa onnittelupuheen. Puhetaitoaan E pitää hyvänä.

Tapaus 9

Sukupuoli : mies
Ikä : 56 v
Sairastumisvuosi : 1997/7
Diagnoosi : I6.3.3 Infarctus cerebri l.sin
Retardatio mentalis levis
Diabetes mellitus
Ammatti: yövartija, sairaseläkkeellä
Haarastukset : pyöräily

Anamneesi:

Kyseessä on 56 vuotias äitinsä kansa kahdestaan asuva mies, jolla on kaksisuuntainen mielialahäiriö ja lievä mentaalinen retardaatio. Potilas, tässä tapauksessa I muistelee kouluiässä saaneensa erityisopetusta LUKI-vaikeuteensa. 4-5 vuorokautta ennen sairaalaantuloa on ilmaantunut oikean puolen halvausoireita, kävely on muuttunut horjuvaksi ja oikea käsi on tuntunut kömpelöltä, samoin oikea jalka. Tulovaiheessa puhe hieman kangerteli ja sanat menivät sekaisin. Potilaalla on siis selvät oikean puolen hemipareesioireet. Pään CT-tutkimuksessa ei todettu poikkeavaa löydöstä. Psykiatrin lausunnosta kävi ilmi, että I on ollut useita kertoja hoidossa psykiatrisilla osastoilla. I on viettänyt jossakin vaiheessa levotonta ja vaeltelevaa elämää ilmoittamatta aina kotiinkaan olinpaikkaansa. Hän on saanut ehdonalaista vankeutta omien sanojensa mukaan mm. ajokortitta autolla ajosta ja maksamattomista laskuista. Ammattia kysellessäni I väitti käyneensä poliisikoulun ja toimineensa sen jälkeen 1,5 v poliisina Helsingissä, mutta koska hänet komennettiin aina kaikista inhottavimpiin hommiin, hän katsoi parhaaksi sanoutua irti poliisin virasta ja siirtyä helpompiin yövartijan tehtäviin. Joku sai minut epäilemään näitä puheita ja tarkistamaan tiedot rouva A:lta, joka oli saman kylän tyttöjä. A:n mukaan ne ovat pelkkiä 'höpöpuheita'.

Alkustatus

Potilaalla on ilmeisesti pieni kortikaalinen infarkti. Tällä hetkellä on vielä hiukan haparuutta kävelyssä ja sanojenhakua ajoittain puheessa. Puheterapiasta olisi nyt alkuvaiheessa hyötyä. Riskitekijänä potilaalla lähinnä diabetes. Kaulasuonissa ei ollut leikattavaa. Potilas siirtyi keskussairaalasta terveyskeskuksen vuodeosastolle, jossa voitiin varmentaa kotona selviytymistä ja aloitettiin puheterapia.

Puheterapia alkoi 22.7.97 ja jatkui 4.11.97 saakka (yht. 14 krt). Alkuvaiheen nielemisvaikeudet ja afasiaoireet ovat vähitellen lieventyneet. Sanasujuvuudessa on edelleen vaikeutta ja puherytmi on hidas. Äkillisissä tilanteissa tulee vielä muistikatkoksia - asia häviää mielestä kokonaan. Ennen infarktia I:llä on ollut merkittävät LUKI-vaikeudet, joten luotettavaa arviota

afasian aiheuttamista vaikeuksista lukemisessa ja kirjoittamisessa ei saada. Kirjoittamista haittaa vielä oikean käden halvaus. Puheterapian alkuvaiheessa käytiin läpi syömiseen ja nielemiseen liittyviä asioita sekä tehtiin kasvoalueen lihaksia kuntouttavia liikkeitä. Kielellisissä tehtävissä harjoiteltiin mm. vastakohtia, lauseiden jatkamista, kuvasarjoista kertomista ja sanavaraston mieleenpalauttamista (yläkäsitteiden alle sanoja) sekä motorisen efferentin afasian harjoituksia. Yksilöllisen puheterapiajakson päättyessä I selviää omien asioiden hoitamisesta itsenäisesti sekä pystyy keskustelemaan hyvin kahdenkeskisessä tilanteessa hitaudesta huolimatta. Ryhmäterapiatilanne on jo vaativampi ja on hyvä jatkokuntoutusmuoto edistymistä ajatellen.

I ryhmässä

Esittelykierroksella I esiintyi edukseen ilmoittamalla kaikki tärkeät henkilötietonsa selkeästi. Yhteislauluihin I osallistui mielellään, samoin keskusteluihin. Omista sairauteen liittyvistä elämänkokemuksistaan I:llä oli paljon kerrottavaa, ja tätä tilaisuutta hän käyttikin runsaasti hyväkseen - olihan hän nyt jo pahimman afasiavaiheen ohittanut.

"Se on niinku ryhymä, niin mä uskoisin, niin kaikista parhainta terapiaa."
"Silloin alakuunsa kun minä menin sinne Ainon työ, niin en vielä osannu kirjoittaakaan. Kyllä ku mun piti täyttää verensokerikirjoja, niin kyllä siitä näkee, että kirjoitus on parantunut."
"Kyllä se on kaikki sellainen ohjattu, niin on paljon parempaa kuin se että sitä vain itsekseen rupeaa...sitä vain pysähtyy paikoilleen. Iliman puheterapiaa minä en puhuisi näin tai puhuisin vain puuta heinää."

Sana- ja tietopeleissä I:n hitaus haittaa niissä selviytymistä. Myös abstraktimman ajattelun rajoittuneisuus näkyy sanojen tai sananlaskujen selittämistehtävissä: esimerkiksi pyydettiin selittämään sananlasku 'Jonka jalka kapsaa, sen suu napsaa.' I selitti sen näin : *"No kai se on sitte niin että kun jalka kapsaa niin suu napsaa."* Tässä siis näkyy se, että I ei ymmärrä sananlaskun perimmäistä sanomaa, vaan tyytyy sen lähes mekaaniseen toistamiseen. Toisaalta saattaa olla niinkin, että I ei olisi osannut selittää sananlaskuja ennen infarktiakaan.

Loppustatus

I on täysin orientoitunut aikaan, paikkaan ja henkilöihin.
Reseptiivinen toiminta on kaikilta muilta osin kunnossa paitsi auditiivisen muistin ja semanttisten rakenteiden hallinnassa, joissa molemmissa on lievää häiriötä.
Ekspressiivinen toiminta on sanasujuvuutta lukuunottamatta kunnossa: eläinten luettelemisessa tuli lievää häiriötä, p-alkuisten sanojen ja adjektiivien luettelemisessa häiriö oli jo vahvaa.
Lukeminen onnistuu jo muuten täysin mutta luetun kertomuksen sisällön muistamisessa oli lievä häiriö.
Kirjoittaminen: Oman nimen kirjoittaminen onnistuu jo täysin, samoin kaikki kopiointitehtävät. Sanelukirjoituskin onnistui kirjaintasolla mutta sana- ja lausetasolla tuli jo virheitä.

Kyselykaavakkeen mukaan I antaa mieluummin äitinsä vastata puhelimeen kuin vastaisi itse. I asioi kaupoissa, joissa vaaditaan puhetta, mutta tunnustaa joutuvansa pelon ja hämmennyksen valtaan täysin tuntemattomille ihmisille puhuessaan. Toisaalta I kyllä mielellään puhuu tuntemattomienkin ihmisten kanssa eikä koe jäävänsä alakynteen tai tulevansa väärinymmärretyksi. Virastoasiat I jättää edelleen mieluummin muiden hoidettavaksi. Mihinkään kokouksiin tai yhdistyksiin I ei osallistu mutta käy melko usein tuttaviensa/ystäviensä luona kyläilemässä eikä tunnusta olevansa hiljainen seurassa. Puhetaitoaan I pitää keskinkertaisena.

I on kokenut lähinnä kirjoitustaitonsa mutta myös puhetaitonsa kohentuneen puheterapiajaksojen aikana. Kirjoitustaito onkin ilmeisesti jonkin verran parantunut, jos lähdetään siitä I:n omasta väittämästä, ettei hän aluksi pystynyt yhtään kirjoittamaan. Edelleenkin sanelukirjoituksessa on on virheitä (kirjainten poisjäämisiä tai lisäämisiä), mutta aiemmat LUKI-vaikeudet huomioon ottaen I lienee saavuttanut ennen infarktia olleen tasonsa. Efferentti motorinen afasiatyyppi on edelleen vahvasti kuvioissa mukana, vaikka arkikeskustelussa I pärjääkin hyvin. I on vaikuttanut ryhmässä erittäin tasapainoiselta ja toisiin ryhmäläisiin myönteisesti suhtautuvalta. Hän on ilmeisen tyytyväinen omaan paranemistulokseensa antaen avoimesti tunnustusta puheterapeuttien työpanokselle. Vaikka I ei vaikutakaan arastelevan seurassa puhettaan, kyselykaavakkeen mukaan puhepelkojakin olisi. I on melko omatoiminen asioidensa hoidossa mutta jättää edelleen virastoasiat ja puhelimessa asioimiset muille. Sopii vain kysyä, että kun 89-vuotiaasta äidistä aika jättää, kuka sitten huolehtii I:n asioista. Ehkäpä lähellä asuva veli voi auttaa tai sitten joku uskottu mies. I antoi tunnustusta myös eräälle naapurin isännälle, joka käy hyvin ahkerasti I:tä katsomassa ja 'puhuttamassa'. Tämä ei ollut tyytynyt hänen virheellisiin ilmaisuihinsa alkuvaiheessa, vaan oli 'maksittanut' niin kauan, kunnes I sanoi asian oikein.

Tapaus 10

Sukupuoli: mies
Ikä: 64 v
Sairastumisvuosi: 1994/9
Diagnoosi: Infarctus cerebri
Hypertonia
Ammatti: työnjohtaja, eläkkeellä
Harrastukset: television katselu

Anamneesi:

Kyseessä on 64-vuotias potilas, jolla on anamneesissa verenpainetauti. Potilas tuotiin neurologian osastolle äkillisesti alkaneiden oikeanpuoleisten hemipareesioireiden vuoksi. Myös puhe on ollut lähes tyystin kateissa. Pään CT:ssä akuuttivaiheessa ei ole poikkeavaa todettu. J asuu kahdestaan vaimonsa kanssa. Kaksi aikuista poikaa ovat jo muuttaneet pois kotoa.

Alkustatus:

J jaksaa vetää oikeaa jalkaa koukkuun ja nostaa sitä suorana ylös. Oikeassa kädessä ei ole aktiivista liikettä. Kieli devioi oikealle - potilaalla on oikea alafacialisheikkous. J pystyy vastaamaan "kyllä, ei" epäselvästi. J:n ko-operaatiokyky on hyvä, vaikkakin verbaalinen kommunikointi on yksittäisten sanojen varassa. Verbaalisen ohjeen mukainen toiminta (Token) sujuu kahden kokonaisuuden osalta kohtuullisen hyvin, kolmen kokonaisuuden hallinta on työlästä ja neljän kokonaisuuden hallinta ei onnistu lainkaan, auditiivis-verbaalinen muisti on kaventunut kolmeen yksikköön. J on orientoitunut aikaan ja paikkaan. Hän ymmärtää yksinkertaista arkikeskustelua, ja sanojen tunnistaminen esineistä, kuvista sekä lauseyhteydestä sujuu jo varsin hyvin. Suurimmat vaikeudet ovat ekspressiivisen toiminnan alueella. J kykenee toistamaan hyvin, mutta nimeämisessä ja sananlöytämisessä ilmenee vaikeuksia. Lukeminen onnistuu jo varsin hyvin. Kirjoittamisessa ilmenee kirjainvaihtumia sekä toisinaan perseverointia. Apraksioitakin on aivan alkuvaiheessa esiintynyt mutta niistä J on päässyt nopeasti eroon. J:n mieliala kohosi nopeasti aivan alkuvaiheen jälkeen. J vaikuttaa motivoituneelta terapiaan ja onkin siinä edistynyt. Puheterapiakäyntejä ajalla 29.9-1.12.1994 on kertynyt yhteensä 17 kertaa.

Puheterapian toteutus:

Kuntoutusjakson aikana J on edistynyt puheterapiassa varsin hyvin. Spontaania puhetta tulee jo ja J kertoo asioista pitkillä lauseilla. Sanalöytämisvaikeudet ovat tällä hetkellä suurin ongelma, tosin nekin ovat selvästi vähentyneet. Lukeminen onnistuu hyvin, mutta kirjoittamisesa esiintyy vielä vaikeuksia. Potilas on kotiutettu 2.12.94. Hän on kokenut puheterapiasta olevan hyötyä, mutta ei ole kiinnostunut polikliinisesti jatkamaan puheterapiaa. J tuntee tulevansa toimeen vaimonsa kanssa kotona tämänhetkisillä taidoillaan ja sanoo myös pitkän matkan olevan esteenä puheterapian jatkamiseen. Olen keskustellut lisäksi vaimon kanssa ja antanut myös hänelle kotiohjeita J:n sanalöytämisvaikeuksien helpottamiseksi. Suunnitelmissa on myös noin puolen vuoden kuluttua arviointijakso neurologisella osastolla, jolloin on tarvittaessa mahdollisuus myös intensiiviseen puheterapiaan. Tähän J tuntuikin olevan halukas.

J:n puheterapia jatkui seuraavasti: 15.3., 20.3., 27.3., 10.4., 13.4., 20.4., 24.4., 22.5., 29.5., 6.6., 16.6., 3.8., 14.8., 25.9., 31.10., 7.11. ja 14.11.95. Näistä käyntikerroista on kahdeksan yksilöterapiaa ja loput afasiaryhmässä tapahtuvaa terapiaa. Yksilöterapiassa on keskitytty J:n kahteen vaikeimpaan häiriöalueeseen, semanttiseen ja motoriseen efferenttiin, joihin on yritetty saada korjausta lähinnä Tsvetkovan afasiakuntoutuksen menetelmin: Tuttuja loruja ja laulunsanoja on luettu sekä yhdessä että vuorolukuna. Sananlaskuja on lausuttu toistamalla perässä tai jatkamalla siitä, mihin puheterapeutti on päässyt. Luokittelutehtäviä on toteutettu sekä kuvista niitä nimeämällä ja lajittelemalla yläkäsitteen mukaan että 'Laiva on lastattu-' ja AVISTA -pelejä pelaamalla. Myös perussanastoa aiheryhmittäin on käyty läpi. Tässä on kuvan ja sanan yhdistäminen auttanut myöskin nimeämistehtävissä: J pystyy lukemaan ääneen kirjoitetun sanan, jolloin kuva tulee nimetyksi samalla. Lukutaitoa voidaan tässä siis käyttää nimeävän puheen tukena. Laskutehtävissä on ilmeisesti tämän semanttisen häiriön pohjalta huomattavia vaikeuksia, mutta niihin J ei halua harjoitusaikaa puheterapiassa tuhlata. Kirjoittamisessa on myös vähintään keskiasteisia vaikeuksia, ja tätäkin puolta on puheterapiassa

jonkin verran harjaannutettu, joskin J on varsin vastentahtoisesti lähtenyt kirjoittamaan. Ryhmässä J on ollut mukana yhdeksän kertaa. Mainittakoon, että J on tullut tänne mielellään ja on osallistunut ryhmätoimintaan sekä keskusteluun kohtalaisen aktiivisesti. Lauluihin J ei ole tullut mukaan ja keskustelussakin on luonteensa mukaisesti mieluummin syrjäänvetäytyjä. Loppua kohden J osoitti kuitenkin selviä aktivoitumisen merkkejä. Esittäessäni J:lle kysymyksiä kertomukseen liittyvistä aiheista tämä pystyi yllättämään koko ryhmän tuottamalla oikean sanan.

Loppustatus

J on jo henkilöihinkin nähden täysin orientoitunut. Sanojen tunnistaminen esineistä ja kuvista sekä kehon osien nimien tunnistaminen on jo täysin kunnossa. Niin ikään lauseiden ymmärtämistaso on jo täysin OK eli J pystyy suorittamaan annetun sanallisen tehtävän ilman vihjettä ensimmäisellä kerralla. Auditiivinen erottelukyky on äänne- ja tavupareilla virheetöntä mutta sanapareilla tuli vielä yksi virhe. Auditiivinen muisti osoittaa lievää häiriötä sekä semanttisten rakenteiden hallinta edelleen vahvaa häiriötä. Ekspressiivisen toiminnan osalta automatismit sujuivat täysin virheettömästi. Lauseiden toistamistehtävissä on edelleenkin lievä häiriö, vaikkakin äänteet ja sanat J pystyy toistamaan täysin virheettömästi. Lauseiden tuottaminen on virheetöntä, samoin kuvasta kertominen. Kertomuksen lukeminen tuottaa vaikeuksia sikäli, että sisällön muistaminen on vielä tosi hankalaa osoittaen keskiasteista häiriötä. J:n neuropsykologinen oireisto näyttää lievittyneen kohtuullisen hyvin. Verbaalisella alueella puheen tuottaminen onnistuu aiempaa paremmin, vaikka edelleen sanahakua ilmenee. Visuokonstruktiivisen alueen toimintoja vaikeuttamassa ollut apraksia näyttää myös lievittyneen kohtuullisen hyvin. Visuospatiaalisessa hahmotuksessa ei sinänsä suurempia ongelmia näyttäisi olevan. Visuomotorisia toimintoja on hidastamassa pelkästään vasemmalla kädellä toimiminen. Oikean puolen huomioinnin ongelmaa ei tässä lopputilanteessa enää tule esille.

Kaiken kaikkiaan I:n afasia näyttää siis lievittyneen hyvin. Puheen tuottaminen sujuu nyt aiempaa paremmin ja puheen ymmärtämisessä tulee esille ongelmia vain monimutkaisempien semanttisten kokonaisuuksien hallinnassa ja työmuistin lievän kapeutumisen takia. J:n neuropsykologisen oireiston vaikutusta autolla-ajokykyyn. Apraksian ja oikean puolen huomiottajätön lievittymisen myötä ei esteitä näyttäisi olevan, joskin väsyneenä oireisto saattaa edelleen herkästi tulla esille.

Kyselykaavakkeen antamien tietojen perusteella J ei mielellään hakeudu täysin vieraiden ihmisten juttusille ja antaa perheenjäsenten vastata mieluummin puhelimeen kuin vastaisi itse. Toisaalta J ilmoittaa voivansa puhua tuntemattomille ihmisille ilman pelkoa ja hämmennystä!
J asioi mieluummin valintamyymälässä ruokaostoksilla, koska ei tarvitse siellä puhetta. Virastoasioita J ei hoitele puhelimitse vaan käy mieluummin henkilökohtaisesti asioimassa tarvittaessa em. virastoissa tai antaa ne perheenjäsenten hoidettaviksi. Tiettyä ristiriitaa ilmenee myös seuraavissa vastauksissa, joissa ensinnäkin J ilmoittaa eksyessään kysyvänsä epäröimättä vastaantulevilta tietä mutta toisaalta antaa toverinsa tai omaisensa kysyä mieluummin tietä, jos tämä sattuu olemaan hänen seurassaan. J kärsii myös sellaisista epäilyksistä, että vieraammat ihmiset eivät ymmärrä hänen puhettaan ja että hänen on vaikea saada suunvuoroa tuntemattomien seurassa. Siksipä hän puhuu mieluummin tuttaviensa kuin tuntemattomien kanssa.

Toisaalta J:n mielestä hänen on vaikea saada suunvuoroa tuttavien/omaisten seurassa. Yhdistysmiehiä J ei ole eikä kuulu mihinkään yhdistykseen eikä halua myöskään pitää mielellään puheita missään tilanteessa. J pitää itseään hiljaisena seurassa. Tässä olen täysin samaa mieltä J:n kanssa. Tuttaviensa/ystäviensä luona J kuitenkin vierailee mielellään usein. Puhetaitoaan J pitää keskinkertaisena.

13 TULOSTEN ANALYSOINTIA

13.1 **Lyhyellä afasiatestillä saadut tulokset**

Kuten liitteessä 7 olevasta taulukosta on nähtävissä ei häiriön lievenemistä ole kovinkaan monilla kielen eri osa-alueilla tapahtunut. Huomattavaa lievenemistä on ainoastaan yhdellä koehenkilöllä kehon tunnistamistehtävässä, samoin yhdellä koehenkilöllä auditiivisen muistin alueella sekä yhdellä automatismeissa. Kohtalaista lievenemistä oli kahdella koehenkilöllä auditiivisen muistin alueella, yhdellä koehenkilöllä semanttisten rakenteiden hallinnassa, kahdella koehenkilöllä laajemman informaation ymmärtämisessä, yhdellä koehenkilöllä automatismeissa, yhdellä koehenkilöllä lukemisessa sekä peräti kolmella koehenkilöllä kirjoittamisessa. Vähäistä lievenemistä oli kolmella koehenkilöllä orientaatiossa, kolmella koehenkilöllä sanojen tunnistamisessa esineistä, kuvista ja kehon osien tunnistamisessa, yhdellä koehenkilöllä sanojen tunnistamisessa lauseyhteydestä, kuudella koehenkilöllä semanttisten rakenteiden hallinnassa, yhdellä laajemman informaation ymmärtämisessä, yhdellä automatismeissa, kahdella toistamistehtävissä, yhdellä nimeämisessä, kahdella lukemisessa ja neljällä kirjoittamisessa.

Kuten taulukosta voidaan havaita, sanasujuvuus ei ollut parantunut ryhmässä kenelläkään. Sanojen tunnistaminen lauseyhteydestä sekä auditiivinen erottelukyky oli pysynyt yhdesällä koehenkilöllä samana terapiajakson aikana. Kehon tunnistaminen ja nimeäminen pysyi samana kahdeksalla koehenkilöllä. Orientaatio, sanojen tunnistaminen esineistä, auditiivinen muisti, laajemman informaation ymmärtäminen, toistaminen ja lukeminen pysyi samana seitsemällä koehenkilöllä. Automatismit pysyivät samoissa lukemissa ryhmäterapiajakson ajan kuudella koehenkilöllä. Sen sijaan selvää, joskin lievää paranemista oli kuudella koehenkilöllä semanttisten rakenteiden hallinnassa, neljällä koehenkilöllä kirjoittamisessa, kolmella orientaatiossa, samoin sanojen tunnistamisessa esineistä, kuvista ja kehonosien tunnistamisessa.

Ylivoimaisesti eniten parani kokonaisuudessaan koehenkilöiden kirjoitustaito, koskapa kolmella koehenkilöllä se oli arvioitu keskiasteisesti parantuneeksi. Yhteensä siis seitsemän koehenkilön kirjoitustaito oli jossain määrin parantunut. Tämä hämmästytti hiukan, sillä emmehän ryhmätilanteessa systemaattisesti harjoitelleet kirjoittamista, yksilöterapiassa kylläkin. Tällöin oli puheterapiasta annettu myös kotitehtäviksi kirjoitusharjoituksia.
En löytänyt kirjallisuudesta mitään vahvistusta tälle kirjoitustaidon nopeammalle kuntoutumiselle puhetaitoon verrattuna - voin esittää ainoastaan omana arvailuna asialle, että kotona on todennäköisesti pääpaino keskitetty kirjoitusharjoituksiin, koska ne koetaan selkeämmiksi ja helpommiksi kuin puheharjoitukset. Toisaalta voi havaita iäkkäämpien koehenkilöiden kieltäytyvän helpommin kirjoitusharjoituksista kuin nuorempien. Ikäraja kulkee jossain 70 vuoden

paikkeilla. Ikäihmisiltä näyttää usein puuttuvat halu opetella uudelleen kirjoittamaan ei-dominoivalla vasemmalla kädellä tai se on ainakin rajoittunut oman nimen kirjoittamiseen.

Semanttisten rakenteiden hallinnassa on kuusi koehenkilöä edistynyt lievästi. Tämäkin alue tulee luonnollisissa olosuhteissa kotona jopa huomaamatta harjoitetuksi: omaiset antavat kotona potilaalle joitakin yksinkertaisia tehtäviä, joiden onnistuneesta suorittamisesta annetaan luonnollisesti kiitosta ja epäonnistuneesta suorituksesta moitetta tai palkitsematta jättämistä. Myös puheterapiassa on koehenkilöille annettu tehtäviä, jotka edellyttävät suullisen ohjeen ymmärtämistä ja noudattamista. Vastaavanlaisia tehtäviä suoritetaan myös fysioterapeutin, toimintaterapeutin ja neuropsykologin vastaanotoilla.

13.2 Ryhmän ohjaajan observoinnin kautta saadut tulokset

Kaiken kaikkiaan eniten ovat edistyneet ne koehenkilöt, joilla on korkeampi koulutustausta ja kielellistä osaamista vaativia harrastuksia (esim. lukeminen, tv:n katselu, matkustelu jne.) kuten K:lla, A:lla ja T:llä. Tästä koehenkilöjoukosta ei löydy yhtään ylioppilasta eikä akateemisesti koulutettua mutta keskiasteen ammattikoulutus on K:lla, T:llä ja H:lla, kouluasteen ammattikoulutus on A:lla ja N:llä. Lopuilla viidellä on vähintään oppivelvollisuuskoulun suoritus. Rouvat K ja N ovat toimineet kielellisiä taitoja vaativissa toimistotehtävissä. Myös yhdistystoiminta on tarjonnut kielellisiä virikkeitä A:lle, K:lle ja N:lle sekä M:lle. Rouva N:n afasia on ollut huomattavasti vaikeampi ja laaja-alaisempi kuin rouva K:n, jonka afasia on rajoittunut vain efferentille motoriselle alueelle.

Useimmilla koehenkilöillä on laaja-alainen kommunikointikyky parantunut: Ryhmätilanteissa on koehenkilöitä kannustettu ilmaisemaan itseään kaikin mahdollisin keinoin mukaan lukien erilaiset non-verbaaliset kommunikointimenetelmät kuten ilmeet, eleet, luonnolliset viittomat, kuvatulkit, piirtäminen ja kirjoittaminen, joista viimeksimainittu kuuluukin itse asiassa verbaalisiin ilmaisumuotoihin. Tässä voi kuitenkin heikommastakin kirjoitustaidosta olla apua, vaikkapa vain sanan alkutavun tai -kirjaimen saamisesta paperille. Esimerkiksi H on ahkerasti käyttänyt tätä ilmaisumuotoa ja yllättävänkin hyvällä menestyksellä.

Tämän koehenkilöjoukon suhteellisen heikkoa edistymistä lyhyellä afasiatestillä mitattuna selittänee valtaosan vaikea afasiatyyppi sekä korkea ikä (keski-ikä 58 v 9 kk). Näillä näyttäisi olevan ratkaisevin vaikutus edistymisen hitauteen. Tästä koehenkilöjoukosta ainakin kuudella on vaikea afasia, kahdella keskiasteinen ja kahdella lievä. Kuitenkaan ei näillä lievilläkään afasiapotilailla esimerkiksi sanasujuvuus parantunut terapiajakson aikana, vaikka siellä tehtiinkin aika paljon sanasujuvuusharjoituksia erilaisten sana-, muisti- ja tietopelien, musiikin, lauseen toistamis- ja jatkamistehtävien muodossa. Keskusteluvalmius ja ilmaisun pituus näytti sen sijaan näillä lievillä ja keskivaikeilla afaatikoilla paranevan (vrt. koehenkilöt A, E ja I).

13.3 Kyselykaavakkeella saadut tulokset

Koehenkilöistä viisi oli eläkkeellä jo sairastuessaan afasiaan, neljä sai eläkepaperit ryhmäterapiajakson aikana ja yksi jatkaa toistaiseksi sairaslomalla. Viisi koehenkilöä ilmoitti pystyvänsä kommunikoimaan pelkän puheen avulla, loput viisi käyttää puheen rinnalla jotain nonverbaalista ilmaisukeinoa: kaikki viisi koehenkilöä tunnustaa käyttävänsä eleitä, kolme lisäksi piirtämistä ja kirjoittamista, kuvatulkin on saanut neljä koehenkilöä mutta kaikki tunnustavat kuvatulkin lojuvan useimmiten pöytälaatikossa. Ainoastaan kaksi koehenkilöä tunnustaa käyttäneensä kuvia hyvin lyhyen aikaa aluksi. Syynä kuvien heikkoon suosioon kommunikointikeinona koehenkilöt pitävät niiden käytön hitautta ja hankaluutta, toisaalta esiintyy pelkoa siitä, että puheen palautuminen voisi jäädä taka-alalle kuvakommunikaation yleistyessä. Tämä pelko on niin syvällä, etteivät sen aiheettomaksi vakuuttamiseen järkipuheet auta. Iäkkäämpi potilasryhmä pitää kuvia myös lapsen tasolle palauttamisena, mikä herättää vastustusta.

Useimmat koehenkilöt arkailevat kontaktin ottamista täysin vieraisiin henkilöihin, mikä rajoittaa itsenäistä asioiden hoitoa. Puhelimeen uskaltaa vastata viisi koehenkilöä, loput viisi jättää sen omaisten huoleksi. Useimmat käyvät mieluummin valintamyymälässä ruokaostoksilla, koska eivät tarvitse siellä puhetta. Sen sijaan vaateostoksille mennään mielellään sellaisiinkin liikkeisiin, joissa joudutaan kyselemään myyjältä neuvoja. Viisi koehenkilöä voi puhua tuntemattomille ilman pelkoa tai hämmennystä, yksi suhtautuu neutraalisti tuntemattomiin ja loput neljä tuntee huomattavaa pelkoa tuntemattomien ihmisten seurassa. Luonnollisesti paremman puhekyvyn omaavat ovat rohkeampia tuntemattomien seurassa mutta on poikkeuksiakin - tapaus I tuntee pelkoa tuntemattomien ihmisten seurassa sosiaalisuudestaan ja puheliaisuudestaan huolimatta. Kolme koehenkilöä ilmoittaa hoitavansa oma-aloitteisesti asioitaan puhelimitse. Tämä rohkeus on tullut ryhmäjakson aikana; sitä ennen se ei olisi onnistunut. Aktiivisesti yhdistystoimintaan osallistuvat kolme koehenkilöä ilmoittavat voivansa pitää puheen tutumpien henkilöiden seurassa mutta ei sen virallisemmassa yhteydessä. Yksi koehenkilö ei yhdistystoimintaharrastuksesta huolimatta haluaisi pitää puhetta missään tilanteessa.

Seitsemän koehenkilöä arvioi puhetaitonsa ryhmäjakson lopussa keskinkertaiseksi, kaksi hyväksi ja yksi huonoksi. Yllättävän moni koehenkilö arvioi puhetaitonsa keskinkertaiseksi, vaikka näin ammattihenkilö arvioisi sen ainakin kahdella henkilöllä heikoksi (P:llä ja J:llä).

Pitkän työkokemukseni perusteella odotin useimpien koehenkilöiden eristäytyneen sosiaalisesti näinkin vaikean sairauden kohdatessa. Tätä käsitystä tukevat myös eräät tutkimukset (Salonen, 1994). Nuorempana (alle 45-vuotiaina sairastuneiden) keskuudessa sosiaalisen integraation on todettu alenevan jyrkemmin kuin vanhempana sairastuneiden. Asia voidaan selittää sillä, että vanhempien henkilöiden sosiaalinen verkosto on jo niin vakiintunut, ettei se enää muutu halvauksen ja afasiankaan myötä. Lähipiirin ja sukulaisten merkitys lisääntyy tällaisen sairauden kohdatessa: Jos omaisilla riittää voimavaroja sosiaalisten suhteiden hoitamiseen ja ylläpitämiseen, myös afasiapotilas pääsee niistä osalliseksi. Toisaalta jos omainen väsyy ja masentuu hoitamaan afasiapotilasta, eristäytyminen uhkaa koko perhettä.

Tässä tutkimuksessa koehenkilöt ilmoittivat olevansa siinä onnellisessa asemassa, että ovat saaneet pitää entiset ystävyyssuhteensa. Yhdeksän koehenkilöä ilmoitti käyvänsä ystäviensä/tuttaviensa luona usein. Ainoastaan yksi koehenkilö (T) ilmoitti käyvänsä ystäviensä/tuttaviensa luona harvoin. Toisaalta T ei ole ilmeisesti ennen sairastumistaankaan ollut mikään innokas kyläilyihminen. Sen sijaan hän on tehnyt yksinään kauppa- ja ulkomaanmatkoja Venäjälle ja Viroon, mikä harrastus on jatkunut vielä sairastumisen jälkeenkin.

13.4. Afasiapotilaiden ja omaisten haastatteluilla saadut tulokset

Olen suorittanut koehenkilöille ja heidän omaisilleen puhelinhaastattelun kesäkuussa -98, jossa esitin seuraavat kysymykset:

1. Mitä teille nykyään kuuluu?
2. Oletteko harjoitellut puhetta kotioloissa ja jos niin miten?
3. Oletteko harjoitellut kirjoittamista kotioloissa ja jos niin miten?

Tavoitin puhelimitse ainoastaan kahdeksan koehenkilöä/omaista, jotka suostuivat mielellään haastatteluun.

Yksikään koehenkilöistä ei asu yksinään, vaan kaikilla on jonkinlaista perhettä ympärillään - I:kin poikamiehenä asuu äitinsä kanssa. Kaikki muut asuvat yhdessä aviopuolisonsa kanssa. Rouva A:n taloudessa asuu lisäksi 16-vuotias lukiota käyvä poika, perheen nuorin lapsi. A:n aviomies suhtautuu ymmärtäväisesti vaimoonsa, vaikka onkin sanonut, että vain 40 % entisestä A:sta on jäljellä. A itse kertoo alistuneensa ja sopeutuneensa harvinaiseen sairauteensa (Moya-moya -tauti) ja aikovansa elää nyt päivän kerrallaan nauttien elämän pienistäkin asioista. Hän kokee yleiskuntonsa kohentuneen ja puhekykynsä parantuneen aika paljon, vaikka väsymys vaivaa edelleen. Pahimman masennuksen yli hän on jo päässyt. Perheessä edelleen aikuiset tyttäret kapinoivat äitinsä sairautta vastaan kärsien erilaisista psykosomaattisista oireista kuten unettomuudesta ja ruokahaluttomuudesta. Myös aviomiehellä on ollut sopeutumiskriisi, josta hän on nyt jo lähestulkoon päässyt yli. Iloisena asiana A kertoo saaneensa päätöksen potilasvahinkolautakunnalta, joka on luvannut korvata kaikki A:n halvauksesta johtuvat sairaanhoito- ja kuntoutuskulut. A sai halvauksen angiografiatutkimuksen yhteydessä.

"En ole puhetta harjoitellut muuten kuin mitä nyt yleensä tulee puhuttua. Tämä puhetaito minulle riittää." (A)

"En ole kirjoittamista harjoitellut muuten kuin kauppalistaa tekemällä - siinä ei ole ollut ongelmia." (A)

Kuudella koehenkilöllä kahdeksasta menee haastattelun mukaan hyvin. He ovat kaikki parantuneet kotikuntoisiksi, vaikka työelämään kukaan heistä ei enää palaa. Myös E oli vastikään kirjeen sairaalasta, jossa hänelle suositeltiin pysyvää työkyvyttömyyseläkettä 1.7. lukien. E myöntää toimintojensa hidastuneen sinä määrin, että ei tunne kykenevänsä hoitamaan postimiehen tehtäviä, joissa vaaditaan nopeutta, järjestelmällisyyttä ja tarkkuutta. Entisistä har-

rastuksistaan E:n ei ole tarvinnut tinkiä, vaan hän kertoo jatkavansa diakoniatehtävissä yhdessä vaimonsa kanssa. Myös urheilua E kertoo harrastavansa ainakin lenkkeilyn muodossa. Autolla ajamistakin E on rohjennut jatkaa, vaikka on kolarissa ollutkin kohtalokkain seurauksin. Vaimoa tämä asia on huolestuttanut aluksi mutta hän on jo vähitellen hyväksynyt asian. Vaimo kertoo joutuvansa nykyään muistuttamaan E:lle erinäisiä asioita, sillä E unohtelee niitä nyt entistä enemmän. E on erittäin sosiaalinen luonne ja käy mielellään tapaamassa tuttuja. Myös sairaalassa E viihtyi hyvin ja kävi mielellään eri terapioissa.

"No ei siinä puheessa minun mielestäni ole enää mitään vikaa ollut mutta lukeminen tuottaa välillä vaikeuksia - se on niin hidasta, ja jos tekstinluku välillä keskeytyy, on vaikea löytää sitä kohtaa, mihin jäi." (E)

"No ei siinä kirjoittamisessakaan ole mitään harjoittelemista, mutta tuo lukeminen... ja se näkökenttäpuutos on edelleen." (E)

"Kyllä tämä nyt hyvin on menny. Olen nyt pysynyt rauhassa kotosalla, kun tuo fysikaalinen hoitokin loppui viime viikolla. Johonkin kuntoutukseen aion vielä hakea..." (I)

"Kyllä puhetta on tullut harjoitettua - varsinkin vaikeampia sanoja lausumaan. Yleensä minä pärjään jo aika hyvin puheen puolesta mutta joskus tulee niin vaikea sana, että koko asia juuttuu siihen, se ikään kuin häviää mielestä. Mutta ei kai sille mitään voi - se tulee varmasti aia pysymäänkin sellaisena. Eniten minua haittaa tuo oikean puolen halvaus - ei huvita enää niin lähteä reissuunkaan, kun minä olen ennen tottunut siihen, että olen päässyt liukkaasti liikkumaan." (I)

"No en ole kirijottamista palion harioottannu." (I)

"Kyllä se hyvin menee. Puheen puolesta pärjätään jo hyvin. Kyllä joskus tulee vielä hämmentäviäkin tilanteita ja takkuja sanoissa mutta on niistä selevitty, onhan me niin pitkään jo oltu yhyressä. Olimme nyt toukokuun alussa kaharen viikon etelänmatkalla Torremolinoksessa, ja J tykkäsi siitä niin, että olisi valmis lähtemään kohta uurestaan." (J:n vaimo)

"Joo, kyllä se..tästä. Vaimon kans on hyvin tultu juttuun. Oon minä ollu urakkahommissa Vietnamissakin asti vv. 1979-1980. Siellä mentiin töihin kello seitsemäksi ja kello kahdentoista maissa ... tauko kaksi tuntia ja sitten taas töihin. Ei siitä viiti paljon puhua...kyllä se kotiolot aina voittaa. Mistä muuten saa kumeja vaihdettua rullatuoliin?" (J)

"Puhetta ei ole muuten harjoitettu kuin kotitilanteissa vaimon kanssa juttelemalla. Kyllä puhelimeen uskallan jo vastata." (J)

"Kirjoitus on alkutekijöissä, kun ei sillä vasemmalla kädellä oikein saa kuin nimensä; ei ole tullut harjoitettua." (J)

"Hyvin meillä menee: Kyllä minun puhe on jo niin hyvässä kunnossa, ettei siitä enää juuri haittaa ole. Pystyn käymään jo yksin kaupassakin, ja mies minua kuskaa autolla eri paikkoihin." (K)

"No puhetta olen harjoitellut esimerkiksi lukemalla runoja ääneen. Sitten siellä kurssilla sai hyvää käytännön opetusta rahan käytössä. Se ei olisi minulta muuten onnistunut. Tuon miehen kanssa nyt tulee päivittäin keskusteltua - kyllä hän joskus tuskastuu minun puheeni hitauteen ja kiirehtii sanomaan asioita minunkin puolestani..." (K)

"Se kirjoitushan minulla alkoi parantua jo heti sairaalassa.. ja sitten kotona olen sitä harjoittanut monien eri kirjeystävien kanssa kirjeenvaihtoa harrastaen." (K)

K onkin koko joukosta ainoa, joka tunnusti avoimesti harjoitelleensa kotona kirjoittamista.

"Hyvää meille kuuluu. Hyvin olemme T:n kanssa ymmärtäneet toisiamme pelkän puheen avulla; ei ole tarvinnut turvautua muihin konsteihin. Esimerkkinä siitä kuinka T on joutunut hoitamaan vaikeitakin tehtäviä voisin mainita, että hän kävi viime maaliskuussa Kuopiossa hoitamassa siskopuolensa hautajaisjärjestelyt." (T:n vaimo)

"Kyllä kyllä se puheen harjoittaminen on jäänyt melkein keskustelujen varaan vaimon ja muiden läheisten kanssa. Mutta huonoa se on silloin kun jännittää jännittää... puhua vieraampien kanssa. Mutta mutta parempaa se on silloin kun nousen ylös ja puhun kovaa.
Voisiko sitä muuten harjoittaa?" (T)

"Kyllähän sitä voisi harjoittaa esimerkiksi lukemalla ääneen. Sinähän luet paljon lehtiä?
Entä oletko kirjoittamista harjoitellut?" (PT)

"Kyllä täytyy täytyy sanoa, etten ole ehtinyt; on niin paljon kaikkea muuta." (T)

T:llä on siis jäänyt puheeseen änkytyksenomainen toistamistaipumus. Vaimo ei ainakaan muista, että T olisi änkyttänyt ennen sairastumistaan.

Seuraavaksi esittelen kaksi tapausta, joilla ei omien sanojensa tai omaisten mukaan mene kovin hyvin:

"Kyllä me tässä nyt on koetettu asioita hoitaa. Vaimon kanssa kommunikointi sujuu välillä paremmin, välillä taas huonommin. N ei aina löydä niiden henkilöiden nimiä, joita tarkoittaa, mutta hän joskus piirtää kämmenen pohjaan ko. henkilön nimen alkukirjaimen, jolloin asia selviää. Joskus pitää arvuutella kauankin, ennen kuin asia selviää, että onko ko. henkilö Nurmosta, Seinäjoelta, Vaasasta vai Jurvasta. Toisaalta N:llä on ajoittain vaikeuksia ymmärtää, mitä minä sanon, eli asia pitää toistaa vähintään kaksi kertaa. Kyllä se raskastakin on. N on ollut kuntoutuksessa Aivohalvaus- ja afasialiiton palvelutalossa Suvituulessa Turussa. Siellä puheterapeutti kokeili N:n kanssa kaksi tuntia kestävää helppoa kielellistä tietokoneohjelmaa. N:lle tietokoneen käyttö on työelämästä tuttua, joten hän olisi voinut hyötyäkin siitä,

mutta enemmän harjoitusta olisi tarvittu. Voisiko tänne kansalaisopistoihin järjestää vastaavanlaisia kursseja?" (N:n aviomies)

"Kyllähän sitä voisi tiedustella, olisiko niillä resursseja. Seuraavaksi kysyn, onko N:n kanssa harjoiteltu kirjoittamista kotona?" (PT)

"Eipä sitä juuri ole harjoiteltu. Kyllä hän nimensä kirjoittaa kuten ennenkin, mutta omaaloitteista kirjoittamista ei juuri tule muuta, kopiointikirjoitusta kylläkin." (N:n aviomies)

"N:ltä kysyn samoja asioita." (PT)

"Kyllä minulle hyvää kuuluu. Tämä puhe on vain vieläkin huonoa, kun ei muista nimiä. Aamulla se on vielä huonompaa, kun olen niin...nukun niin kauan aamulla...Illalla kyllä virkeämpi...pitkään." (N)

"En ole puhetta harjoitellut muuten kuin puhumalla." (N)

"Kirjoittaminen on niin vaikeaa. Kyllä se oma nimi tulee paperille mutta ei paljo muuta. Kyllä minä olen lukeakin yrittänyt, mutta kun se on niin hidasta." (N)

Tässä afasiapotilaalla ja omaisella oli hieman toisistaan eriävät käsitykset nykytilanteesta: Edellinen näki tilanteen hieman myönteisemmässä valossa mutta puoliso toi laajemmin esiin niitä haittapuolia, mitä hän omaishoitajana on kokenut.

Tapaus P:lle soittaessani vaimo vastasi puhelimeen:
"Kiitos kysymästä - oli kiva kuulla sinun ääntäsi pitkästä aikaa. Oikeastaan meille kuuluu aika kurjaa; no, P. kaatui ja sai lonkkamurtuman siihen halvaantuneelle puolelle. Häntä on jo kerran leikattu, mutta hän on edelleen siellä Seinäjoella sairaalassa odottamassa uusintaleikkausta. Kyllä meillä tätä ennen meni kohtalaisesti mutta on se minua rasittanut aika lailla tämä P:n sairaus. P:hän on sellainen hyvin optimistinen luonne, joten hän antaa helposti todellisuutta paremman kuvan tilanteesta. Hän on myös erittäin avulias ja kantaa usein huolta toisten selviämisestä. Mutta nyt tuntuu siltä, että tämä onnettomuus oli hänelle liikaa - se masensi häntä." (P:n vaimo)

"No ei hän ole sitä sen kummemmin harjoittanut mitä nyt luonnollisissa keskustelutilanteissa. Hän on mestari keksimään kierteisilmaisuja, kun haettua sanaa ei löydy, esimerkiksi minä ole hänelle 'äiti', ja kun ei lasten nimiä muista niin sanoo 'se vanhin' jne. Sen mitä hän puhuu hän ääntää selvästi." (P:n vaimo)

"No ei sitä (kirjoittamista) ole juuri harjoitettu. Olen minä jonkin verran tikkukirjaimia kirjoittanut hänelle malliksi. Nimensä hän kirjoittaa hyvin ja lukee lehdistä otsikot." (P:n vaimo)

Tämä puhelinhaastattelu oli tarpeen selvittämään koehenkilöiden nykyistä elämäntilannetta afasiaryhmäperiodin jälkeen. Tästä on kulunut eri koehenkilöillä eripituisia ajanjaksoja, sillä kaikkihan eivät olleet samaan aikaan ryhmässä (1/2 - 6 vuotta).

Kaikki puhelimella tavoitetut koehenkilöt tai heidän omaisensa suostuivat suoralta kädeltä jälkihaastatteluun, osa suorastaan mielellään (P:n vaimo). Suurimmalla osalla menee haastattelutietojen mukaan hyvin. Tosin 25 % haastatelluista raportoi huonojakin uutisia: On sattunut ikävä kaatumisonnettomuus P:lle. Toisaalta omaishoitajan raskaasta osasta kertoi kaksi omaista. Kaikkien koehenkilöiden omaisia en tosin haastatellutkaan. Kirjoitustaidon paranemisen syitä puheterapiajakson aikana arvelin löytyvän ahkerasta kotiharjoittelusta, mutta haastattelutiedot kumosivat tämän oletuksen: Ainoastaan kaksi myönsi tietoisesti harjoitelleensa kotona kirjoittamista jossain määrin (K ja P). Nyt herää siis kysymys, mikä tekijä on voinut vaikuttaa näiden koehenkilöiden parempaan edistymiseen kirjoittamisessa kuin kirjoittamiseen vaikuttavissa komponenteissa. Jos lähdetään tarkastelemaan asiaa afasian vaikeusasteesta käsin, suurimalla osalla koehenkilöistä on vähintään keskiasteinen tai vaikea afasia, ainoastaan neljällä on lievä. On loogista, että vaikeammat ja kompleksisemmat afasiat vaativat korjaantuakseen pitemmän ajan kuin lievät. Puolen vuoden terapiaperiodi ei riitä vielä kovinkaan selviin parantumismuutoksiin vaikeissa ja laaja-alaisissa afasiatapauksissa. Lievissä afasiatapauksissa taas suurin ja nopein puheen parantumisen vaihe on tapahtunut jo ensimmäisen puolen vuoden kuluttua sairastumisesta, jonka jälkeen vasta afasiaryhmäperiodi on toteutettu. Mitä kirjoittamisen paranemiseen tulee, se ilmeisesti vaatii aika pitkälle visuospatiaalisten toimintojen kuntoutumista. Tietystihän siinä vaaditaan myös käden motoriikan toimivuutta. Semanttisilla häiriöillähän on selvä yhteys spatiaalisiin häiriöihin (Luria, 1973). Tässä populaatiossahan todettiin ainakin neljällä lievenemistä semanttisissa häiriöissä! Lurian lokalisaatioteoriasta löytynee myös yksi selitys tälle kirjoituspainotteiselle edistymiselle. Darley (1982) on todennut, että stimuloinnilla voi olla laajempiakin vaikutuksia eri leksikaalisiin systeemeihin. Ketosen (1997) mukaan ryhmässä oppimiselle on tunnusomaista, että oppi tulee monesti jälkeenpäin. Tarvitaan aikaa ja sulattelua.

Lähes kaikilla koehenkilöillä on puheilmaisu pidentynyt ja monipuolistunut ryhmäterapiajakson aikana. Jopa J:kin, joka oli erittäin vaitelias ja pidättyväinen ryhmätilanteissa, pystyi nyt puhelinhaastattelussa tuottamaan pitkiäkin lauseita. Tämä oli ilahduttavaa kuulla! Sama trendi oli havaittavissa A:n, I:n, K:n, N:n ja T:n puheissa, siis kuudella koehenkilöllä kymmenestä. Jo ryhmäperiodin loppuvaiheessa oli puheilmaisu pidentynyt ja monipuolistunut A:lla, P:llä, J:llä ja T:llä, siis neljällä kymmenestä.

Vaihtoehtoisia nonverbaalisia kommunikointikeinoja olivat ottaneet käyttöön H, T ja N, siis kolme kymmenestä. Nämä kolme afaatikkoa ovat joutuneet turvautumaan pakon sanelemana näihin nonverbaalisiin kommunikointikeinoihin, sillä heidän puheilmaisunsa on ollut niin heikkoa ja puhumisen tarve niin voimakas, että tähän on pitänyt mennä. Puheterapeutin tehtävänä on ollut rohkaista ja auttaa heitä sopivan ilmaisukanavan löytämisessä. Niinpä H on käyttänyt ilme- ja elekieltä, piirtämistä ja kirjoittamista. Käpylän kuntoutusjaksolla ei kuitenkaan katsottu H:n hyötyvän tietokoneavusteisesta kuntoutuksesta - apraksia ja toimintojen hitaus on haittana. H suhtautuu tulevaisuuteen kuitenkin toiveikkaasti ja odottaa saavansa puhekyvyn takaisin vielä parin-kolmen vuoden kuluttua. Sitä, kuinka realistinen tämä toive on, en lähde tässä laajemmin ennustamaan. Tärkeintä on, että H:lla itsellään on toiveikas mieli - se auttaa häntä nuorena ihmisenä kestämään sairauden tuomat vaikeudet ja ponnistelemaan parempaan tulevaisuuteen. T tunnustaa piirtäneensä ja kirjoittaneensa lapsenlapsilleen. N on käyttänyt ilmaisukeinona kämmenenpohjaan sanan alkukirjaimen kirjoittamista sekä jonkin verran ku-

vasta näyttämistä. Tietokoneavusteiseen kuntoutukseenkin N:llä olisi jatkossa halukkuutta, jos sellaista paikkakunnalle järjestettäisiin esimerkiksi Ruotsin mallin mukaan.

Lähes kaikilla koehenkilöillä omatoimisuus on parantunut ryhmäterapiajakson jälkeen. A kertoo tekevänsä puutarhatöitä mielellään ja käyvänsä kaupassa. Vaikeampiin paperitöihin A kertoo tarvitsevansa vielä aviomiehen apua. Auton rattiin eivät vielä ole uskaltautuneet mennä muut kuin A ja E tästä koehenkilöjoukosta. Kummallakin toimivat jo molemmat raajaparit, koskapa heillä on ollut vain lievä halvaus. Peseytyminen ja WC-toiminnot onnistuvat kaikilta muilta itsenäisesti paitsi J:ltä, joka on vaikeasti halvaantunut oikealta puolelta ja käyttää edelleen pyörätuolia. P:n tilanteessa tuli taantumista ikävän kaatumistapauksen johdosta, mutta ennen sitä hän oli selviytynyt hyvin pesuista ja WC:stä, oli pystynyt keittämään kahvin, toimimaan puhelimessa ja käymään yksin kylässä sekä pikkuasioilla kaupoissa. K:n elämä on palautunut lähestulkoon entisiin uomiinsa. Hänellähän oli vain suppea-alainen motorinen puhevaikeus, joka ei häntä enää juuri haittaa. H ja I ovat poikamiehiä ja asuvat kumpikin vanhempansa luona, I äitinsä ja H isänsä. Villi ja vapaa poikamiehen elämä on kummankin kohdalla rauhoittunut sairauden asettaessa omat rajansa menemisille. Kumpikin on edelleen omatoiminen itsensä hoitamisen suhteen, vaikka kummallakin on edelleen toisen raajaparin halvausta, I:llä lievänä ja H:lla kohtalaisen vaikeana, vaikka hän pystyykin jo kepin kanssa kävelemään eikä tarvitse enää pyörätuolia. Myös M osoittautui omatoimiseksi jo afasiaryhmän aikana, ja hän teki pitkiäkin kotimaan matkoja eri kohteisiin. Puhelinhaastattelua hänestä en valitettavasti saanut, mutta tällainen oli hänen tilanteensa afasiaryhmän päätyttyä. N asuu aviomiehensä kanssa kahden ja tuntuu tarvitsevan vielä aika paljon puolison apua. Vaikka N liikkuukin itsenäisesti kävellen, hänellä on vielä niin vaikeaa apraksiaa, että käytännön toimissa hänen on vaikea selviytyä itsenäisesti. Ruuanlaittoa ja leipomistakin puoliso on yrittänyt N:lle opettaa mutta heikoin tuloksin. Yksinkertaisia käsitöitä N kuitenkin pystyy tekemään. Aviomies tekee pitkiä pyörälenkkejä, joihin N:kin haluaisi osallistua mutta valitettavasti pyörällä ajo ei häneltä onnistu. T on täysin omatoiminen tällä hetkellä, vaikka hän on läpikäynyt vaikean sairastumisperiodin halvauksineen ja laajoine afasioineen sekä sydämenohitusleikkauksineen. Tämän omatoimisuuden osoituksena on jo aiemmin mainittu tapaus, jossa T joutui ainoana omaisena organisoimaan sisarpuolensa hautajaiset!

Omakohtaisen tarkkailun perusteella rohkenen väittää, että jokainen ryhmäterapiassa ollut on poistunut ryhmäistunnosta paremmalla mielellä kuin sinne tullessaan. Puheyritys on selvästi parantunut ja rohkeutta non-verbaalisten kommunikointikeinojen käyttöön on tullut lisää. Lisäksi niin sanotut omatoimisuus- eli ADL-taidot ovat kohentuneet vertaisryhmän ansiosta. Se on nähtävissä kyselykaavakkeiden palautteista sekä puhelinhaastatteluista. Koska omaisilla on ollut mahdollisuus käydä kuntoutusohjaajan luona keskustelemassa afaatikko-omaisen kanssa elämiseen liittyvistä ongelmista samalla kun kuntoutettava omainen on ollut ryhmäistunnossa, on myös omaisilla ollut täten mahdollisuus täydentää tietovarastoaan puuttuvilta osin.

Ryhmässä olen aistinut vahvan yhteishengen lisääntyvän periodin loppua kohti. Afaatikot ovat olleet vertaisiaan kohtaan erittäin ystävällisiä ja avuliaita. Joukosta ovat selvästi erottuneet muutamat johtajapersoonat kuten tapaukset P ja T, jotka mielellään pitävät tilannetta hallussaan neuvoen toisia innokkaasti. Ohjaavan puheterapeutin tehtävänä on ollut pitää huolta siitä, että nämä dominoivat henkilöt eivät 'varasta koko show'ta', vaan että myös 'maan hiljai-

simmat' pääsisivät tarpeeksi esille. Mielenkiinnolla panin merkille myös sen seikan, kuinka toiset ryhmässä valittivat toistamiseen omaa huonouttaan, toiset taas kiirehtivät kumoamaan moisen väitteen korostamalla toisen hyviä puolia ja huomauttamalla omista huonoista puolistaan. Tällainen empaattinen ja kannustava puoli pääsee erittäin hyvin oikeuksiinsa tällaisessa pienryhmässä. Samalla tarjoutuu tilaisuus kokeilla omia kommunikaatiotaitojaan toisten vertaistensa kanssa, joita ei tarvitse orjailla. Yksilöpuheterapiassa tilanne on toisenlainen, vaikka terapeutti olisi kuinka ystävällinen ja empaattinen tahansa. Ryhmässä on myös erinomainen tilaisuus huumorin viljelemiselle. Ryhmä sinänsä tarjoaa mainiot puitteet tilannekomiikan syntymiselle. En tiedä, pidentääkö nauru ikää mutta ainakin se laukaisee jännityksiä ja vapauttaa meissä piileviä voimavaroja. Samaan tavoitteeseen voi päästä myös musiikin avulla, jota olen paljon afasiaryhmässä käyttänyt. On kuunneltu musiikkia levyraadin tapaan sekä laulettu yhdessä valikoituja lauluja.

Laulujen pohjalta on viritetty keskustelua lauluihin liittyvistä assosiaatioista sekä niiden herättämistä muistoista ja tunnelmista. Myös MIT-menetelmää, joka on eräiden asiantuntijoiden mukaan (mm. Lehtihalmes, 1997) ainoa yleisesti kansainvälisesti hyväksytty afasiapotilaiden puheterapiamenetelmä, on käytetty. MIT on lyhenne englanninkielisistä sanoista: M=melodic, I=intonation ja T=therapy. Tätä menetelmää toteutetaan käytännössä siten, että puheterapeutti opettaa afasiapotilaalle sanoja tai lauseita liittämällä niihin yksinkertaisen melodian ja säestämällä harjoituksia käden liikkeillä kuten kapellimestari johtaessaan orkesteria. Tämä menetelmä ei sovi kaikille afasiapotilaille:

1) Sensoriset afaatikot eivät siitä hyödy, koska heillä on vaikeuksia auditiivisessa prosessoinnissa.
2) Monilla afaatikoilla kuten ihmisillä yleensäkin on estoja ja ennakkoluuloja laulamisen ja musiikin käytön suhteen, koska he pitävät itseään epämusikaalisina.

Erilaisten roolileikkien avulla on voitu harjoittaa kuvitteellisuutta, itseilmaisua ja minätietoisuutta, jotka Alvin (1966) esitti musiikkiterapian tavoitealueiksi. Tämän ryhmän jäseniä tarkastellessa nousee esiin toinen määräävä piirre afaatikon kuntoutumisen ennusteen kannalta, ikä. Näistä koehenkilöistä selvästi parhaiten ovat edistyneet kielellisissä taidoissaan tapaukset T, K ja H, jotka olivat ryhmän nuorimpia. T:llä on ollut kylläkin masennuskausia, jotka ovat hidastaneet kuntoutumista, mutta kovalla sisulla hän on selviytynyt eteenpäin. Yksin tehdyt ulkomaanmatkat sairastumisen jälkeen ovat antaneet itseluottamusta ja uskoa omaan selviytymiseen kaikesta huolimatta. H ei oikein tuntenut oloaan kotoisaksi ryhmässä, koska muut ryhmäläiset olivat häntä niin paljon vanhempia. Kuntoutuslaitosjaksolla H:lla oli tilaisuus seurustella nuorempien vammautuneiden kanssa, mutta H kertoi rehvakkaasti viihtyvänsä paremmin hoitajien seurassa. H:lla ei todellakaan näyttäisi olevan estoja terveiden henkilöiden kohtaamisessa, tai sitten hän ei ainakaan näytä niitä. Vaikka H:n puhemotoriikka on aika heikkoa, hän selviytyy yllättävän hyvin kommunikointitilanteista iloisen tyylinsä ja ilme- ja elekielensä ansiosta. H ei kaihda myöskään kynän ja paperin käyttöä itsensä ilmaisemisessa. Kokemuksen perusteella voisin väittää, että afasiapotilaan persoonallisuudella on myös huomattava osuus puheen palautumisprosessissa: Vilkkaammat ja temperamenttisemmat henkilöt löytävät helpoimmin selviytymiskeinoja kommunikointitilanteissa kuin aremmat ja syrjäänvetäytyjät. Toisaalta myös aivoverenkiertohäiriöillä on oma vaikutuksensa henkilöiden persoonallisuuteen (Numminen, 1991).

M:n ja P:n korkeampi ikä asetti rajoituksia puheen kuntoutumiselle, mutta myönteisellä ja lämpimällä elämänasenteella kumpikin on selvinnyt hankalistakin tilanteista korvaavia kommunikointikeinoja apuna käyttäen. Seuraava Jyri Schreckin kirjoittama runo kuvaakin koskettavasti afaatikon sielunmaisemaa:

"Huonekumppaneina
kaksi kaveria jotka ei puhu,
toinen on tehnyt ikoneja,
toinen makkaroita,
täällä on monenlaista kasvoa,
monenlaista päätä riipuksissa,
tässä lyötyjen, stressattujen, vaiteliaiden,
surumielisten tornitalossa,
ja illat ovat syyspimeät,
minun kukkamaani on
vihreä päiväpeite, koen lukea, pysytellä
Hemingwayn riveillä, ei se onnistu,
valitan, Ernest, kaiutin pauhaa, sorisee,
tauoton radio jota kukaan ei kuuntele,
ja käytävällä rupattelevat undulaatit
kirskuvalla äänellä, kohta ne päästetään irti
pimeään huoneeseen, se on niiden vapaus,
ilta ja yö, päätön lento seinästä seinään,
katsoen kelloa, hän saapuu pian vuorolleen,
saan puhella, keriä vyyhteä tuuman verran,
tavoittaa korvan, joka kuuntelee, suun joka
vastaa, kyselee, ei pilleri, jyvä
korvaa ihmistä, hän tietää sen kyllä,
hän on minun oikea kukkamaani, hän on
kukkien, oman kukkani asialla täällä,
että se puhkeaisi horroksesta, olisi kukka,
avonainen, sydän vakaa."

14 POHDINTA

Joskus kanssakäyminen muiden ihmisten, mukavienkin, kanssa, johtaa epämääräiseen pahaan oloon, uupumukseen, kiukkuun ja itseensä tyytymättömyyteen. Joku voi tuntea itsensä sätkynukeksi, jota näkymättömät langat liikuttelevat. Jos elämä alkaa kapeutua kodin seinien sisäpuolella kuten afasiapotilailla usein käy, kannattanee asiaa pysähtyä tutkimaan vähän tarkemmin. Vuorovaikutuksen pitäisi päin vastoin antaa voimaa, sanotaan. Näin ei kuitenkaan afasiapotilaiden osalta ole asianlaita, pikemminkin päinvastoin. Varsinkin ns. normaali-

ihmisten kanssa seurustelu kuluttaa afasiapotilaan voimia huomattavassa määrin. Saman on todennut myös Mustajärvi (1996). Kommunikointikyvyn rajoittuneisuus saa afasiapotilaan tuntemaan itsensä jonkinlaiseksi toisen luokan kansalaiseksi, joka ei itse pysty pitämään puoliaan vaan jonka puolesta terveemmät ja vahvemmat ihmiset tekevät päätöksiä kuulematta tarpeeksi afaatikon omaa mielipidettä. Sairastumisen alkuvaiheessa afaatikolla on kaikkein vaikeinta: Hän joutuu puhekyvyttömänä sairaalaan, täysin vieraaseen ympäristöön, jossa hänen tarpeistaan ja tavoistaan ei olla aina selvillä. Eräskin afasiapotilas kertoi sopeutumisvalmennuskurssilla, kuinka hän koki sairaalassa ahdistavana sen, kun olisi tarvinnut hammasharjaa mutta ei saanut tarvettaan ilmaistuksi kenellekään. Monia muitakin ahdistavia kokemuksia olen kuullut afaatikkojen kertovan sairautensa alkuajoista. Afaatikolta kuluu siis valtavasti voimavaroja hänen yrittäessään tulla toimeen normaaliväestön kanssa: Mitä enemmän afaatikko huomaa poikkeavansa muista, sitä enemmän hän ahdistuu ja kuluttaa voimiaan yrittäessään kilpailla muiden ihmisten kanssa suorituksista. Eräskin afaatikko vetosi tuskissaan Syyrakiin:

"Älä tyhmän kanssa paljon puhu, älä myös ole
taitamattomain seurassa.
Vältä häntä, ettes tulisi tuskaan hänen
kanssansa...
Pakene häntä, niin sinä olet rauhassa,
jos et tule ahdistukseen ja hätään hänen
tyhmyytensä tähden."

Vammaisryhmässä tilanne voi olla kokonaan toinen: Afaatikolla on tilaisuus tavata vertaisiaan, ihmisiä, joilla on samantapaisia ongelmia kuin hänellä itselläänkin. Yllättävää voi olla myös havaita, miten muilla voi olla niin samanlaisia ajatuksia, pelkoja ja tunteita kuin itsellä, mutta myös, että eri ihmiset voivat tulkita samat asiat hyvin eri tavalla, omista lähtökohdistaan käsin.

Monesti olemme juuttuneet joihinkin aikaisempiin elämänkokemuksiimme tai niissä tekemiimme tulkintoihin, joita emme itse näe mutta jotka ovat koko ajan vaikuttamassa ja aiheuttamassa epäselvyyttä ja raskautta ihmissuhteissamme. Afaatikko juuttuu helposti omaan sairauteensa eikä oikein osaa muusta puhuakaan. Tämä suuri ja paha asia, joka häntä on kohdannut ja hänen elämänsä perustuksia niin perin pohjin järkyttänyt, voi olla afaatikolle sellainen peikko, että se luo jatkuvasti varjon hänen elämäänsä. Mikään ei ole niin kuin ennen. Ryhmässä tapahtuvan turvallisen vuorovaikutuksen avulla nämä haitalliset lukkiutumat ja tiedostamattomat toimintamme motiivit voivat selvitä, tulla afaatikolle tietoisiksi ja menettää näin tuhovoimansa. Todellisuus voi nyt näyttäytyä realistisemmin, kun sitä voidaan tarkastella toisten ryhmäläisten kokemustaustoja vasten. Ryhmän ja ryhmäläisten antama palaute on keskeinen tekijä puhuttaessa omaksi itseksi kasvamisesta ryhmän avulla - keskeinen mutta samalla monin tavoin vaikea asia. Myös palautteen antaminen toiselle voi olla kovan takana. Erityisesti kielteisen palautteen antaminen voi olla vaikeaa, koska tarve miellyttää, kaunistella asioita kuuluu ihmisen tarpeeseen helpottaa omaa oloa toisen kustannuksella. Toisaalta myönteisen palautteen antaminen ja saaminen on afaatikolle erittäin tärkeää, koska häntä vai-

vaa helposti usein huonommuudentunne. On kuitenkin muistettava olla rehellinen palautteissaan; huijaaminen vain masentaa.

Ryhmän avulla afaatikko voi paremmin opetella tuntemaan todellista minäänsä, rakentua pala palalta tietoiseksi itsestään, oppia tuntemaan vahvuutensa ja heikkoutensa ja hyväksyä ne kokonaisuudessaan. Oma kuva selkiytyy, kun afaatikko uskaltaa ryhmässä ottaa kontaktia toisiin ryhmän jäseniin. Mitä paremmin ryhmäläiset uskaltavat tutustua itseensä ja löytää omaa ominaislaatuaan, ohjata tapahtumien kulkua, sanojaan ja tekojaan, ja myös ottaa vastuuta niistä, sitä vähemmän on enää hämärtäviä, uuvuttavia taakkoja kannettavana. Aito, voimaa antava vuorovaikutus muiden kanssa on mahdollista vasta, kun afaatikko uskaltaa olla mahdollisimman todesti omana itsenään läsnä.

Ryhmän vetäjältä vaaditaan myös taitoa ja herkkyyttä ensinnäkin valita yhteensopiva ryhmä, jossa sen jäsenillä olisi niin paljon yhteistä, että keskustelun ja vuorovaikutuksen tarve syntyisi itsestään. Aina ei ole valinnan varaa, vaan ryhmä joudutaan muodostamaan sellaisista potilaista, jotka ovat sattuneet samoihin aikoihin sairastumaan olipa heidän sairausetiologiansa, ikänsä, sosioekonominen taustansa, sukupuolensa tai harrastuneisuutensa mikä tahansa. Toisaalta erilaisuus voi olla rikkaus mutta kovin suuret eroavaisuudet eivät helposti synnytä yhteenkuuluvaisuutta ja sitä kautta vuorovaikutusta.

Koska täysin homogeenista ryhmää on mahdoton saada afaatikoista kokoon, ryhmänvetäjällä on suuri vastuu siitä, että jokainen ryhmän jäsen kokee tulleensa kohdelluksi hänen erityispiirteensä ja tarpeensa huomioon ottaen. Jokaisella on oikeus saada myös omaan ainutlaatuiseen elämäntilanteeseensa sopivaa ohjausta ja kuntoutusta. Jokaisessa ryhmässä on omat hallitsijansa ja syrjäänvetäytyjänsä. Ohjaajan tehtävänä on huolehtia siitä, että myös arimmat ja hiljaisimmat pääsevät esille ajoittain ja tuntevat itsensä tärkeiksi. Afasiapotilaiden ollessa kyseessä on vaikeammin itseään ilmaiseville pyritty antamaan mahdollisuus itsensä ilmaisemiseen jollain puhetta korvaavalla kommunikaatiokeinolla, joihin lasketaan kuuluviksi mm. ilmeet, eleet, luonnolliset viittomat, kuvat, kirjoittaminen, piirtäminen jne.

Omaisten haastattelussa käytettiin ääninauhoitusta. Tämän mukaan kaikki haastateltavat omaiset (viisi) mainitsivat afasiaryhmän antaneen afaatikolle rohkeutta ja aloitekykyä itsensä ilmaisemiseen. Puhelimeen vastaaminen ei ole enää ollut sellainen peikko kuin aikaisemmin. Joku on uskaltautunut jopa soittamaan muualla asuville lapsilleen tai ystävilleen. Myös rohkeutta lähteä naapuriin kylään on monella tullut tämän ryhmäterapiajakson jälkeen. Ennen kaikkea afaatikosta on huojentavaa tavata toisia kohtalotovereita ja huomata, ettei ole ongelmansa kanssa yksin. Tämä vapauttaa monista turhista jännityksistä ja rohkaisee avaamaan sanaisen arkkunsa sellaiselle, jolla on itselläänkin vaikeuksia puhumisessa tai puheen ymmärtämisessä. Ryhmän jäsenet kannustavat heikoimminkin puhuvia kavereitaan ilmaisemaan mielipiteensä eri asioista. Tässä yhteydessä syntyy myös kilpailutilanteita, joihin ei yksilöterapiassa ole mahdollisuuksia.

Näyttäisi siltä, että ne henkilöt, jotka ovat olleet meneviä ja aktiivisia ennen sairastumistaan kuten tässä kuvaamani tapaus T, ovat sitä sairastumisen jälkeenkin sitten kun alkushokista ovat selviytyneet. T kertoo jopa käyneensä yksin Tallinnassa kauppareissulla sairastumisensa

jälkeen. I:n menemisiä sairaus on ehkä jonkin verran rauhoittanut. Se taitaa olla vain hyvä asia ottaen huomioon I:n menneisyydestä löytyvät pimeätkin retket. H on ollut myös melko meneväinen ja näyttää edelleen lähtevän mielellään kodin ulkopuolisiin reissuihin, kun vain kyyti järjestyy. Ei ole sairaus estänyt E:tä eikä J:täkään tekemästä virkistysmatkoja ulkomaille.

Tässä kuvatut tapaukset ovat enimmäkseen melko vaikeita afaatikkoja. Tulokset näyttävät näillä tapauksilla noudattavan aikaisempien tutkimusten mukaisia suuntaviivoja (Kertesz ja McCabe, 1977).

Joukossa on kolme jokseenkin puhdasta Brocan afaatikkoa (K, E ja A), jotka myös ovat kuntoutuneet parhaiten puhuviksi ja omatoimisiksi henkilöiksi. Vanhimmalla tapauksella, M:llä, ei selvää kielellistä kuntoutumista afasiatestillä pystytty näyttämään, mutta muiden kohtalotovereiden näkeminen rohkaisi M:ää elämään vammansa kanssa hyväksyen sen osaksi elämää. Tämä rohkaisuvaikutus oli varmasti molemminpuolista: Toiset ryhmäläiset saivat M:ltä rohkeutta tuoda itseään esiin puhumalla. M:llä haittasi edistymistä iän lisäksi myös liitännäissairaudet, mm. sydäninfarkti. Monisairaita ovat myös T ja H, joilla kummallakin on ollut myös laaja ja kompleksinen afasia. Kuitenkin molemmilla on yllättävänkin suurta edistymistä havaittavissa tiiviin puheterapiajakson aikana.

Koska afaatikoilla on niin monia kuntoutumista hidastavia ja edistäviä tekijöitä, kvantitatiivisen tutkimuksen suorittaminen heillä on kuin kävelisi upottavalla suolla. Heiltä löytyy liian paljon kontrolloimattomia muuttujia. Lisäksi on eettisesti arveluttavaa käyttää vertailuryhmää, joka ei saa puheterapiaa, vaikka tarvitsisikin. Siksi päädyinkin tällaiseen case-painotteiseen tutkimukseen.

Afasiapotilaiden tutkiminen on aikaavievää ja haastavaa puuhaa. Vaikka uusia tutkimusmenetelmiä kehitellään kaiken aikaa ja on jo valmistunut markkinoillekin, ei sellaista kaikenkattavaa afasiatestiä ole vielä olemassakaan, jolla esimerkiksi globaalia afaatikkoa voitaisiin luotettavasti testata. Silloin kun henkilöllä on vaikeuksia sekä puheen tuottamisessa että ymmärtämisessä, ovat hyvät neuvot kalliita. Sillä perusteella ei mielestäni saisi jättää vaikeasti afaattista potilasta vaille kuntoutuspalveluja, että hänellä on liian vaikea tai laaja afasia. Päinvastoin - tällainen potilas tarvitsee kuntoutuspalveluja mitä suurimmassa määrin, ja on eettisesti arveluttavaa jättää tällainen vaikeasti afaattinen potilas kaikkien kuntoutuspalvelujen ulkopuolelle. Sellaista kyllä tapahtuu valitettavan usein näinä säästöbudjetin aikoina, jolloin mietitään hyvin tarkkaan, mihin kannattaa yhteiskunnan varoja käyttää. Tietenkin päättävät tahot joutuvat laskemaan kylmästi, mikä kannattaa, ja tällöin päädytään sijoittamaan yhteiskunnan varoja vain nuorempiin ja yhteiskunnan kannalta katsottuna tuottaviin väestöryhmiin. Vanhemmat ja jo työiän ohittaneet väestöryhmät jätetään usein vaille yhteiskunnan tarjoamia kuntoutuspalveluja. KELA:lla on imat ikärajansa ja kuntoutuskriteerinsä. Ainoa mahdollisuus afasiapotilaiden kunnolliseen ja pitkäaikaiseen kielelliseen kuntouttamiseen löytyy puheterapeuttien ja neuropsykologien yksityisvastaanotoilta, ja niitäkin on aivan liian vähän toistaiseksi tarjolla. Kaiken lisäksi ne käyvät potilaan oman kukkaron päälle aika tavalla. Sairaaloiden poliklinikoilla voisi toteuttaa nykyistä enemmän afasiaryhmä -tyyppistä kuntoutusta, jolloin suuremmat määrät afasiapotilaista voitaisiin ottaa kuntoutuksen piiriin, ja puheterapeuttien resurs-

siongelmakin saisi tätä kautta tervetullutta helpotusta. Luullakseni suurin este tämäntyyppisen toiminnan käynnistämiselle on puheterapeuttien ja muiden kuntouttajien ennakkoluuloissa ja arkuudessa ryhtyä ohjaamaan ryhmiä ilman ryhmäterapiakoulutusta.

Voi vain kuvitella, millainen kaaos mahtaakaan vallita vaikeasti afaattisen henkilön samoin kuin hänen läheistensä elämässä, kun ei pääse puusta pitemmälle. Ei ole ihme, vaikka sairastunut henkilö tuskissaan turvautuisi rajuihinkin tunteenpurkauksiin jäädessään vaille ympäristön ymmärtävää tukea. Toisaalta puolison kestävyys on kovalla koetuksella, joten näissä tapauksissa eivät avioerotkaan ole harvinaisia varsinkaan nuorempien pariskuntien keskuudessa.

Tässä koehenkilöjoukossa on säästytty rajummilta kriiseiltä, tai niitä ei ainakaan ole tuotu esille. Vaikka nykyajan tekniikka on tarjonnut monipuolisempia mahdollisuuksia tietokoneavusteisten menetelmien muodossa afasiapotilaiden avuksi, ne eivät sovellu kaikille. On vaikea kuvitella apraktisen, perseveroivan, kömpelön ja keskittymiskyvyttömän afaatikon näppäilevän tietokonetta. Sellainen toiminta olisi vain omiaan lisäämään potilaan ahdistusta ja huonommuudentunnetta. Totuuden nimessä mainittakoon kuitenkin, että jotkut nuoremmat ja jo aiemmin tietokoneen kanssa tutuksi tulleet afaatikot, joilla on hyvin rajattu motorinen afasia, voivat hyötyä tietokoneohjelmista. Puheterapeutilta vaaditaankin hyviä 'tuntosarvia' sopivien terapiamenetelmien ja kommunikaation apuvälineiden löytämiseksi afasiapotilaille. Ruotsissa on ollut jo pitkään afasiapotilaiden kuntoutuskäytäntönä kansalaisopistoissa toteutetut tietokonepiirit, joissa on saatu hyviä kuntoutustuloksia. Ehkä meillä suomalaisilla olisi syytä ainakin kokeilla vastaavanlaisia menetelmiä. Ei pitäisi kuitenkaan edistyksellisyyden innossa lyödä päätä seinään ja yrittää tehdä mahdottomasta mahdollista. Vanhanaikaisiakaan menetelmiä ei pitäisi aliarvioida, sillä 'vanha konsti on usein parempi kuin pussillinen uusia'. Ihmistä ei mikään tietokone korvaa. Mielestäni tietokoneavusteista puheterapiaa on ylimainostettu. Siitä voi tietysti saada sopivia virikkeitä silloin kun afaatikko joutuu viettämään pitkiä aikoja yksinään, mutta inhimillistä vuorovaikutusta se ei korvaa. Näiden mainosten johdosta asiaatuntemattomat ihmiset sortuvat liian hätäisiin yleistyksiin olettaen tekniikasta löytyvän apua kaikille afasiapotilaille. Näin ei todellakaan ole asianlaita samoin kuin ei voida väittää kaikkien afasiapotilaiden hyötyvän musiikillisista menetelmistä puheen kuntouttamiseksi.

Menetelmät on aina valittava persoonakohtaisesti. Puheterapeutillakin on suuri vaara turvautua vain hänelle mieluisiin ja tuttuihin menetelmiin: Puhutaan urautumisesta. Ei helposti uskalleta kokeilla uusia ja potilaalle ehkä paremmin soveltuvia menetelmiä. Onneksi afasiapotilaat ovat aika rohkeita ilmaisemaan, millaisista menetelmistä he eivät pidä.

Tämä tutkimus on suoritettu vain tutkijan omaa työtä tarkastellen, joten tässä saattaa ulkopuolinen lukija huomata tiettyjä subjektiivisia piirteitä, kenties jopa 'yksisilmäisyyttä', vaikka olisi kuinka pyritty objektiivisuuteen. Ihmiset ovat usein sokeita omille virheilleen. Toisaalta afasiapotilailla tai heidän omaisillaan on taipumus mielistellä omaa terapeuttiaan: Ei viitsitä tai kehdata sanoa suoraan negatiivista kritiikkiä, koska se koetaan uhkana. Ehkäpä siksi olisi parempi tutkia toisten henkilöiden työtä, koska se takaisi paremman objektiivisuuden. Aikasarjatutkimus voisi tulla kysymykseen afasiapotilaiden kielellistä kuntoutumista tutkittaessa: Samoja henkilöitä voisi käyttää omana vertailuryhmänään eri ajanjaksoina. Koehenkilöiksi

voisi valita sellaisia potilaita, joille kaikille olisi tehty tarkka CT-tutkimus. Tämän pohjalta voisi selvittää tarkemmin yhteyksiä vaurion lokalisaation ja afasian oirekuvan välillä.

LÄHTEET:

Adams, J.A. 1976. Learning and memory. Homewood, Illinois: The Dorsey Press. Kirjassa Code, C.& Muller, D.J. 1990. Whurr Publishers Ltd. London. 113-120.

Agranowitz, A. & McKeown, M.R. 1964. Aphasia Handbook for Adults and Children. Charles C. Thomas, Springfield Illinois USA. 7.

Agranowitz, A. & Boone, D. & Ruff, M. & Seacat, G. and Terr, A. 1954. Group Therapy as a method of Retraining Aphasics. Quarterly Journal of Speech, vol. 40, No 2 April.

Aho, K. 1975. Incidence, Profile and Early Prognosis of Stroke. Thesis, Helsinki.

Akhutina, T.V. 1982. Syntactic Deficits in Aphasia. Papers in Linguistics.

Alvin, J., 1966. Music Therapy. Oxford University Press. 86.

Antony, S.H. & Foulkes, E.J. 1973. Group Psychotherapy. Penguin Books, London. Julkai sussa Kuntoutus 4/1994. 37.

Bach-y-Rita, P. 1981. Central Nervous System Lesions, Spronting and Unmasking in Rehabilitation. Arch. Phys. Mead. Rehabil. 62: 9. 413-417.

Barbour, A. & Moreno, Z.T. 1980. Role Fatigue. Group Psychotherapy. Psychodrama and Society. Julkaisussa Kuntoutus 4/1994. 37.

Basso, A. & Capitani, E. & Laiacona, M. & Luzzatti, C. 1980. Factors Influencing Type and Severity of Aphasia. Cortex 16: 631-636.

Bion, W.R. 1979. Kokemuksia ryhmistä. Ryhmädynamiikka psykoanalyysin näkökulmasta.Weilin & Göös. Espoo. Julkaisussa Kuntoutus 4/1994. 37.

Bloom, L.M. 1962. A rationale for group treatment of aphasic patients. JSHD 27. 11-15. Kirjassa Code, C. & Muller, D.J. 1990. Aphasia Therapy. Whurr Publishers. Ltd London, 113.

Borenstein, P. & Hjelmqvist, E. 1980. Afasi - utrednings och rehabiliteringsaspecter. Almqvist & Wiksell, Tukholma.

Cummings, J.L. & Benson, D.F. & Walsh, M.J. & Levine, H.L. 1979. Left-to-Right Transfer of Language Dominance: A Case Study. Neurology 29: 1547-1550.

Darley, F.L. 1982. The Diagnosis and Assessment of Aphasia. Kirjassa Language Disability - congenital and acquired (toim. M. de Montfort Supple), Boole Press, Dublin.

Davies, G.A. & Wilcox, M.J. 1981. Incorporating Parameters of Natural Conversation in Aphasia Treatment. Kirjassa Language Intervention Strategies in Adult Aphasia (toim. R. Chapey). Williams & Wilkins, Baltimore.

Demeurisse, G., Demol, O., Derouck, M.R., de Beuckelaer, R., Cofcaerts, M.J., Capon, A. 1980. Quantitative Study of the rate of Recovery From Aphasia Due to Ischemic Stroke. Stroke 11, (5), 455-458.

De Renzi, E. 1980. Token Test and The Reporter's test: A measure of verbal output. Teoksessa M.T. Sarno & O. Höök (toim.) Aphasia. Assessment and Treatment. Stockholm: Almquist & Wiksell International.

DiSimoni, F.G. 1981. Therapies which Utilize Alternative or Augmentative Communicative Systems. Kirjassa Language Intervention Strategies in Adult Aphasia (toim. R. Chapey) Williams & Wilkins, Baltimore.

Duffy, J.R. 1981. Schuell's Stimulation Approach to Rehabilitation. Kirjassa Language Intervention Strategies in Adult Aphasia. Williams & Wilkins, Baltimore.

Eaton Griffith, V. 1975. Volunteer Scheme for Dysphasia and allied Problems in stroke Patients. Br Med. J. 3.

Eisenson, J. 1973. Adult Aphasia. Assessment and Treatment. Appleton-Century-Crofts, New York.

Eisenson, J. 1981. Issues, Prognosis and Problems In the Rehabilitation of Language Disorders in Adults. Kirjassa Language Intervention Strategies in Adult Aphasia (toim. R. Chapey). Williams and Wilkins, Baltimore.

Eslinger, P.J. & Damasio, A.R. 1981. Age and Type of Aphasia in Patients with Stroke. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 44: 377-381.

Frey, H. 1981. (toim.) Afasia. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja. ML: 20.

Goldfarb, R. 1981. Operant Conditioning and Programmed Instruction in Aphasia Rehabilitation. Kirjassa Language Intervention Strategies in Adult Aphasia (toim. R. Chapey). Williams & Wilkins, Baltimore.

Halpern, H. 1981. Therapy for Agnosia, Apraxia and Dysarthria. Kirjassa Language Intervention Strategies in Adult Aphasia (toim. R. Chapey). Williams & Wilkins, Baltimore.

Hänninen, R., Kaukovalta, E., Kuikka, P. 1985. Afasiakuntoutus. L.S. Tsvetkovan yksilöllisen afasiakuntoutuksen menetelmä. Psykologien kustannus Oy Helsinki, 62.

Immonen, M. 1988. Lyhyen afasiatutkimuksen arviointia. Puheterapian vuosikirja 5, Suomen Puheterapeuttiliitto ry:n julkaisu 16, 97-100

Jonas, S. 1982. The Thalamus and Aphasia; Including Transcortical Aphasia: A Review. J. Communication Dis. 15: 31-41.

Kainulainen, M. 1992. Kaijan kirja. Kirjayhtymä, Helsinki.

Keith, R.L. 1972. Speech and Language Rehabilitation. A Workbook for the Neurologically Impaired. The Interstate Printers & Publishers, Inc., Danville.

Kertesz, A. 1979. Aphasia and Associated Disorders: Taxonomy, Localization and Recovery. Grune & Stratton, New York.

Ketonen, A. 1997. Mitä ryhmässä voi oppia. Ryhmätyö n:o 4, marraskuu. 24-25.

Kirschner, H.S. & Kistler, K.H. 1982. Aphasia after Right Thalamic Hemorrhage. Arch. Neurol. 39: 667-669.

Kohonen, V. Kokonaisvaltainen oppiminen: sovellusnäkökohtia kielikasvatukseen. Teoksessa Kohonen, V. & Lehtovaara, J. 1988. Näkökulmia kokonaisvaltaiseen oppimiseen 2. Tampereen yliopisto. Tampereen opettajankoulutuslaitoksen julkaisuja 10/1988. Tampere. 190.

Korkman, M. 1988. Nepsy. A proposed neuropsychological test battery for young developmentally disabled children. Theory and evaluation. Academic Dissertation. Helsinki: Yliopistopaino.

Kotten, A. 1979. Sprachtherapie als Kommunikationssituation. Kirjassa Studien zur Sprachtherapie (toim. G. Peuser), Wilhelm Fink Verlag, Munchen.

Lapola, S. & Marna, S. 1995. Kokemuksia afasiapotilaiden ryhmämuotoisesta kuntoutuksesta. Puheterapeutti 3, 18-19.

Lehikoinen, P. 1973. Parantava musiikki. Musiikki Fazer, Helsinki, 45.

Lehtihalmes, M. 1982. Afasian lokalisaatiotutkimusten kehityksestä. Suomen logopedisfoniatrinen aikakauslehti, 1, (2), 3-18.

Lehtihalmes, M. 1987. MIT-menetelmän merkitys afasiaterapiassa. Puheterapeutti 2 (1), 14-16.

Lempinen, M. & Söderholm, S. 1986. Lyhyt afasiatutkimus, Testi ja käsikirja. Suomen Puheterapeuttiliitto ry:n julkaisu n:o 12.

Lesser, R. & Watt, M. 1978. Untrained Community Help in the Rehabilitation of Stroke Sufferers with Language Disorder. Br. Med. J. 14 oct.: 1045-1048.

Linell, S. & Ottson, G. 1981. Afasi - vad är det? LTs förlag, Södertälje.

Lubinski, R. 1981. Environmental Language Intervention. Kirjassa Language Intervention Strategies in Adult Aphasia (toim. R. Chapey) Williams & Wilkins, Baltimore.

Luria, A.R. 1976. Basic Problems of Neurolinguistics. Mouton & Co. B.V., Publishers, The Hague, Paris. 143-229.

Luria, A.R. 1979. Psykologia ja psyykkisen toiminnan kehityshistoria. Helsinki: Kansankulttuuri. 96-97.

Luria, A.R. 1973. The Working Brain. Penguin Books, England. 227-340.

Marineau, J.L. 1989. Jacob Levy Moreno 1889-1974. London: Tansteck/Rentledge.

Martin, A.D., 1981. An Examnation of Wepman's Thought Centered Therapy. Kirjassa Language Intervention Strategies in Adult Aphasia (toim. R. Chapey). Williams & Wilkins, Baltimore.

Maruszewski, M. 1975. Language Communication and the Brain. A Neuropsychological Study. Mouton, Haag.

Meikle, M. & Wechsler, E. & Tupper, A. & Beneson, M. & Butler, J. & Mulhal, D. & Stern, G. 1979. Comparative Trial of Volunteer and Professional Treatments of Dysphasia after Stroke. Br. Med. J. 14. July, 1979.

Methe', S. & Huber, W. & Paradis, M. 1993. Inventory and classification of rehabilitation methods. In Foundations of Aphasia Rehabilitation. ed. Paradis, M. Pergamon Press. Oxford.

Miceli, G. & Caltagirone, C. & Gainotti, G. & Masullo, C. & Silveri, M.C. & Villa, G. 1981. Influence of Age, Sex, Literacy and Pathologic Lesion on Incidence, Severity and Type of Aphasia. Acta Neurol. Scandinav. 64: 370-382.

Mohr, J.P. & Weiss, G.H. & Caveness, W.F. & Dillon, J.D. & Kistler, J.P. & Meirovsky, A.M. & Rish, B.L. 1980. Language and Motor Disorders After penetrating Head Injury in Viet Nam. Neurology 30: 1273-1279.

Muma, J.R. & McNeil, M.R. 1981. Intervention in Aphasia: Psycho-sociolinguistic Perspectives. Kirjassa Language Intervention Strategies in Adult Aphasia (toim. R.Chapey). Williams & Wilkins, Baltimore.

Mustajärvi, R. 1996. Ryhmä oman itsen löytämistä tukemassa. Ryhmätyölehti n:o 1/96.

Mysak, E.D. & Guarino, C.G. 1981. Self-Adjusting Therapy. Kirjassa Language Intervention Strategies in Adult Aphasia (toim. R.Chapey). Williams & Wilkins, Baltimore.

Mäki, N. 1942. Kielen vauriot aivovamman seurauksina. Afasiapotilaiden tutkimus ja ohjaus. Suomen punainen risti 3-4, 64-65/86.

Määttä, R. 1996. Afasian evoluutio ja kuntoutuminen ensimmäisen vuoden aikana sairastumisesta. Logopedian pro gradu -työ: Oulun yliopisto, Suomen ja saamen kielen ja logopedian laitos.

Naeser, M.A. 1982. Language Behavior in Stroke Patients. Cortical v. Subcortical Lesion Sites on CT Scans. Trends in Neurosciences 5: 2, 53-59.

Narva, E. 1981. Afasia lääketieteelliseltä kannalta. Kirjassa Afasia (toim. H. Frey). Kansanelälelaitoksen julkaisuja ML: 20, Turku.

Niemi, M-L. 1980. Havaintotoimintojen häiriöt eli agnosiat. Kirjassa Käytännön neuropsykologiaa (toim. Kalska, H. & Laaksonen, R. & Putkonen, A-R.). Psykologien kustannus Oy, Helsinki.

Niemistö, R. 1994. Ryhmän käyttö kuntoutuksessa. Kuntoutus 4/94, 34-36.

Numminen, H. (toim.) 1991. Aivoverenkiertohäiriöt ja kuntoutus - opas potilaille ja heidän omaisilleen. Suomen sydäntautiliitto ry:n julkaisu. Helsinki: Fagepaino. 59-79.

Ohlsen, M.M., 1970. Group Counseling. Holt, Rinehart and Winston, Inc., USA.

Pachalska, M., 1991. Group Therapy for aphasia patients, Aphasiology, vol. 5 n:o 6, 541-554.

Palo, J. & Jokelainen, M. & Kaste, M. & Teräväinen, H. & Valtimo, O. 1984. Neurologia. WSOY, Porvoo. 319-338.

Parantava runo, 1982. (toim. Immeli, A., Melen, O. ja Sippola, L.). Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki. 195, 202.

Porch, B.E. 1981. Therapy Subsequent to the PICA. Kirjassa Language Intervention Strategies in Adult Aphasia (toim. R. Chapey), Williams & Wilkins, Baltimore.

Powell, G.E. 1981. Brain Function Therapy. Gower Publ., Aldershot.

Pyyppönen, V. 1992. Pidä pintasi. Suomen Sydäntautiliitto ry. 72.

Pyyppönen, V. 1991. Puheen ja muiden kielellisten toimintojen häiriöt. Teoksessa Numminen, H. (toim.) Aivoverenkiertohäiriöt ja kuntoutus - opas potilaille ja heidän omaisilleen. Suomen Sydäntautiliitto ry., Helsinki. 71-81.

Revonsuo, A. & Lang, H. & Aaltonen, O. (toim.) 1996. Mieli ja aivot. Kognitiivinen neurotiede. Turun yliopiston kognitiivisen neurotieteen tutkimusyksikkö.

Ruitenbeek, H.M. 1975. Parantavat ryhmät. Helsinki: Otava.

Rytisalmi, M. 1975. Halvaus. Helsinki: Otava.

Salminen, J.K. ja Hanses, O. 1994. Hoitosuhde kuntoutuksessa ja kuntouttajan rooli. Duodecim 110: 1468-1472.

Salonen, L. 1977-1980. Harjoittele puhuvaksi. Kuntoutusopas afasiapotilaille. Helsinki: Koulun erityispalvelu Oy.

Salonen, L. 1980. The language enriched, individual therapy program for aphasic patients. Teoksessa M.T.Sarno & O. Höök (toim.) Aphasia. Assessment and Treatment. Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 105-115.

Salonen, Leena, 1990. Intensiivinen, tietokoneharjoittelun tukema, jaksotettu kielellinen kuntoutus. Aikasarja kuntoutustuloksen arvioinnissa. Puheterapian opetus- ja tutkimusmonisteita 3/1990. Helsingin yliopistollinen keskussairaala, neurokirurgian klinikka.

Salonen, L. & Lehtihalmes, M. & Klippi, A. 1983. Afasian puheterapia ja sen perusteet. Suomen logopedis-foniatrisen yhdistyksen 20-vuotisjuhlajulkaisu: Puhehäiriöt ja kuntoutus. 75-91.

Salonen, T. 1994. Kriisissä mahdollisuus. Aivohalvaukseen sairastuneen ja hänen perheensä elämäntilanne sairastumisen jälkeen. Osa 1: Ammattihenkilöille. Aivohalvaus- ja afasialiitto ry. 49-53

Sarno, M.T. 1981. Recovery and Rehabilitation of Aphasia. Kirjassa Acquired Aphasia (toim. M.T.Sarno). Academic Press New York.

Sefer, J. 1978. Principles of Aphasia Therapy. Kirjassa The Management of Aphasia (toim. Y.Lebrun & O. Höök). Swets & Zeitlinger. Amsterdam.

Seron, X. & van der Linden, M. & van der Kaa-Delvenne, M. 1978. The Operant School in Aphasia Rehabilitation. Kirjassa The Management of Aphasia (toim. Y, Lebrun & R. Hoops), Swets & Zeitlinger, Amsterdam.

Siirtola, M. & Siirtola, T. 1982. Afasia, kysymyksiä ja vastauksia afasiasta. Afasialiitto, Turku.

SITRA, 1979. Aivohalvaus. Tutkimus- ja hoito-ohjelma. Sairaanhoitajien koulutussäätiö, Helsinki.

Sparks, R.W. 1981. Melodic Intonation Therapy. Kirjassa Language Intervention Strategies in Adult Aphasia (toim. R. Chapey). Williams & Wilkins, Baltimore.

v. Stockert, T.R. 1978. A standardized Program for Aphasia Therapy. Kirjassa The Management of Aphasia (toim. Y.Lebrun & O. Höök). Swets & Zeitlinger, W.B. Amsterdam.

v. Stockert, T.R. 1979. Theorie und Praxis einer Programmierten Aphasietherapie. Kirjassa Studien zur Sprachtherapie (toim. G. Peuser). Wilhelm Fink Verlag. Munchen.

Syrjälä, L. & Ahonen, S & Syrjäläinen, E. & Saari, S. 1995. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Helsinki: Kirjayhtymä.

Usher, R. & Bryant, I. 1989. Adult Education as Theory, Practice and Research. Routledge London & New York. 1-9.

Weigl, E. 1981. Neuropsychologie und Neurolinguistics. Selected Papers. Mouton, Haag.

Weigl, I. 1979. Neuropsychologische und psycholinguistische Grundlagen eines Programms zur Rehabiliterung aphasischer Störungen. Kirjassa Studien zur Sprachtherapie (toim. G. Peuser). Wilhelm Fink Verlag, Munchen.

Weisenburg, T. & Mc Bride, K. 1964. Aphasia: A clinical and Psychological Study. Hafner. New York.

Wertz, R.T. & Collins, M.J. & Weiss, D. & Kurtzke, J.F. & Friden. T. & Brookshire, R.H. & Pierce, J. & Holtzapple, P. & Hubbard, D.J. & Porch, B.E. & West, J.A. & Davis, L. & Matovitch, V. & Morley, G.K. & Resurreccion, E. 1981. Veterans Administration Cooperative Study on Aphasia. A Comparison of Individual and Group Treatment. J. Speech and Hearing Research 24: n:o 4, 580-594.

Wilk, J. & Paradis, M. 1993. Linguistic foundations of rehabilitation methods. In Foundations of Aphasia Rehabilitation, ed. Paradis, M. Pergamon Press Oxford.

Vilkki, J. 1981. Aivoleikkausten aiheuttamia muistihäiriöitä. Kirjassa Muisti ja sen häiriöt (toim. K. Achte` & A. Pakaslahti). Psykiatrian tutkimussäätiö, Helsinki.

Painamattomat lähteet:

Hänninen, R. 1989. Luennot Afasiakuntoutuksen jatkokurssilla Pohjois-Karjalan kesäyliopistossa Joensuussa 6.-9.6.

Kanninen, A. & Söderholm, S. & Pietilä, M-L. Neuropsykologiaan ja puheterapiaan liittyvää sanastoa. Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus, neuropsykologian ja puheterapian osasto.

Kiesiläinen, A. & Pietilä, M-L. & Pousi, K. & Pyyppönen, V. & Riihimäki, T. 1990. Suomen Puheterapeuttiliitto ry:n Koulutuspoliittinen ohjelma, luonnos.

Lehtihalmes, M. 1997. Luento Afasian kuntoutustutkimus r.y: n koulutuspäivillä, joiden aihe oli Afasiapotilaan tutkimusvälineet, kuntoutuksen seuranta ja tuloksellisuus. Helsinki 21.-22.3.

YHTEENVETO AFASIATUTKIMUKSESTA

	0	1	2	3
ORIENTOITUMINEN				
Paikka				
Aika				
Henkilöt				
RESEPTIIVINEN TOIMINTA				
Havainnot arkikeskustelun ymmärtämisestä				
Sanojen tunnistaminen esineistä, kuvista ja kehon-osien nimien tunnistaminen				
Dissosiaatio				
Sanojen tunnistaminen lauseyhteydestä				
Lauseiden ymmärtämistason määrittäminen				
Kehonkaava, kehonosien nimet, vasen-oikeaerottelu				
Auditiivinen erottelu: sanat, äänteet, tavut				
Auditiivinen muisti				
Semanttiset rakenteet				
Laajemman informaation ymmärtäminen				
EKSPRESSIIVINEN TOIMINTA				
Havainnot puheesta haastattelutilanteessa				
Automatismit: numerot, viikonpäivät, kuukaudet				
Toistaminen: äänteet, sanat, lauseet				
Nimeäminen				
Lauseiden tuottaminen				
Kuvasta kertominen				
Sanasujuvuus: eläimet, p-sanat, adjektiivit				
LUKEMINEN				
Kirjainten tunnistaminen				
Sanat				
Lauseet				
Kertomus/tarkistus				
KIRJOITTAMINEN				
Oma nimi				
Kuvion jatkaminen/dynaaminen apraksia				
Kopiointi				
Sanelu: kirjaimet, sanat, lauseet				
Itsenäinen kirjoittaminen				
LASKEMINEN				
Lukumäärien ja numeroiden tunnistaminen				
Peruslaskutoimitukset				
Laskutoimitukset paperilla				
ARTIKULAATIOELINTEN TOIMINTA				
Huulio, kieli				

KLIINISET HAVAINNOT	ON	EI
Apraksia		
Dysartria		
Agnosia		
Näköhäiriö		
Neglect		
Muistihäiriö		
Perseveraatio		
Erikoispiirteet		
Hemiplegia		

YHTEENVETO

SÄILYNEET TOIMINNOT

KESKEISET HÄIRIÖT

MUITA HUOMIOITA

KUNTOUTUSSUUNNITELMA

KÄYTÄNNÖN OHJEITA KESKUSTELTAESSA AFAATTISEN POTILAAN KANSSA

- Afaattinen ihminen on aikuinen. Hän pystyy ajattelemaan, vaikkei hän pysty ehkä lainkaan puhumaan ja vaikka hänellä on ymmärtämisvaikeuksia.
- Puhu selkeästi lyhyin ja yksinkertaisin virkkein, mutta älä liioittele.
- Puhu suoraan potilaaseen päin kääntyneenä niin, että hän näkee kasvosi ja suusi.
- Anna potilaalle aikaa hakea oikeaa ilmausta. Älä korjaa, kun hän sanoo väärin, vaan mieluummin toista tai kokoa hänen ilmaisemansa ajatus. Näin vältyt monilta väärinkäsityksiltä etkä myöskään pahoita potilaan mieltä.
- Vältä puhumasta samaan aikaan muiden kanssa, etenkin silloin, kun olette useamman ihmisen keskusteluryhmässä. Vältä myös keskustelua äänekkäässä ympäristössä.
- Älä vaihda keskustelunaihetta liian nopeasti tai liian usein.
- Vältä pitkiä keskusteluja, jos huomaat potilaan väsyvän. Puhuminen tai kuunteleminen voi olla hänelle suuri ponnistus.
- Älä teeskentele ymmärtäneesi potilaan puhetta, jos et ole saanut siitä selvää.
- Käytä kysymyslauseita, joihin afaatikko voi vastata "kyllä" tai "ei". Älä tee vaihtoehtoisia kysymyksiä, kuten "Otatko kahvia vai teetä?"
- Kokeile erilaisia apumenetelmiä, esimerkiksi kuvatulkkia, eleitä ja piirtämistä. Käytä mielikuvitustasi ja yritä arvata, mitä potilas haluaa sanoa.
- Aina ei tarvitse puhua. Yhdessä voi olla myös ilman sanoja. Tärkeää on toisen kuuntelu, halu ymmärtää, yhdessäolo ja yhteinen toiminta.

KYSELYLOMAKE 1.

Nimi=_____

Ikä_____

Sairastumisvuosi, kuukausi_____

Pystyn kommunikoimaan pelkällä puheella_____

Joudun turvautumaan puhetta korvaaviin kommunikointikeinoihin_____

Asun yksin_____

En asu yksin, vaan_____kanssa

Olen eläkkeellä_____

Työelämässä_____

Ammattini (myös aikaisempi)

_____

Harrastukseni_____

Lue seuraavat kysymykset tarkoin ja ympyröi itseäsi osuvimmin kuvaava vaihtoehto. Siis, jos olet täysin samaa mieltä, ympyröi 1. Jos olet jokseenkin samaa mieltä, ympyröi 2. Jos et osaa sanoa, ympyröi 3. Jos olet jokseenkin eri mieltä, ympyröi 4. Jos olet täysin eri mieltä, ympyröi 5!

AJATTELE VASTATESSASI NYKYISTA TILANNETTASI!

1. En mielelläni hakeudu täysin vieraiden ihmisten juttusille.	1	2	3	4	5
2. Annan perheenjäsenteni vastata mieluimmin puhelimeen kuin vastaisin itse.	1	2	3	4	5
3. Vastaan itse, mutta vastahakoisesti, koska asun yksin.	1	2	3	4	5
4. Asioin mieluimmin valintamyymälässä ruokaostoksilla ,koska en tarvitse siellä puhetta.	1	2	3	4	5
5. Asioin mieluimmin valintamyymälässä vaateostoksilla ,koska en tarvitse siellä puhetta.	1	2	3	4	5
6. Voin puhua tuntemattomille ihmisille ilman pelkoa tai hämmennystä.	1	2	3	4	5

7. Hoidan itse asioitani puhelimitse tarvittaessa virastoihin (esim. kela, verovirasto).	1	2	3	4	5
8. Käyn mieluimmin henkilökohtaisesti asioimassa tarvittaessa em. virastoissa.	1	2	3	4	5
9. Annan mieluimmin perheenjäsenteni/tuttavieni hoitaa em. virastoasiani.	1	2	3	4	5
10. Jos olen eksynyt, kysyn epäröimättä vastaantulevilta tietä.	1	2	3	4	5
11. Jos seurassani on toverini/omaiseni, annan mieluummin hänen kysyä tietä.	1	2	3	4	5
12. Puhun mieluimmin tuttavieni kanssa kuin tuntemattomien.	1	2	3	4	5
13. Minun on vaikea saada suunvuoroa tuntemattomien seurassa.	1	2	3	4	5
14. Minusta tuntuu, että vieraammat ihmiset eivät ymmärrä puhettani.	1	2	3	4	5
15. Minusta tuntuu, että tutummat/läheisimmät ihmiset eivät ymmärrä puhettani.	1	2	3	4	5

16. Minusta tuntuu, että tuntemattomat pelkäävät minua puhuessani. 1 2 3 4 5

17. Minun on vaikea saada suunvuoroa tuttavien/omaisten seurassa. 1 2 3 4 5

18. Kuulun aktiivisesti johonkin yhdistykseen. 1 2 3 4 5

Mihin?_____

19. Osallistun kokous/yhdistyskeskusteluihin mielelläni. 1 2 3 4 5

20. Pidän onnittelupuheen mielelläni esim. sukulaiseni syntymäpäivillä. 1 2 3 4 5

21. Pidän puheen mielelläni virallisemmassakin yhteydessä. 1 2 3 4 5

22. Olen mielestäni hiljainen seurassa. 1 2 3 4 5

23. Käyn tuttavieni/ystävieni luona harvoin. 1 2 3 4 5

24. Puhetaitoni on mielestäni

erittäin hyvä	1	2	3	4	5
hyvä	1	2	3	4	5
keskinkertainen	1	2	3	4	5
huono	1	2	3	4	5

KIITOS!

TAULUKKO 1

	Lurijan afasialuokitus	Bostonilainen afasialuokitus	Vaurion todennäköisin lokalisaatio
Etinen vaurio Ekspressiivinen häiriö Non-fluentti muoto (sujumaton)	Frontaalinen dynaaminen afasia	Transkortikaalinen motorinen afasia	Laaja vasemman aivopuoliskon otsalohkon vaurio Brocan alueen ulkopuolella
	Efferentti motorinen afasia	Brocan afasia	Vasemman otsa-päälaenlohkon alueen alaosan vaurio, joka ulottuu Brocan alueen alapuolella oleviin syvempiin osiin
		Konduktioafasia	Wernicken alueen ja ohimolohkon välinen yhteys katkennut (fasciculus arquatus)
	Afferentti motorinen afasia		Vasemman päälaenlohkon ala-etuosien vaurio
		Globaalinen afasia	Laaja vasemman hemisfäärin vaurio, joka ulottuu syvälle aivojen sisempiin rakenteisiin
Takainen vaurio Reseptiivinen häiriö Fluentti muoto (sujuva)	Sensorinen afasia	Wernicken afasia	Vasemman ohimolohkon takaosa ja takaisen päälaen lohkon alaosa ja niiden sisemmät rakenteet
	Akustiko-mnestinen afasia	Anominen afasia	Vasemman ohimo-takaraivolohkon yhtymäkohta, toinen ohimopoimu vasemmalla
	Semanttinen afasia	Transkortikaalinen sensorinen afasia	Wernicken alueen ulkopuolella oleva päälaen-ohimolohkon alue ja niiden alla olevat sisemmät rakenteet

(mukaellen Lehtihalmes, 1982)

Liite 4

ABSTRAKTI	käsitteellinen
ADEKVAATTI	asianmukainen, riittävä
AFASIA	aivokudoksen vauriosta johtuva kielellinen puhehäiriö, joka ilmenee vaikeutena puhua ja/tai ymmärtää puhetta ekspressiivinen afasia eli motorinen on ilmaisupuolen häiriö. Potilaan on vaikea puhua, puhe on kangertelevaa ja sujumatonta, koska potilaalla on vaikeuksia löytää oikeita ääntöelinten asentoja, oikeita sanoja ja ilmaista ajatuksia johdonmukaisesti. reseptiivinen afasia eli sensorinen afasia on ymmärtämispuolen häiriö. Potilaan on vaikea ymmärtää puhuttua kieltä, koska ei pysty erottelemaan puheääntäitä, tunnistamaan sanojen merkityksiä tai kieliopillisia päätteitä lauseessa.
AFFEKTILABILITEETTI	tunne-elämän ailahtevaisuus, ilmenee esim. itku- tai nauruherkkyytenä
AFONIA	äänettömyys
AGNOSIA	havaintotoimintojen häiriö, joka ilmenee vaikeutena eri aistialueilta tulevien tietojen tunnistamisessa ja ymmärtämisessä. Aistielimet toimivat moitteettomasti. Agnosia voi ilmetä näkö-, kuulo- tai tuntoaistin alueella. auditiivinen agnosia ilmenee vaikeutena ymmärtää kuultuja ääniä, vaikka kuulo on kuunossa. Seurauksena on, että potilaan on vaikea ymmärtää kuultua puhetta (muistuttaa reseptiivistä afasiaa). Mikäli häiriö on vaikea, potilas ei ymmärrä tavallisten äänien (puhelimen pirinä) merkityksiä. visuaalinen agnosia ilmenee vaikeutena ymmärtää nähtyjä ärsykkeitä, vaikka näkö on normaali. Potilas ei tunnista esineitä, kuvia, värejä, kirjaimia tai numeroita. Erikoismuotona mainittakoon kasvoagnosia, jolloin potilas ei tuunista henkilöitä. taktiilinen agnosia (astereignosia) ilmenee koskettustunnon häiriönä. Potilas ei tunnista kädessään olevia esineitä, vaikka syvä- ja pintatunto toimivat. spatiaalinen agnosia ilmenee vaikeutena avaruudellisten suhteiden tajuamisessa. Potilas ei pysty esim. arvioimaan suuntia ja etäisyyksiä, kellon ymmärtäminen on vaikeaa.
AGRAFIA	aivovauriosta johtuva kirjoittamisen häiriö, joka voi ilmetä luovassa kirjoittamisessa, sanelukirjoituksessa tai vaikeimmillaan kopiointikirjoituksessa.
AGRAMMATISMI	kieliopillinen häiriö lauserakenteiden käytössä. Sanat tulevat väärässä järjestyksessä, sanoja puuttuu tai taiuvutuspäätteet ovat virheellisiä. Lauseet ovat "sähkösanoma"-tyylisiä.

AKALKULIA — Aivovauriosta johtuva laskemisen häiriö, joka voi ilmetä vaikeutena ymmärtää numeroita, lukujen suuruuksia ja laskutoimitusten merkkejä sekä peruslaskutoimituksia. Lievemmissä tapauksissa ilmenee vaikeuksia vain sanallisten laskujen ymmärtämisessä. Myös rahan tunnistamisessa ja käytössä voi ilmetä vaikeuksia.

ALEKSIA — Aivovauriosta johtuva lukemisen häiriö, joka ilmenee vaikeutena ymmärtää joko kirjaimia, sanoja tai lauseita. Lievemmissä tapauksissa ilmenee vaikeutta pitempien tekstikokonaisuuksien ymmärtämisessä.

AMNESIA — Muistihäiriö.

AMUSIA — Kyky ymmärtää musiikkia tai musisoida itse on alentunut aivovaurion seurauksena.

ANOMIA — Sanojen muistamisvaikeus.

ARTIKULAATIO — Ääntäminen.

APRAKSIA — Aivovauriosta johtuva tahdonalaisten liikkeiden suorittamisen vaikeusa, joka ei ole seurauksena halvauksesta.

<u>Asentoapraksia</u>: potilas ei kykene löytämään oikeita asentoja sormilleen tiettyjen toimintojen suorittamiseksi.

<u>Dynaaminen apraksia</u>: aikaisemmin hallitut raajojen ja vartalon liikeketjut kadottavat sujuvuutensa. Seurauksena on raajojen tarkkuutta vaativien liikkeiden, kävelykyvyn ja vartalon hallinnan häiriö. Puheessa potilas löytää oikeat artikulaatioelinten asennot, mutta ei kykene siirtymään äänteestä toiseen. Myös käsialassa ilmenee usein vaikeutta.

<u>Ideatorinen eli ideationaalinen apraksia</u>: potilas ei kykene suorittamaan loppuun aloittamaansa liikesarjaa. Potilas käyttää esim. ruokailuvälineitä väärin.

<u>Ideomotorinen apraksia</u>: potilas kykenee tahattomasti käyttämään esineitä, mutta ei kykene kuvittelemaan toimintoja ilman esineitä. Esim. potilas kykenee leikkaamaan saksilla, mutta ei pysty ilman saksia näyttämään miten leikkaan.

<u>Konstruktionaalinen apraksia</u>: potilaan on vaikea koota pienistä osista aiottu kokonaisuus (esim. kuutioiden kokoaminen mallin mukaan, palapelin kokoaminen tai talon piirtäminen ovat vaikeita).

<u>Motorinen apraksia</u>: potilas on tietoinen siitä, mitä pitäisi tehdä, mutta hän ei kykene käyttämään käsiään tai jalkojaan tietyn liikesarjan suorittamiseksi (esim. oven avaaminen ei onnistu).

<u>Oraalinen apraksia</u>: potilas ei kykene löytämään oikeita ääntöelinten asentoja äänteiden tuottamiseksi.

Pukeutumisapraksia: potilas ei kykene pukeutumaan tahdonalaisesti vaikka halvaus ei ole esteenä, koska hän ei ymmärrä miten päin vaattee puetaan päälle.
Spatiaalinen apraksia: potilas ei tajua ympäristön keskinäisiä suhteita, hän ei tajua vaaka- ja pystysuoraa, ei hahmota eri esineiden välisiä suhteita. Hän ei pysty suuntaamaan liikettä avaruudellisessa tilassa (esim. vesihanan avaaminen ei onnistu).
Symbolinen apraksia: potilas ei pysty käyttämään liikkeitä symboleina (esim. tekemään kunniaa).

ASSOSIAATIO — Mielleyhtymä.

ASSOSIATIIVINEN MUISTI — Mielleyhtymiin perustuva muisti.

AUDITIIVINEN — Kuulovarainen, kuuloon liittyvä.

BRADYLALIA — Rytmiltään hidastunut puhe.

COMMOTIO — Aivotärähdys.

CONTUSIO — Aivoruhjevamma.

DEFENSSI — Henkinen sopeutumiskeino.

DISKRIMINAATIO — Erottelu. Esim. auditiivinen diskriminaatiokyky eli kuulovarainen erottelukyky on heikentynyt, jos potilas ei kykene erottelemaan pieniä äännemuutoksia sanoissa (talo-valoa, kana-kala). Tällöin potilaan on vaikea ymmärtää sanojen merkityksiä täsmällisesti.

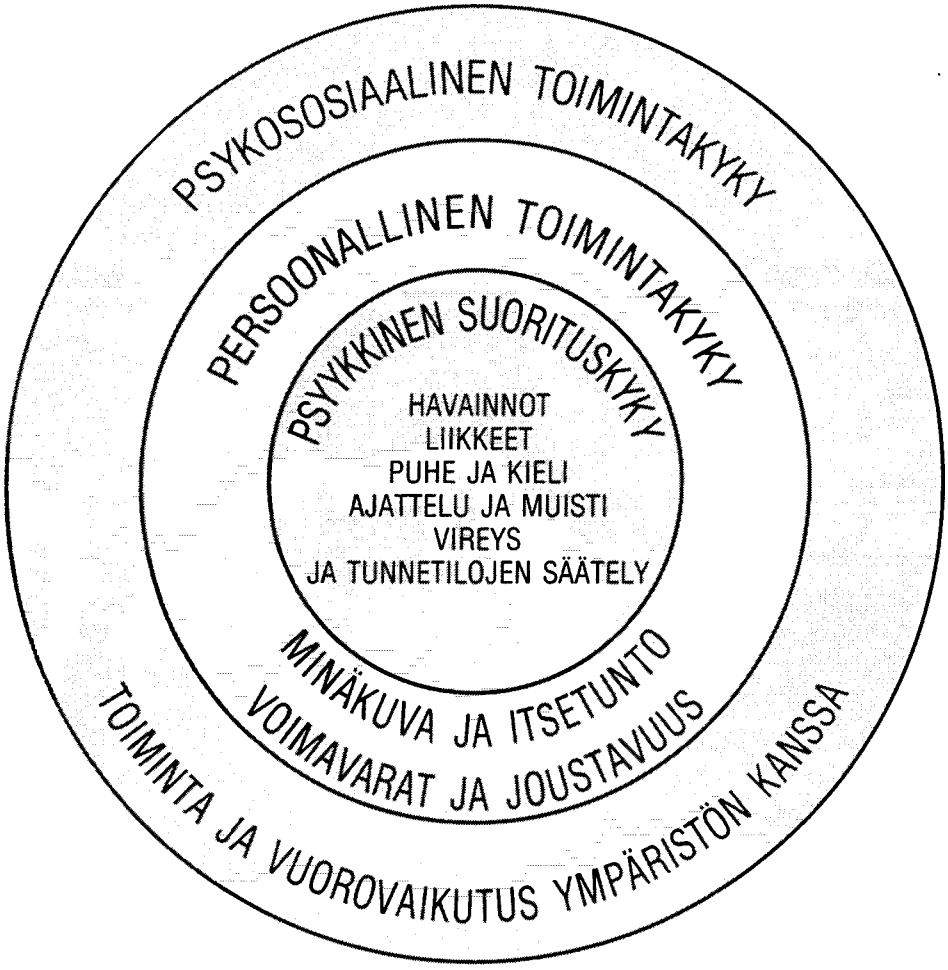
DISSOSIAATIO — Sanat menettävät merkityksensä toistettaessa tai jos kuulomuistia kuormitetaan.

DYSARTRIA	puheen epäselvyys, joka johtuu ääntöelinten osittaisesta halvaantumisesta tai toimintakyvyttömyydestä
DYSARTROFONIA	hengityksen ja äännön yhteistyön häiriö
DYSFASIA	lievempi muoto afasiasta
DYSFONIA	äänen heikkous
DYSFUNKTIO	virheellinen toiminta
DYSGRAFIA	lievempi muoto agrafiasta
DYSGRAMMATISMI	lievempi muoto agrammatismista
DYSKALKULIA	lievempi muoto akalkuliasta
DYSLEXIA	lievempi muoto alexiasta
DYSPRAKSIA	lievempi muoto apraksiasta
	artikulaatiovaikeus puheessa - potilaan on vaikea tahdonalaisesti tuottaa tiettyjä äänteitä (oraalinen) tai siirtyä äänteestä toiseen (dynaaminen)
DYSPROSODIA	puhemelodian häiriintyminen
EKOLALIA	potilas vastaa esitettyyn kysymykseen toistamalla kysymyksen
EMOTIONAALINEN	tunneperäinen
ENCEPHALOPATHIA	aivotauti
EUFORIA	aiheeton yli-iloisuus
FOBIA	pelkotila
FONEEMI	äänne
FRUSTRAATIO	pettyminen jonkin päämäärän tavoittelussa, turhautuminen
FUNKTIO	toiminta, tehtävä
FUNKTIONAALINEN	esim. toiminnallinen äänihäiriö, potilas käyttää ääntänsä väärin, syynä ei ole elimellinen sairaus
HABITUS	olemus
HEMIPAREESI	toispuolihalvaus

HEMISFÄÄRI	aivopuolisko. Dominantti hemisfääri eli määräävä aivopuolisko (oikeakätisillä yleensä vasen puoli). Resessiivienn eli väistyvä hemisfääri (oikeakätisillä yleensä oikea puoli).
HETEROGEENINEN	erilainen
HOMOGEENINEN	samanlainen
HOMONYYMI HEMIANOPIA	eli hemianopsia - näkökentän toispuoleinen kaventuminen tai sokeus
JARGON	merkityksetöntä puhetta, johon liittyy puheen ymmärtämisen häiriö
KEHONKAAVAN HAIRIÖ	(Body image -häiriö) kyvyttömyys hahmottaa oman kehon osia ja suhteita
KOMMUNIKAATIO	tiedonvälitys, kanssakäyminen
KOMPENSAATIO	korvaaminen
KONFABULAATIO	taruilu, mielikuvistustarinoiden esittäminen tosina
KONKREETTINEN	esineellinen, "kouraantuntuva"
KONTAMINAATIO	kahden asian sekoittaminen keskenään, sotkeminen yhteen
KONVERSIO-OIRE	torjuttujen sielullisten ristiriitojen ilmeneminen ruumiillisina oireina
KO-OPERAATIO	henkilöiden välinen yhteistyö
KOORDINAATIO	kehonosien yhteistyö
LABIAALI	huulilla muodostettava äänne
LABIILI	helposti muuttuva, horjuva, epävakaa
LOOGINEN MUISTI	asiakokonaisuuksien muistaminen, johdonmukainen muisti
NEGLECT-OIRE	Havaintokentän toisen puolen huomiotta jättäminen (liittyy usein oikean aivopuoliskon vaurioon). Myös oman kehon toinen puoli voi jäädä huomiotta. Näkökentät voivat olla kunnossa.
NEUROOSI	psyykkinen sopeutumisen häiriö. Muotoja ovat mm. ahdistuneisuus, pelkotilat, pakkotoiminnat ja -mielteet ja suhteeton väsymys.

ORGAANINEN	elimellinen
ORGAANINEN PSYKOSYNDROMA	aivovaurion aiheuttama psyykkisten toimintojen häiriö
ORIENTOITUMINEN	itsensä paikantaminen ajallisesti ja paikallisesti sekä hankilöiden tunnistaminen
PALILALIA	potilas vastaa kysymykseen samalla sanalla tai lauseella toistaen sitä nopeassa tahdissa ja loppua kohden pienenevällä äänellä
PARAFASIA	äänteiden tai sanojen poisjättäminen tai toisilla korvaaminen. Literaalinen parafasia, äänteitä korvataan toisilla. Verbaalinen parafasia, sanoja korvataan toisilla, jotka kuuluvat samaan ryhmään (omena/appelsiini, pöytä/tuoli). fonemaattinen semanttinen neologismit
PARALLEELI	rinnakkainen, vastaava
PAREESI	osittainen halvaus. Parapareesi on kaksiraajahalvaus (kädet tai jalat). Tetrapareesi - neliraajahalvaus
PEDANTTISUUS	pikkutarkkuus, turhan tarkkuus
PERSEVERAATIO	takertuminen johonkin sanaan tai asiaan, mikä estää etenemisen uuteen asiaan, ajtukseen tai liikesarjaan
PLEGIA	eli paralyysi - täydellinen halvaus
POSTTRAUMAATTINEN	vammautumisen jälkeinen, vamman aiheuttama
PRIMAARI	alkuperäinen, esim. alkuperäinen älyllinen taso. Ensisijainen, esim. ensisijainen sairaus.
PSYKOGEENINEN	psyykkisistä eli henkisistä syistä johtuva
PSYKOOSI	mielisairaus, jossa usein todellisuuden taju hämärtyy
SEKUNDAARI	toissijainen
SEMANTTINEN	sanojen merkityksiin liittyvä. Semanttinen häiriö - potilas ei ymmärrä täsmällisesti sanojen merkitysroja eikä kieliopillisia suhteita.
SIMULAATIO	taudin oireiden tietoinen teeskentely
SOMAATTINEN	ruumiillinen
SPAN	auditiivinen span - kuullun välitön mieleenpalautus visuaalinen span - nähdyn välitön mieleenpalautus
SPATIAALINEN	avaruudellinen

STABIILI	pysyvä, vakioinen
STEREOTYYPPINEN	jäykkä, kaavamainen, mukautumatta toistuva
STIMULAATIO	kiihotus, ärsytys
SUICIDAALINEN	itsemurhaan liittyvä, itsemurja-ajatuksia hautova henkilö
SYNDROMA	oireyhtymä
SYNTEESI	erillisten asioiden liittyminen yhdeksi kokonaisuudeksi, vrt. analyysi - kokonaisuuden hajottaminen osiksi
TAKTIILINEN	tuntoaistiin, kosketukseen liittyvä
VERBAALINEN	kielellinen
VISUAALINEN	näköön liittyvä



YKSILÖLLISEN TOIMINTAKYVYN TASOT

Toimintakykymme perustan muodostaa psyykkinen suorituskyky. Sillä tarkoitetaan taitoja ja tietoja, joiden karttuminen ja säilyminen perustuu aivojen toimintaan. Tällaisia ovat mm. käden taidot sekä kyky puhua, ajatella ja muistaa. Persoonallinen toimintakyky puolestaan luo kehykset, joiden vahvuus, joustavuus ja uusiutuvuus tekevät mahdolliseksi selviytyä vastoinkäymisistä, sopeutua ja kokea mielihyvää menetystenkin jälkeen.

Sosiaalinen toimintakykymme tarkoittaa kykyä toimia yhteistyössä ympäristön kanssa. Yhteistyön vaatimia taitoja ovat mm. kyky tulla toimeen erilaisten ihmisten kanssa, kyky noudattaa yhteisiä sääntöjä sekä kyky tehdä työtä ja antaa oma panoksensa yhteisten asioiden hoitamiseen.

Toimintakykymme kaikkine osa-alueineen muotoutuu jatkuvasti kokemustemme ja oman aktiivisen toimintamme myötä luoden edellytykset mahdollisimman rikkaaseen ja tasapainoiseen elämään.

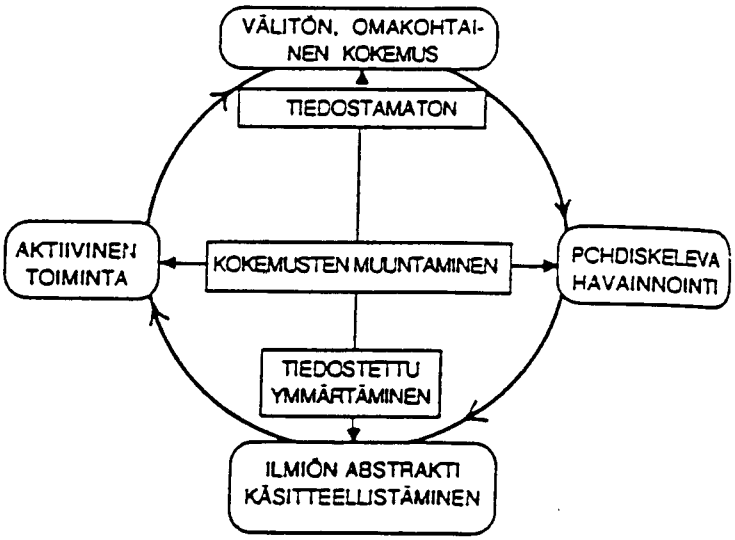
(Numminen, 1991. 59)

Vaakasuora: Häiriön lievenemisasteet
(0 = ei muutosta, 1 = vähäinen liev.,
2 = kohtal. liev., 3 = huomattava liev.)

osa-alueet	0	1	2	3
orientaatio	7	3		
sanojen tunnist.				
esineistä,				
kuvista ja kehon-				
osien tunnist.	7	3		
sanojen tunnist.				
lauseyhteydestä	9	1		
kehon tunnist.	8		2	
audit. erott.	9			1
audit. muisti	7		2	1
semanttiset				
rakenteet	3	6	1	
laaj. inf.				
ymmärtäminen	7	1	2	
automatismit	6	1	2	1
toistaminen	7	2		1
nimeäminen	8	2		
sanasujuvuus	10			
lukeminen	7	2	1	
kirjoitt.	3	4	3	

Pystysuora: Koehenkilöiden lukumäärä lievenemisasteen mukaan kussakin häiriötyypissä

Kuvio 2 Kokonaisvaltaisen oppimisen malli



(Kohonen 1988, 190)