

ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS
SOCIALINĖS GEROVĖS IR NEGALĖS STUDIJŲ FAKULTETAS
SPECIALIOSIOS PEDAGOGIKOS KATEDRA

Specialiosios pedagogikos magistrantūros studijų programa

Viktorija Neverdauskaitė

**KALBOS ATKŪRIMO DINAMIKA ĮVAIRIAIS GALVOS SMEGENŲ
PAŽEIDIMŲ ATVEJAIS**

Magistro darbas

*Magistro darbo vadovė –
prof. dr. Regina Ivoškuvienė*

2014

Turinys

Magistro darbo santrauka	3
Įvadas	4
Pagrindinės sąvokos	7
1 skyrius. AFAZIJŲ APTARIMAS LITERATŪROJE	8
1.1. Afazijų apibrėžimas.....	8
1.2 Afazijų rūšys ir esminiai požymiai – neurologinio ir neuropsichologinio modelio palyginimas.....	9
1.3. Kalbos atkūrimas afazijos atveju: principai, uždaviniai, metodai.....	14
2 Skyrius. KALBOS ATKŪRIMO DINAMIKA ĮVAIRIAIS GALVOS SMEGENŲ PAŽEIDIMO ATVEJ AIS	22
2.1. Tyrimo metodika.....	22
2.2. Tyrimo dalyviai.....	23
2.3. Tyrimo rezultatų analizė.....	25
2.3.1. Kalbos atkūrimo dinamika insulto atvejais.....	25
2.3.2. Kalbos atkūrimo dinamika galvos smegenų traumų atvejais.....	26
2.3.3. Kalbos atkūrimo dinamika navikų šalinimo atvejais.....	27
2.4. Kalbos atkūrimo atvejų analizė, esant skirtingiems galvos smegenų pažeidimams.....	28
2.4.1. Kalbos atkūrimo atvejų analizės, kai afazijos priežastis yra insultas.....	29
2.4.2. Kalbos atkūrimo atvejų analizės, kai afazijos priežastis naviko šalinimas.....	36
2.4.3. Kalbos atkūrimo atvejų analizės, kai afazijos priežastis galvos smegenų trauma..	41
Išvados	48
Literatūra	49
Summary	53
Priedai	54

Magistro darbo santrauka

Darbe atlikta *teorinė* afazijos formų ir kalbos atkūrimo principų bei metodų analizė.

Atvejų analize, siekta atskleisti kalbos atkūrimo dinamiką įvairiais galvos smegenų pažeidimo atvejais – insulto, galvos smegenų traumos, galvos smegenų naviko šalinimo. Atvejų analizės tikslas ištirti, kokie kalbos atkūrimo metodai yra taikomi dažniausiai; kaip kinta tiriamųjų kalba ir kalbos suvokimas reabilitacijos eigoje; kokią įtaką kalbos sutrikdymui ir atkūrimui turi galvos smegenų pažeidimo pobūdis.

Atsitiktinės atrankos būdu atvejų analizei pasirinkta 12 tiriamųjų, kurių kalbos sutrikimą sukėlė skirtingo pobūdžio galvos smegenų pažeidimai.

Svarbiausios tyrimo *išvados*:

1. Empirinio tyrimo metu nustatyta, jog visiškai atkurti sutrikdytą kalbą dažniausiai pavyksta, kai afazijos priežastis yra insultas. Teigiama kalbos atkūrimo dinamika, taip pat vyksta galvos smegenų traumų atvejais.
2. Tyrimas parodė, jog galvos smegenų pažeidimo pobūdis – trauma, insultas ar naviko šalinimas, neturi įtakos afazijos rūšiai. Afazijos rūšį nulemia galvos smegenų pažeidimo vieta.
3. Navikų pašalinimo atvejais, dažniau nustatomi nežymūs kalbos sutrikimai, tačiau kalba atsikuria lėčiausiai arba nekinta.
4. Nustatyta, jog galvos smegenų traumų atvejais dažniau, nustatoma sudėtingesnių formų ir sunkesnių laipsnių afazija, o kalbos atkūrimo dinamiką stabdo ryškūs pažintinių procesų sutrikimai, bendra sveikatos būklė bei bendrosios motorikos sutrikimai.
5. Neatsižvelgiant į afaziją sukėlusią priežastį sparčiausiai atsikuria kalbos suvokimas. Teigiamos įtakos impresyvosios ir ekspresyvosios kalbos atsikūrimui turi visos reabilitacijos komandos veikla bei logopedo bendradarbiavimas su šeimos nariais.
6. Atvejų analizės parodė, kad teigiamai kalbos atkūrimo dinamikai ypatingai svarbi motyvacija, kalbos atsikūrimas galimas tik tuo atveju, kai asmuo yra motyvuotas veiklai.
7. Logopedinėse pratybose taikomi kalbos atkūrimo metodai ir priemonės, neatsižvelgiant į galvos smegenų pažeidimo pobūdį, yra vienodi ir parenkami atsižvelgiant į afazijos rūšį.

Esminiai žodžiai: afazija, galvos smegenų pažeidimas, kalbos atkūrimas.

Ivadas

Kalba yra unikali žmogau smegenų funkcija, Miliauskas (2006), teigia, jog žodžių suvokimas iš sudėtingų garsų ar grafinių simbolių, bei minčių suvokimas rodo aukščiausią sensorinių funkcijų integraciją. Sudėtingoms nervinėms funkcijoms atlikti reikia daugelio smegenų sričių integracinės veiklos. Autoriaus teigimu, kai kurios sritys įtraukiamos į vienas funkcijas labiau negu į kitas. Netgi labai sudėtingos pažinimo funkcijos yra sutelktos tam tikrose smegenų srityse.

Kalbos funkcinės sistemos raidoje pati sudėtingiausia ir reikšmingiausia yra galvos smegenų žievės veikla. Žievinė kalbos funkcinės sistemos dalis formuojasi sudėtingoje besivystančio individo sąveikoje su jį supančiu pasauliu. Jis mato ir girdi, yra emocionaliai imlus. Sudėtingas įvairių aferentacijų srautas eina į galvos smegenų žievę ir aktyvina struktūras, kurios ilgainiui formuojasi kaip kalbos centrai (Daulenskienė, Ivoškuvienė, 1993).

Carrol (2004) nurodo, kad esminiai aiškinimai, apie biologinius kalbos pagrindus, buvo atlikti tiriant žmones, patyrusius kalbos zonų pažeidimus smegenyse. Tokiu būdu buvo nustatyta, kad pažeidus smegenis, kai kurios kalbos funkcijos išlieka nepakitusios, o kitos smarkiai pakinta ar net išnyksta.

Afazija, tai kalbos sutrikimas, kurį sukelia smegenų vienos ar kelių kalbos zonų pažeidimas. Afazijos atveju gali būti sutrikdytas kalbėjimas, kalbos suvokimas, skaitymas, rašymas bei skaičiavimas. Dažniausia afazijos priežastis yra smegenų kraujotakos sutrikimai (insultas), traumos, navikai ir kt. (Pompili, Abad, Trancoso ir kt., 2011).

Skirtinguose šaltiniuose nurodoma, jog afazija yra būdinga 20-38% žmonių patyrusių insultą (Berthier, 2005, Femke Nouwens ir kt., 2013). Europos galvos smegenų insulto iniciatyvinės grupės duomenimis sergamumas galvos smegenų insultu yra skirtingas įvairiose Europos šalyse. Nustatyta, kad naujų galvos smegenų insultų atvejų užregistruojama nuo 100 iki 200/100 000 gyventojų per metus. Tikslių duomenų apie afazijos paplitimą Lietuvoje nėra. Radžiuvienė, Raškauskienė, Varoneckas (2007) atlikdami ilgalaikį kalbos atsikūrimo tyrimą nustatė, jog Klaipėdos mieste 1995-2000 m. po insulto kalbos sutrikimas nustatytas 1045 pacientams. Palangos reabilitacijos ligoninėje per 2013 m. afazija nustatyta 153 pacientams, patyrusiems įvairius galvos smegenų pažeidimus. Amerikos nacionalinės afazijos asociacijos duomenimis (2013) 85% visų afazijos atvejų priežastis yra insultas, 15% - afazijos atvejų sukelia galvos smegenų traumos, navikų šalinimo operacijos, medikamentu vartojimo pasekmės ir pan.

Tiriamos problemos aktualumą iliustruoja anksčiau minėti skaičiai. Milinavičienė, Rastenytė, Kriščiūnas (2007), Pauliukas, (2010), teigia, jog galvos smegenų insultas pripažintas

viena pagrindinių sergamumo, mirtingumo ir ilgalaikės negalios priežasčių visame pasaulyje. Pompili, Abad, Trancoso ir kt. (2011) pabrėžia, jog gebėjimo kalbėti ir suprasti kalbą praradimas yra ne tik individo, bet visos šeimos ir visos visuomenės problema.

Afazijos pasekmės kasdieniniam žmonių gyvenimui yra dramatiškos, todėl kalbos atkūrimas turi ypatingą reikšmę. Gebėjimo kalbėti praradimas turi įtakos ne tik kasdieniam gyvenimui, bet ir reabilitacijos procesui, tai gali daryti įtaką reabilitacijos rezultatams. Radžiuvienė, Raškauskienė, Varoneckas, (2007) teigia, jog kalbos sutrikimas apsunkina reabilitacijos eigą. Logopedinės pagalbos esmę sudaro sutrikusių šnekamosios kalbos ir bendravimo funkcijų atgavimas, todėl komunikacijos funkcijoms gerinti ji yra būtina ir ūminiu, ir vėlyvuoju sirgimo periodu vykdant ilgalaikę reabilitaciją.

Reabilitacija po patirto insulto, traumos ar kito pobūdžio smegenų pažeidimo, kurio metu yra sutrikdoma žmogaus kalba, yra kompleksinė – orientuojamasi į bendros paciento būklės atstatymą. Reabilitacijos komandoje, logopedui tenka svarbus vaidmuo – informuoti reabilitacijos komandos narius, apie labiausiai priimtinius bendravimo būdus, atsižvelgiant į kalbos sutrikdymo pobūdį. Gebėjimo suprasti kalbą praradimas ypatingai apsunkina reabilitacijos eigą, todėl čia labai svarbus komandos bendradarbiavimas.

Vega (2008), pažymi, jog afazija yra sudėtingas kalbos sutrikimas, kuris ženkliai keičia žmonių gyvenimą, todėl svarbu sutrikdytą kalbą atkurti. Yra daug įvairių metodų ir būdų, padedančių atkurti kalbą, tačiau tik keletas iš jų yra tyrimais įrodyti ir pakankamai efektyvūs. Taikomų metodų efektyvumą taip pat lemia ir specialisto – logopedo patirtis ir gebėjimas tinkamai pritaikyti kiekvienam pacientui individualiai. Kontou (2009) antrina, jog kalbos atkūrimo sėkmė priklauso ne tik nuo tinkamai parinktų metodų, tačiau ir nuo afazijos formos, psichologinių, pažintinių, psichosocialinių faktorių.

Gebėjimo bendrauti pagerėjimas keičia ne tik žmogaus, kurio kalba sutrikdyta, bet ir šeimos gyvenimą. Sutrikdytos kalbos atkūrimas yra sudėtingas procesas, kurio sėkmė priklauso ne vien nuo specialisto pastangų. Būtina ir žmogaus, kurio kalba yra sutrikdyta, motyvacija darbui bei susikalbėjimas reabilitacijos komandoje.

Tyrimo objektas. Kalbos atkūrimas įvairiais afazijos atvejais.

Tyrimo tikslas. Atskleisti kalbos atkūrimo dinamiką įvairiais afazijos atvejais ir esant skirtingam galvos smegenų pažeidimo pobūdžiui.

Uždaviniai:

1. remiantis mokslinės literatūros analize apibrėžti afaziją kaip kalbos sutrikimą; atskleisti įvairių afazijos formų požymius kalbai, išskirti esminius kalbos sutrikimo įveikimo principus bei metodus;

2. išsiaiškinti, kokie veiklos metodai atkuriant kalbą, dažniausiai yra taikomi praktikoje;
3. atskleisti, kokia yra kalbos kaita jos atkūrimo procese;
4. išsiaiškinti, kokią įtaką kalbos sutrikdymui ir jos atkūrimui, turi galvos smegenų pažeidimo pobūdis.

Tyrimo dalyviai. 2013 m. Palangos reabilitacijos ligoninėje gydęsi pacientai (152), netekę gebėjimo suprasti kalbą ir/ar kalbėti. Atsitiktinės atrankos būdu atvejų analizei pasirinkta 12 tiriamųjų, kurių kalbos sutrikimą sukėlė skirtingo pobūdžio galvos smegenų pažeidimai – 4 insulto, 4 galvos smegenų traumos ir 4 naviko šalinimo atvejai.

Tyrimo metodai. Mokslinės literatūros analizė, atvejų (dokumentų – kalbos vertinimo kortelės rezultatų, logopedinių pratybų) analizė.

Magistro darbo struktūra. Šį magistro darbą sudaro: santrauka lietuvių kalba, įvadas, 2 skyriai, išvados, naudotos literatūros sąrašas (44 šaltiniai), santrauka anglų kalba. Tyrimo duomenis iliustruoja 18 paveikslų. Prieduose pateikiama afazijų rūšių ir jų požymių lentelės, kalbos vertinimo schema ir tiriamųjų sąrašas. Darbo apimtis – 54 puslapiai.

Pagrindinės sąvokos

Afazija – (*gr. aphasia*) visiškas arba dalinis netekimas gebėjimo kalbėti ir suprasti kalbą dėl galvos smegenų pažeidimo. Tai centrinės organinės kilmės kalbos sutrikimas, priklausantis nuo kalbos centrų pažeidimo arba nuo ryšių, jungiančių šiuos centrus su kitais nervų sistemos skyriais, dalyvaujančiais kalbėjimo akte, pažeidimo (Ivoškuvienė, 1993).

Agnozija – (*a... + gr. gnōsis* – pažinimas) daiktų ir reiškinių atpažinimo sutrikimas, dažniausiai atsirandantis dėl galvos smegenų didžiųjų pusrutulių žievės pažeidimo (Medicinos enciklopedija, 1991).

Alternatyvioji komunikacija – yra pagalbinių bendravimo priemonių sistema, padedanti reikšti savo mintis verbalinės komunikacijos neturinčiam žmogui (Garšvienė, 2007).

Apraksija – (*gr. apraxia* – neveiklumas), nesugebėjimas atlikti tikslingų veiksmų, kai ligonis nėra paralyžiuotas, gali judinti rankas ir kojas (Medicinos enciklopedija, 1991).

Echolalija – (*echo...+ gr. lalia* – plepėjimas) nevalingas, mechaniškas kito žmogaus tariamų žodžių ar garsų kartojimas (Medicinos enciklopedija, 1991).

Insultas – (*lot. insulto* – šokinėjus) ūminis galvos smegenų kraujotakos sutrikimas, dėl kurio sutrinka visų smegenų arba jų dalių veikla (Medicinos enciklopedija, 1991).

Hemoraginis insultas – šio tipo insultas ištinka dėl kraujo išsiliejimo į smegenis (pvz., plyšus kraujagyslei ar padidėjus kraujagyslių sienelių pralaidumui) (Pauliukas, 2010).

Išeminis insultas arba smegenų infarktas – šio tipo insultas ištinka dėl nutrūkusio arba dėl ryškiai sumažėjusio kraujo pritekėjimo į smegenis (Pauliukas, 2010)

Motorinė afazija (Broca afazija) – kalbos sutrikimas kuomet žmogus negali kalbėti riškia kalba, nors kalbą supranta, atsirandantis pažeidus kairiojo smegenų pusrutulio apatinio kaktinio vingio užpakalinę dalį (44 – 45 laukelį) (Miliauskas, 2006).

Sensorinė afazija (Wernice afazija) – kalbos sutrikimas, kai pažeidus kairiojo pusrutulio viršutinio smilkininio vingio užpakalinę dalį (22 laukelį), esančią šalia klausos žievės, sutrinka kalbos suvokimas, kalba tampa beprasmiška (Miliauskas, 2006).

1. AFAZIJŲ APTARIMAS LITERATŪROJE

1.1. Afazijų apibrėžimas

Chapey, Hallowell (2008) teigia, jog tiksliai apibrėžiant afaziją, būtina atsižvelgti į keturis pagrindinius faktus – tai yra neurologinis sutrikimas, tai yra įgytas sutrikimas, šis sutrikimas sutrikdo kalbą bei nėra tiesiogiai susijęs su suvokimo bei mąstymo sutrikimais:

- afazija yra neurologinės kilmės – visais atvejais afazija yra smegenų pažeidimo rezultatas. Dažniausiai afaziją sukelia galvos smegenų insultas, rečiau atsiranda po galvos traumos, infekcijos, chirurginės intervencijos (pvz. šalinant auglius ir pan.);
- afazija – tai įgytas sutrikimas, tai nėra raidos sutrikimas, žmogus negimsta su šiuo sutrikimu. Tiksliau tariant, tai yra gebėjimo kalbėti, suprasti kalbą praradimas, kai prieš pažeidimą individas turėjo kai kuriuos kalbėjimo įgūdžius. Afazija vaikystėje taip pat yra galima, tačiau ją sukelia anksčiau minėtos neurologinės priežastys;
- afazija apima visą kalbos ir kalbėjimo mechanizmą. Priklausomai nuo afazijos rūšies pažeista gali būti tiek ekspresyvioji, tiek impresyvioji kalba;
- afazijos negalima tapatinti su protiniu sutrikimu ar sensorikos pažeidimais. Regėjimo, lytėjimo, uoslės, klausos ar skonio sutrikimai neturi tiesioginio ryšio su afazija. Greta afazijos galimi įvairūs suvokimo pažeidimai, bet tiesioginio ryšio afazijos apibrėžimas nepateikia. Taip pat afazija nėra bendro protinių gebėjimų sutrikimo, mąstymo sulėtėjimo ar psichinių ligų rezultatas.

Logopedijoje afazija (gr. aphasia) apibrėžiama kaip: visiškas arba dalinis netekimas gebėjimo kalbėti ir suprasti kalbą dėl galvos smegenų pažeidimo. Kitaip tariant, tai centrinės organinės kilmės kalbos sutrikimas, priklausantis nuo kalbos centrų pažeidimo arba nuo ryšių, jungiančių šiuos centrus su kitais nervų sistemos skyriais, dalyvaujančiais kalbėjimo akte, pažeidimo (Ivoškuvienė, 1993).

Freed (2000), Chapey, Hallowell (2008) teigimu, afazija yra įgytas komunikacijos sutrikimas, kurį sukelia galvos smegenų pažeidimas, dažniausiai pasireiškiantis kalbėjimo, kalbos suvokimo, skaitymo ir rašymo sutrikimais (intelektu, psichiatriniai sutrikimai nesukelia afazijos).

Vizel (2005), Зайцев (2006) afaziją apibūdina, kaip kalbos sutrikimą, kuomet prarandamas gebėjimas išreikšti savo mintis žodžiais.

Priyanka, Shah ir kt. (2013) teigia, jog dėl afazijos sutrinka visos komunikacijos sritys – ir kalbos formulavimas, ir supratimas, o kartu sutrinka skaitymo ir rašymo įgūdžiai.

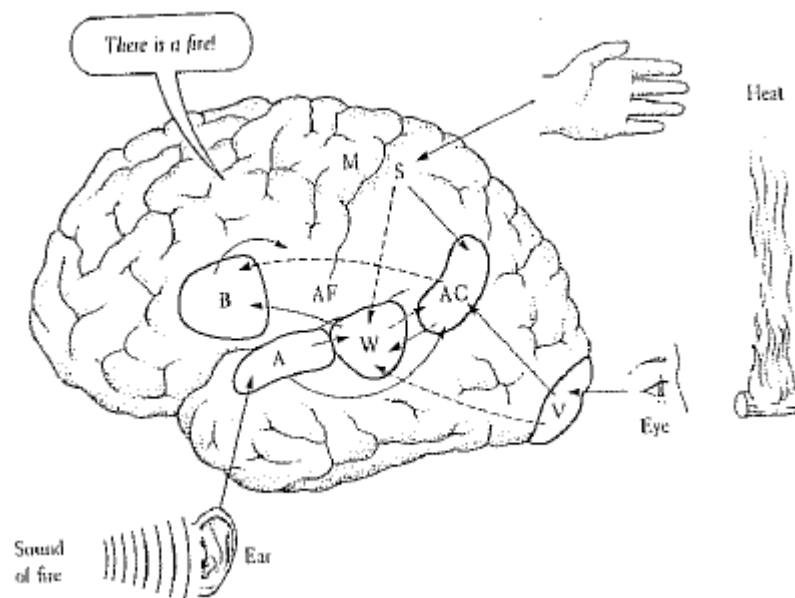
Visuose minėtuose afazijos apibrėžimuose akcentuojama, jos tai galvos smegenų pažeidimo pasekmė, sutrikdanti gebėjimą sklandžiai tiek žodžiu, tiek raštu reikšti mintis.

1.2. Afazijų rūšys ir esminiai požymiai – neurologinio ir neuropsichologinio modelio palyginimas

Kalbos funkcinės sistemos raidoje pati sudėtingiausia ir reikšmingiausia yra galvos smegenų žievės veikla. Žievinė kalbos funkcinės sistemos dalis formuojasi sudėtingoje besivystančio individo sąveikoje su jį supančiu pasauliu. Jis mato ir girdi, yra emocionaliai imlus. Sudėtingas įvairių aferentacijų srautas eina į galvos smegenų žievę ir aktyvina struktūras, kurios ilgainiui formuojasi kaip kalbos centrai. Nuolatinį taktilinių, optinių ir akustinių aferentacijų įtakoje viršugalvio ir smilkininio skilčių sandūroje formuojasi sensorinis kalbos centras (Wernice centras). Normali šio centro veikla vykdo garsų atpažinimą, jų išlaikymą ir kalbos supratimą. Vykstant mielinizacijos procesams galvos smegenyse, bręstant priekinėms smegenų pusrutulių struktūroms, palaipsniui tobulėjant valingai rankų motorikai, kinestezinių pojūčių įtakoje formuojasi motorinis kalbos centras, esantis kaktos skilties apatinėje dalyje (Broca centras). Minėti galvos smegenų žievės centrai nėra griežtai specializuoti. Jie vykdo įvairias funkcijas, tačiau minėtos yra vyraujančios kalbos požiūriu (Daulenskienė, Ivoškuvienė, 1993).

Kuliukas (1996) teigia, jog motorinė (ekspresinė) kalbos zona reguliuoja liežuvio, ryklės ir gerklų motorinę veiklą ir žodžių ištarimo paiešką. Sensorinė kalbos zona padeda jungti impresinės ir ekspresinės kalbos zonas su klausa ir rega.

Geschwind (1972) (cit. pas Carroll, 1994) ištyręs kalbos zonų ryšius smegenyse, pateikė bendrą nepažeistos kalbos funkcionavimo modelį – 1 pav.



1 pav. Nepažeistos kalbos funkcionavimo modelis

Šaltinis: David W. Carroll. (1994). Psychology of language. Second edition. Belmont. USA.

Šiuo atveju iliustruojama paprasta situacija, kurios metu mes kažką pamatome (ugnis – ang. Fire) ir pasakome komentarą apie matomą reiškinį („Čia yra ugnis“ – ang. There is a fire). Kaip matoma paveikslėlyje, regimas vaizdas yra perduodamas į regos centrą (V) ir į kampinį vingį (lot. angular gyrus) (AG). Tada informacija pasiekia Wernice zoną (W), kur yra suformuojama aiški mintis (sakinys) ir per lenktąjį pluoštą (lot. arcuate fasciculus) (AF), perkeliama į Broca zoną (B). Čia mintis transformuojama į motorinius veiksmus, nusiunčiama į kalbos raumenis ir galiausiai pasakoma garsiai (išartikuliuojama). Kitu atveju, jei reiškinį mes pajaučiame, o ne pamatome, kalbos formulavimo procesas prasidės somatosensorinėje (jutiminėje) srityje (S), po to per kampinį vingį (AG) keliaus į Wernice (W) ir į Broca zonas (B). Pokalbio metu girdimasis stimulus yra perduodamas į klausos centrus (A), o po to vėl į Wernice ir Broca zonas.

Visos galvos smegenų pusrutulių dalys tarpusavyje glaudžiai susijusios. Dažnai, realizuojant vieną ir tą pačią funkciją, dalyvauja ne kuri nors viena galvos smegenų žievės dalis, o keletas (Daulenskienė, 1999). Pažeidimai minėtose kalbos zonose sukelia įvairių formų afazijas.

Remiantis multidimencine afazijos tipų klasifikacija yra išskiriamos dvi afazijų grupės – sklandžiosios (angl. fluent), nesklaidžiosios (angl. nonfluent). Böhme (1997), Glinderman (1998) nurodo, jog šio skirstymo yra laikomasi vakarų šalyse (Amerikoje, Anglijoje).

Chapey, Hallowell, (2008) teigimu, šis skirstymas yra labiau sąlyginis, kuriuo bandoma apibūdinti individų kalbėjimą. Jeigu asmuo geba palaikyti pokalbį, kalboje nėra neapgalvotų pauzių, nereikšmingų frazių, kuriomis bandoma užpildyti ilgus tylos periodus, toks kalbėjimas yra sklandus. Pacientai, kuriems būdingas siauras žodynas arba tie, kurie visiškai nekalba priklauso nesklanciaus kalbėjimo grupei.

Reseberry-McKibbin, Hegde (2006) teigia, jog nesklanciausių afazijų rūšys yra apibūdinamos remiantis tokiais požymiais kaip – agramatizmai, užsikirtimai, žodyno susiaurėjimas, kalbėjimo tempo pakitimai bei sutrikdyta kalbos prozodija. Nesklanciausiosioms afazijoms yra priskiriama Broca, transkortikalinė motorinė, mišri transkortikalinė bei globali afazija. Pagrindiniai šių afazijų požymiai pateikiami 1 lentelėje (1 priedas), lentelė sudaryta autorės, remiantis Reseberry-McKibbin, Hegde (2006) teiginiais.

Carrol (1994) cituoja P.Broca (1861), kuris nustatė, kad pacientų kalba po insulto arba traumos, tapdavo agramatiška, panaši į mikčiojančiųjų kalbą. Šie asmenys negebėdavo minčių išreikšti daugiau nei vienu žodžiu. Taip pat išaiškėjo, kad kai kurios kalbos grandys buvo pažeistos labiau nei kitos, pvz.: esminiai žodžiai tokie kaip daiktavardžiai ir veiksmažodžiai išlikdavo, o funkciniai žodžiai - būdvardžiai ir prielinksniai išnykdavo. Dėl šios disfunkcijos kalba tapdavo skurdi.

Motorinės afazijos kalbos pavyzdys:

Paciento kalba bendrame pokalbyje prieš logopedines pratybas, klausiana, kaip sekais, pastebimas ir pagiriamas bendros būklės pagerėjimas bei informuojama apie pratybų laiko pakeitimą: „Nežinau nežinau... pakankamai neblogai... ačiū jums.... tikrai... ačiū jums... negali būti... būtinai... tikrai... ačiū... stengsimės...<> Rytoj... dešimtą... ačiū jums.... tikrai... dešimtą... būsiu... rytoj...“.

Pažeidus kairiojo smegenų pusrutulio apatinio kaktinio vingio užpakalinę dalį (44 – 45 laukelį) žmogus negali kalbėti rišliai, nors kalbą supranta. Broca sritis yra kaip tik priekyje motorinės žievės, valdančios veido, žandikaulio, liežuvio, gomurio ir gerklų raumenis. Jie nėra paralyžiuoti, jei pažeista tik Broca sritis. Žmogus gali judinti lūpas, liežuvį, pvz.: valgydamas, bet negali kalbėti. Taigi motorinę (Broca) afaziją galima vadinti tam tikra apraksijos rūšimi (Miliauskas, 2006).

Broca afazijos atveju gebėjimas suprasti kalbą yra mažiau sutrikęs nei gebėjimas kalbėti; tampa sudėtinga artikuliuoti kalbą, todėl kalbėjimo tempas lėtas, painiojami panašūs garsai, ieškoma tinkamos artikuliacijos. Dėl šios priežasties asmenys stengiasi savo mintis išreikšti esminiais, svarbiausiais žodžiais. Tokios pat klaidos būdingos rašomajai kalbai – rašomi tik

esminiai, atskiri nuo konteksto žodžiai. Esminis Broka afazijos požymis – gramatinių kalbos ryšių nebuvimas nei šnekamojoje, nei rašomojoje kalboje (Carroll, 1994).

Remiantis multidimencine afazijų klasifikacija, kita afazijų grupė yra sklandaus kalbėjimo. Roseberry-McKibbin, Hegde (2006) teigimu, skalndžiosios afazijos yra charakterizuojamos, kaip menkai sutrikdančios kalbėjimo sklandumą, tačiau stipriai sutrikdančios kalbos prasmingumą ir kalbos supratimą, kalba savo turiniu nesuprantama pačiam ligoniui ir aplinkiniam. Skalndžiųjų afazijų bendri požymiai yra laisva, nuosekli, aiški, tinkamai intonuota kalba. Skalndžiosioms afazijoms yra priskiriamos Wernice, transkortikalinė sensorinė, laidinė bei mneminė afazija. Pagrindiniai minėtų afazijų požymiai aprašyti 2-oje lentelė (2 priedas), lentelė sudaryta autorės remiantis (Roseberry-McKibbin, Hegde, 2006).

Miliauskas (2006) nurodo, jog C. Wernice (1874) aprašė kalbos sutrikimą, kai ligoniai gali kalbėti, bet jų kalba beprasmiška, nesusijusi su užduodamais klausimais. Tokie ligoniai nesupranta nei savo, nei kitų šnekamosios ir rašomosios kalbos, nors jų klausia ir rega nesutrikusi. Šis sutrikimas vadinamas sensorine afazija. Ji pasireiškia pažeidus kairiojo pusrutulio smilkinio viršutinio vingio užpakalinę dalį (22 laukelį), esančią šalia klausos žievės. Sensorinę afaziją galima laikyti, tam tikra agnozijos rūšimi (Miliauskas, 2006).

Carroll (1994) teigia, jog esminis Wernice afazijos požymis yra tai, jog kalba yra sklandi, bet neinformatyvi. Kalbos suvokimas yra sutrikęs. Marschall (2008) nurodo, jog Wernice afazijos atveju kalbai būdingi neologizmai, verbalinės ir literalinės parafazės.

Pažeidus smilkinio sritį (Wernice zoną), gali sutrikti klausia, kilti žievinis kurtumas. Elementarioji klausia gali išlikti, tačiau žmogus neatpažįsta girdimų garsų, nematydamas jų šaltinio (akustinė agnozija). Dėl smilkinio srities funkcijų nepilnaverttiškumo nepakankama foneminė klausia – sunku skirti akustiškai panašius garsus, sudėtinga atlikti garsinę žodžių sintezę ir analizę (Daulenskienė, 1999).

Jei pažeistas lankinis pluoštelis, nutrūksta ryšys tarp Wernice ir Broca sričių, atsiranda laidinė afazija (angl. conduction aphasia), kurios reiškiniai paviršutiniškai atrodo panašūs į sensorinės afazijos. Ligoniai netiksliai vartoja žodžius, praleidžia jų dalis, negeba pakartoti to, kas jiems sakoma, bet kalbos suvokimas išlieka (Miliauskas, 2006). Carroll (1994) teigia, kad tai tokia afazijos forma, kai ir Broca, ir Wernice zonos išlieka nepažeistos, tačiau pažeidžiama jungtis tarp šių smegenų zonų. Esminis šios afazijos požymis negebėjimas pakartoti išgirstų žodžių ar frazių, kai kalbos suvokimas ir kalbėjimas yra nesutrikęs.

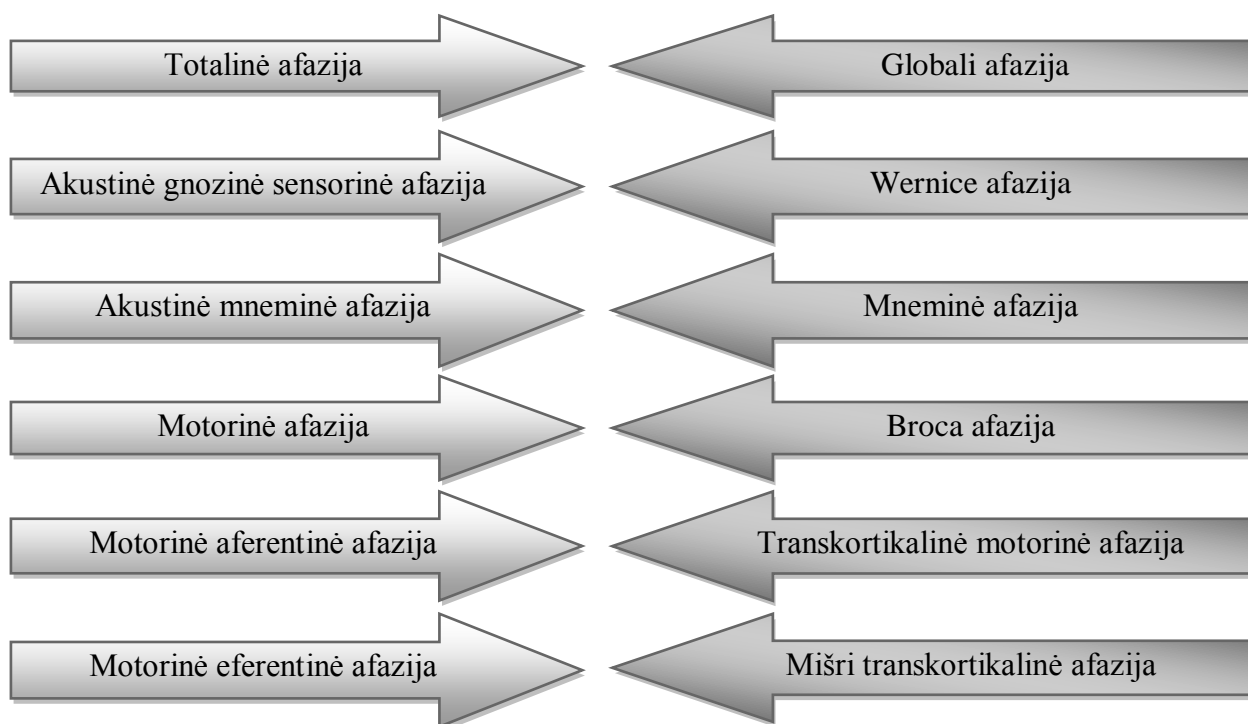
Šią afazijos formą aprašė Geschwind (1965) – paciento buvo prašoma pakartoti žodį „prezidentas“, tačiau negebėdamas žodžio atkartoti asmuo pasakė: „Aš žinau, kas tai yra –

Kenedis“. Toks atsakymas į prašymą rodo, jog kalbos suvokimas yra geras, bet sutrikdytas gebėjimas kartoti (Carroll, 1994).

Roseberry-McKibbin, Hegde (2006) teigimu laidinės afazijos požymiai yra beveik tokie pat kaip ir Wernice afazijos, bet esminis skirtumas yra girdimasis suvokimas, laidinės afazijos atveju jis yra praktiškai nepakitęs.

Lurija (1962, 1969) remdamasis neuropsichologiniu požiūriu, afazijas išskirtos į tokias rūšis: totalinę, akustinę gnozinę sensorinę, akustinę mneminę, semantinę, motorinę, kuri dar skirstoma į motorinę aferentinę ir motorinę eferentinę bei dinaminę Šios klasifikacijos laikomasi ir Lietuvoje. Pagrindiniai neuropsichologiniu požiūriu skirstomų afazijų požymiai pateikiami 3 lentelėje (3 priedas), požymiai išskirti, remiantis Ivoškuviene (1993).

Lyginant afazijų rūšių požymius, kurie pateikiami skirstant afazijas neurologiniu bei neuropsichologiniu požiūriu, išaiškėjo, kad pagrindinės afazijų rūšys atitinka remiantis abejais požiūriais (1 pav.). Esminis skirtumas yra afazijų pavadinimai – neurologinio skirstymo atveju pavadinimus lemia galvos smegenų pažeidimo vieta, o neuropsichologinio skirstymo atveju labiau akcentuojamos atitinkamos konkrečios kalbos funkcijos sutrikdymo pasekmės.



2 pav. Neuropsichologinio ir neurologinio požiūrio į afazijas palyginimas
Sud. autorės remiantis Ivoškuvienė, R. (1993). Afazija. Logopedija. Kaunas ir
Roseberry-McKibbin, Hegde (2006). An Advanced Review of Speech and Language pathology.

Vakarų pasaulyje labiau priimtinas neurologinis afazijų skirstymas, rytuose – priimtinesnis neuropsichologinis požiūris. Remiantis neurologiniu požiūriu afazijų pavadinimai, turi aiškias nuorodas į galvos smegenų pažeidimo vietas. Neuropsichologiniu požiūriu afazijos skirstomos remiantis pasekmėmis, kurias sukelia galvos smegenų pažeidimai. Šiuo atveju yra aiškios nuorodos į kalbos sutrikimą, tai yra lingvistiniu požiūriu paremtas skirstymas. Pastaruoju metu Lurija afazijų skirstymas vis dažniau minimas, kaip tiksliau apibrėžiantis afazijas.

1.3. Kalbos atkūrimas afazijos atveju: principai, uždaviniai, metodai

Kontou (2009) nurodo, jog apytiksliai pusei žmonių, kurių kalbai būdingi afazijos požymiai, kalbos sutrikimas išnyksta per keletą dienų ar mėnesių po galvos smegenų pažeidimo, tačiau nemažai daliai žmonių afazija giliai sutrikdo gebėjimą kalbėti ir suprasti kalbą, tokiu atveju kalbos sutrikimas tampa lėtiniu, nuolatinu.

Nouwens ir kt. (2013) teigia, jog logopedinės pratybos ankstyvojoje ligos stadijoje padeda atkurti kalbą beveik du kartus efektyviau, nei savaiminis kalbos atsistatymas. Peach (2008) pabrėžia, jog kalbai atkurti svarbiausi yra 6 mėnesiai po galvos smegenų pažeidimo, ypač svarbūs pirmieji 2-3 mėnesiai.

Pirmieji 2-3 mėnesiai po insulto yra labai svarbūs neurofiziologiniam atsistatymui, šiuo metu vyksta pažeistų kalbos funkcijų galvos smegenų žievėje reorganizavimo procesai (Robertson and Fitzpatrick, 2008 cit. pas. Shah ir kt. (2013). Šiuo laikotarpiu pažeistos kalbos funkcijos atstatomos greitai. Priešingu atveju, kalbos sutrikimas tampa sąlygiškai lėtinis (Shah ir kt., 2013). Radžiuvienė, Raškauskienė, Varoneckas (2007) teigia, kad tinkamai parinktos kalbos atkūrimo afazijos atveju veiklos priemonės, rūpestingai nutaikyta į specifinius afazijos požymius bei simptomus ir pakankamai intensyviai atliekama kalbos atkūrimo terapija, duoda teigiamus rezultatus net ir lėtiniu ligos periodu.

Pagrindinis kalbos atkūrimo principas – naudojantis išlikusiais analizatoriais sudaryti galvos smegenų žievėje naujas funkcinės sistemas, kurios pakeistų pažeistasias (Ivoškuvienė, 1993). Šiam kalbos atkūrimo principui pritaria Lehečkova (2010), Pompili, Abad, Trancoso ir kt. (2011). Autoriai teigia, jog atkuriant kalbą afazijos atveju, pirmiausia dėmesys sutelkiamas į labiausiai pažeistą kalbos sritį, stengiantis ją atkurti išlikusiais kalbiniais gebėjimais.

Vega (2008) išskyrė tokius afazijos įveikimo principus:

- Nepriklausomai nuo pasirinkto kalbos sutrikimo įveikimo būdo, paprastai, rezultatai būna geresni jei tinkamai parinktas pratybų intensyvumas. Geresnių rezultatų pasiekama, kai dirbama keletą dienų per savaitę, po keletą valandų.

- Sutrikdytą kalbą atkurti padeda įvairių formų sensorinių dirgiklių naudojimas logopedinių pratybų metu, pvz.: dirbant su įvairiomis muzikos formomis stimuliuojama klausa (girdimasis suvokimas), regimasis suvokimas lavinamas naudojant brėžinius, paveikslus ir kt.
- Laipsniškas perėjimas nuo paprastesnių prie sudėtingesnių kalbinių užduočių.

Code, Patherman (2011) nurodo, jog išsivysčiusiose šalyse, sutrikdytos kalbos atkūrimui, afazijos atveju yra skiriama nuo 1 iki 5 valandų per savaitę, o atlikti tyrimai atskleidė, jog apytiksliai 9 valandos intensyvaus darbo per savaitę, ūmiuoju afazijos periodu, yra būtinos, kad būtų pasiekti maksimalūs rezultatai.

Kalbos atkūrimas pradedamas sutrikdytos kalbos vertinimu. Lurija (1962, 1969) nurodo, jog vertinant kalbą afazijos atveju, pagrindiniai tikslai turėtų būti:

- kalbos sutrikimo nustatymas;
- kalbos atkūrimo pokyčių matavimas, pasiekimų įvertinimas;
- kalbinių gebėjimų ir įgūdžių įvertinimas, leidžiantis numatyti tolimesnius kalbos atkūrimo tikslus;

Bandur, Shewan (2008), Lehečkova (2010) teigimu, kalbos vertinimu svarbu nustatyti ne tik pažeistas kalbos funkcijas, kartu reikia išsiaiškinti, kurios kalbos grandys yra nukentėjusios mažiausiai. Autorių teigimu, pastaroji informacija yra ypač svarbi sėkmingam kalbos atkūrimui.

Lietuvoje standartizuotų kalbos vertinimo testų afazijos atveju nėra, vertinimas yra labiau subjektyvus, nes dažnu atveju priklauso nuo kiekvieno specialisto kompetencijos. Vakarų šalyse yra nemažai kalbos vertinimo, afazijos atveju, testų – vieni jų orientuoti į bendrą kalbos ištyrimą (Boston Diagnostic Examination, Goodglass et al., 2000; Western Aphasia Battery, Kertesz, 1982. cit. pas. Kontou, 2009), kiti skirti iširti konkrečiai kalbos daliai, pvz. žodynui (Boston Naming Test, Kaplan et al., 2001 cit. pas. Kontou, 2009) ar testai, kuriais įvertinami kalbiniai gebėjimai kasdieniniame bendravimo kontekste (Communication Activities of Daily Life, Holland et al., 1999 cit. pas. Kontou, 2009).

Kontou (2009) nurodo, jog įvertinti sutrikdytą kalbą būtina ne tik pasirinktu testu, bet skirti laiko ir neformaliai bendravimui su asmeniu. Neformalaus bendravimo metu išryškėja tie kalbiniai gebėjimai, kurių vertinimas nenumatytas testuose. Autoriaus teigimu, pagrindinė kalbos vertinimo testų nauda – tai galimybė pamatyti kalbos atkūrimo / atsikūrimo dinamiką.

Įvertinus kalbą sudaromas planas, pažeistų kalbos funkcijų atkūrimui. Atsižvelgiant į afazijos rūšį, išskiriami pagrindiniai logopedo darbo uždaviniai (1 lentelė).

Darbo uždaviniai, atkuriant kalbą afazijos atveju

Afazijos rūšis	Pagrindiniai darbo uždaviniai, atkuriant kalbą
Totalinė	Atpalaiduoti kalbos funkciją nuo slopinimo, aktyvinti senus kalbėjimo stereotipus. Atkurti kalbos supratimą.
Akustinė gnozinė sensorinė	Atkurti kalbos supratimą nekalbiniais darbo būdais. Gražinti foneminę klausą ir garsinę žodžių analizę.
Akustinė mneminė	Atkurti kalbinės medžiagos išlaikymo ir suvokimo trūkumus, atkurti patvarius regimuosius daiktų vaizdinius ir sugebėjimą asociuoti juos su žodžiais, bei šalinti ekspresyvųjį agramatizmą.
Semantinė	Įveikti erdvinio suvokimo sutrikimus. Atstatyti loginių gramatinių struktūrų supratimą.
Aferentinė motorinė	Žodžių tarimo gražinimas remiantis girdimąja ir prasme žodžių stimuliacija. Tikslinti artikuliaciją, remiantis regimąja kontrole.
Eferentinė motorinė	Įveikti kalbos kinetinės sistemos sutrikimus.
Dinaminė	Mokyti planuoti ir programuoti visą pasisakymą, bei aktyvinti veiksmažodžių vartojimą.

Sudaryta autorės remiantis: Ivoškuvienė, R. (1993). Afazija. p. 146-167. *Logopedija. Vadovėlis specialiosios pedagogikos fakultetų studentams*. Kaunas: Šviesa.

Numatyti kalbos atkūrimo uždaviniai turi būti koreguojami, keičiant pateikiamų užduočių sudėtingumą, jų kiekį ir pan., atsižvelgiant į kalbos atsikūrimo dinamiką.

Vega (2008) nurodo, kad dažniausiai taikomos tokios afazijos įveikimo terapijos:

- *Pažintinė-lingvistinė terapija* – ši afazijos įveikimo forma pabrėžia emocinius kalbos komponentus – pvz., viena iš užduočių yra paaiškinti pacientui įvairius emocinius balso tono atspalvius, vėliau prašoma apibūdinti nevienareikšmius žodžius, tokius kaip laimingas, liūdnas, t.y. skirti antonimus, paaiškinti sinonimus, homonimus ir pan. Tokios užduotys padeda atkurti kalbos suvokimo įgūdžius bei suprasti emocinius kalbos atspalvius.
- *Programuota stimuliacija* (angl. Programmed Stimulation) arba kitaip programuotas kalbos įgūdžių modeliavimas. Šios terapijos pranašumas yra tai, jog užduotys pateikiamos griežtai reglamentuota seka - pradedant lengvesnėmis ir pamažu sudėtingėjančiomis.
- *Stimuliacijos terapija* (angl. Facilitation Therapy) - orientuota į sutrikdytos kalbos semantikos ir sintaksės atkūrimą, pasitelkus nuolatinį kartojimą. Remiantis šiuo metodu, labiausiai stimuliuojama kalbinė klausą.
- *Grupinė terapija*. Ši veikla suteikia galimybę, individualių pratybų metu įgytus bendravimo įgūdžius perkelti į socialinį kontekstą ir tokiu būdu gauti atgalinį ryšį iš komunikacijos partnerių (logopedas, kiti pacientai, šeimos nariai ir pan.).

- *Dialogo ir pokalbio terapija*, kurios metu naudojamos bendravimo efektyvumą skatinančios priemonės, t.y. įvairios vizualinės pagalbinės priemonės (paveikslėliai, nuotraukos, brėžiniai), kurie padeda pacientui išreikšti savo mintis (angl. Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness, PACE). Pratybų metu, bendraujant su pacientu stengiamasi oficialų dialogą perkelti į spontaniško pokalbio lygį.

Sparks (2008) teigia, jog sutrikusioms kalbos funkcijoms atkurti dažnai taikoma ir muzikos, tiksliau *dainavimo terapija* (angl. Melodical Intonation Therapy (MIT)) . Įvairūs tyrimai atskleidė, jog dešinysis smegenų pusrutulis (dešiniarankiams žmonėms) yra dominuojantis suprantant, jaučiant muziką. Šis faktas paaiškina, kodėl žmonės, kurių kalba sutrikdyta, geba dainuoti gerai žinomas dainas. Pompili, Abad, Trancoso ir kt. (2011) teigimu, atkuriant kalbą afazijos atveju, pirmiausia dėmesys sutelkiamas į labiausiai pažeistą kalbos sritį, stengiantis ją atkurti išlikusiais kalbiniais gebėjimais. Kai gebėjimas kalbėti ir suprasti kalbą yra ženklus, dažnai taikoma dainavimo terapija.

Nouwens ir kt., (2013) apibendrina, jog įveikiant afaziją vyrauja du pagrindiniai požiūriai ir veiklos būdai:

- *Pažintinė-lingvistinė terapija* (angl. CLT – cognitive-linguistic therapy); pažintinė-lingvistinė terapija orientuojasi į lingvistinių kalbos komponentų atkūrimą (t.y. semantikos – žodžių reikšmių, fonologijos – kalbos garsų ir sintaksės – sakinių sudarymo atstatymas). Šios terapijos esmė yra lingvistinių procesų, kurie yra kalbos pagrindas, atkūrimas;
- *Komunikacinė arba funkcinė terapija*. Ši terapija yra orientuota į sutrikusių kalbos funkcijų kompensavimą, panaudojant išlikusias kalbos funkcijas. Pacientai mokomi naudotis išlikusiomis kalbos funkcijomis kartu panaudojant ir neverbalias komunikacijos priemones. Ši terapija yra taikoma realioje kasdieninėje aplinkoje, šiuo atveju didelę reikšmę bendravimui turi gestai bei alternatyvios komunikacijos priemonės (pvz.: simbolių lentelės).

Sutrikdytai kalbai atkurti, pateikti veiklos būdai atsižvelgiant į kalbos sutrikimo rūšį ir sudėtingumo laipsnį, yra derinami tarpusavyje ir pritaikomi kiekvienu atveju individualiai.

Kalbos atkūrimas pradiniuose ligos etapuose labai priklauso nuo gydytojų pastangų atkurti smegenyse kraujotaką (trombolizė). Vega (2008) nurodo tokias gydytojų taikomas priemones, kuriomis aktyvinamas kalbos atsikūrimas, t.y.:

- Medikamentinis gydymas. Visuomenei tai yra viena iš patraukliausių gydymo formų, tačiau medikamentų veiksmingumas dar nėra pakankamai ištirtas. Vaistai, kurie gali turėti teigiamos įtakos kalbai atkurti yra Piracetam, Bifenalade, Piribedil, Bromocriptine,

Idebenone ir Dextran, Donezepil, amfetaminas ir keletas antidepresantų. Yra tyrimų teigiančių, jog vaistų vartojimas efektyvesnis prieš pradedant užsiėmimus su logopedu.

- Transkranijinė magnetinė stimuliacija (angl. Transcranial Magnetic Stimulation- TMS). Tai kol kas retai naudojamas, bet aktyviai tiriamas afazijos įveikimo būdas. Stimuliuojama pažeista smegenų dalis, kuri, kaip manoma, slopina kalbos atsikūrimą po insulto. Tikėtina, jog užslopinus pažeistąją dalį, kalba atkuriamą greičiau.

Aktyvinant kraujotaką smegenyse, svarbi pažintinė – lingvistinė kalbos atkūrimo terapija, kurios tikslas stimuliuoti pažeistas galvos smegenų žievės dalis atsakingas už kalbą. Pratybų metu, remiantis minėta terapija, atliekami atitinkami pratimai (pvz., pažeidus motorinę kalbos zoną aktyviai atliekama artikuliacinio aparato mankšta), labiausiai aktyvinantys pažeistą kalbos zoną.

Novatoriškas požiūris į kalbos atkūrimą paremtas neuronų plastiškumo idėjomis. Berthier, Pulvermuller (2011) teigimu, intensyvus darbas, nuolatinis kartojimas perskirsto ir sukuria naujus neuronų ryšius, kurie kompensuoja sutrikusios kalbos funkcijas. Šiuo atveju svarbus pratybų intensyvumas, nes tai užtikrina kalbos atkūrimo efektyvumą.

Neuroplastiškumas – tai smegenų ypatybė, leidžianti keisti smegenų struktūrą ir funkcijas, kai jos yra atitinkamai stimuliuojamos. Šios fundamentalios smegenų savybės atradimas radikaliai pakeitė ne tik medicinos mokslą, bet ir patį požiūrį į žmogaus smegenis kaip į nuolat kintantį ir galintį atsinaujinti neuronų tinklą (Doidge, 2012, Doidge, Buczynski, 2012). Doidge (2012) pateikiami sėkmingos neurologinės reabilitacijos pavyzdžiai rodo, kad smegenų pertvarkai po jų pažeidimo reikia ypatingai daug laiko, kantrybės, pastangų, valios ir daug kitų paciento bei aplinkinių pagalbininkų savybių. Nauji nerviniai ryšiai formuojami ilgas metus. Kitaip nei įprastas smegenų lyginimas su koku nors mechanizmu, kur kiekviena dalis atlieka tam tikrą funkciją, neuroplastiškumo idėja sako, kad smegenys kur kas paslankesnės, negu atrodo. Kuomet žmogaus būklė gerėja, tai reiškia, jog kinta jo smegenų struktūros – pvz., atkuriant kalbą, pratybų metu žmogui pateikiamos įvairios kalbinės užduotys, kurios sukelia tam tikrus stimulus smegenyse, o po kurio laiko sukuria naujus neuronų ryšius, todėl kalba tampa sklandesnė, aiškesnė ir pan.

Joja (2013) teigia, jog neuroplastiškumas tai yra smegenų gebėjimas, naujų patyrimų aplinkybėmis, reorganizuoti neuronų ryšius.

Atkuriant sutrikdytą kalbą dažnai naudojamosi Susan Howell Brubaker parengtas pratybų sąsiuvinys sutrikdytai ir neišlavintai kalbai ugdyti (1978). Užduotys pratybų sąsiuvinyje buvo nuolat peržiūrimos, papildomos, atsižvelgiant į vartotojų poreikius. Į lietuvių kalbą Susan Howell Brubaker pratybų sąsiuvinį išvertė ir adaptavo logopedė E. Šliauterienė (2009). Reikėtų

pažymėti, jog šis pratybų sąsiuvinis apima daugelį kalbos ir kalbėjimo aspektų, tačiau praktinėje veikloje, retai kada asmuo, kurio kalba yra sutrikdyta, gali savarankiškai atlikti pratybų sąsiuvinyje pateikiamas užduotis. Dažnai reikalingas papildomas paaiškinimas ar pritaikymas kiekvienam žmogui individualiai.

Žmogui, kuris dėl kalbos sutrikimo negali bendrauti su aplinkiniais įprastu būdu, t.y. kalba, labai svarbu turėti alternatyvią raiškos galimybę, leidžiančią pristatyti save kitam asmeniui, daryti pasirinkimus, įvaldyti sau ir kitiems suprantamą bendravimo būdą (alternatyviąją komunikaciją). *Alternatyvioji komunikacija* yra pagalbinė bendravimo priemonių sistema, padedanti reikšti savo mintis verbalinės komunikacijos neturinčiam žmogui (Garšvienė, 2007).

Bahia, Chun, Mourão (2010) teigia, jog tradiciškai atkuriant kalbą remiamasi lingvistiniu požiūriu, deja, remiantis tokiu darbo būdu retai įtraukiama alternatyvi (augmentinė) komunikacija.

MacDonald (1998) manymu, labai svarbu, sprendžiant, kurią simbolių sistemą pasirinkti konkretaus asmens mokymui, nenuieiti lengviausiu keliu ir nepasirinkti anksčiau taikytų būdų, kuriems jau turime reikalingas priemones ir pan. Kiekvienas asmuo turi individualius gebėjimus ir poreikius – būtent tai ir turėtų būti atspirties taškas pasirenkant alternatyvias komunikavimo priemones. Kiekviena alternatyvios komunikacijos sistema turi teigiamų ir neigiamų aspektų ir visa tai turi būti atsakingai parinkta, atsižvelgiant į žmogaus pažintines, kalbines, sensorines bei motorikos galimybes. Afazijos atveju, alternatyvioji komunikacija ypač vertinga ūmiuoju periodu. Peach (2008) teigia, jog globalios afazijos atveju alternatyvioji komunikacija gali būti vienintelė prieinama bendravimo priemonė.

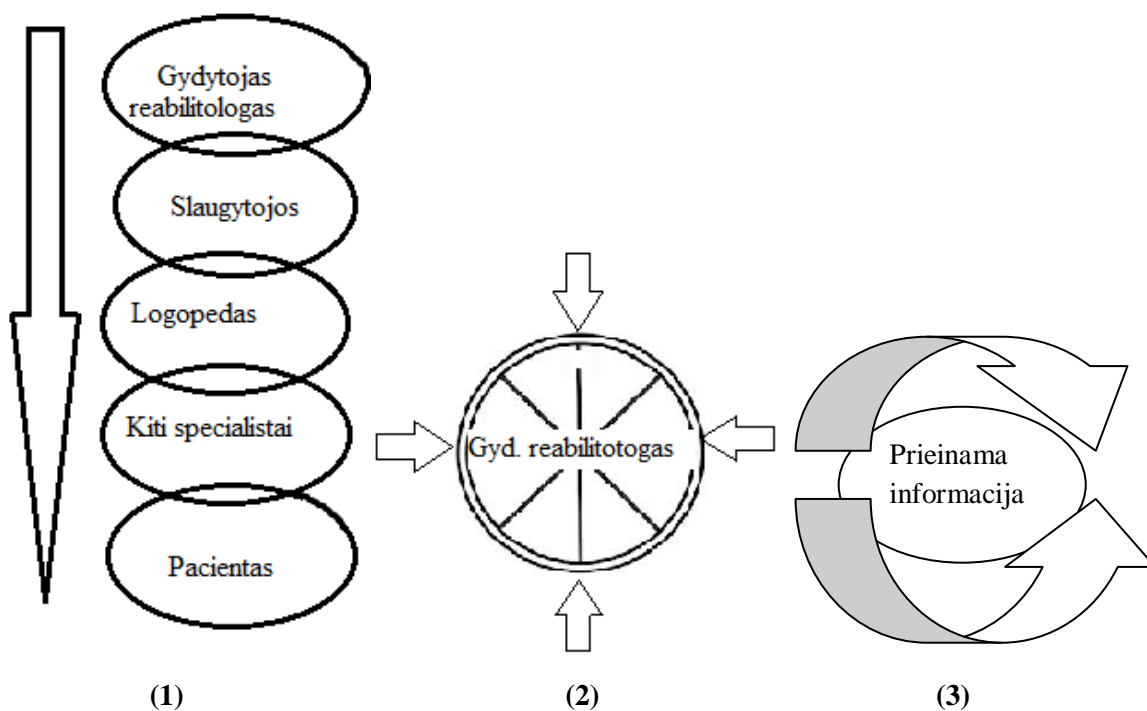
Kalbos atkūrimo sėkmė priklauso nuo afazijos formos ir nuo psichologinių, pažintinių bei psichosocialinių faktorių. Tinkamai pasirinkti kalbos atkūrimo būdai ir priemonės ne visada garantuoja pilnavertį kalbos atkūrimą. Svarbus gebėti pritaikyti skirtingus veiklos būdus kiekvienam žmogui individualiai, derinti, modeliuoti skirtingus veiklos būdus ypač svarbi paties žmogaus motyvacija. Ylvisaker, Szekeres, Feeney (2008) nurodo, jog sėkmingam kalbos atsikūrimui, galvos smegenų pažeidimų atvejais, turi greita medicininė intervencija ūmiuoju pažeidimo momentu, kiek įmanoma greičiau pradėta reabilitacija, artimųjų ir šeimos narių palaikymas bei paties paciento adekvatus savo būklės vertinimas bei motyvacija.

Kalbos atkūrimo sėkmė afazijos atveju priklauso ne vien nuo logopedo ir asmens, kurio kalba pažeista, pastangų. Svarbus veiksnys yra bendradarbiavimo santykių kūrimas reabilitacijos komandoje. Logopedo tikslas yra informuoti komandos narius apie paciento kalbos būklę, įvardinti stipriąsias puses bei suteikti rekomendacijas, palengvinančias kitų specialistų

(slaugytojų, kineziterapeutų, ergoterapeutų, gydytojų, šeimos narių) bendravimą ir darbą su pacientu.

Golper (2008) nurodo, jog reabilitacijos metu teigiamų rezultatų duoda, ne teikiamų skirtingų procedūrų skaičius, bet bendravimas ir partnerystės santykių kūrimas reabilitacijos komandoje. Autorius nurodo tris galimus bendradarbiavimo komandoje modelius, t.y. „grandinės struktūra“ (1) (angl. chain model), „rato“ (2) (angl. wheel structure) ir „apskritimo“ (3) modelis (angl. circle structure). Šių modelių schemas matomos 3 paveiksle (schemos sudarytos autorės).

Golper (2008) teigia, kad dažniausias praktikoje veikiantis bendradarbiavimo modelis yra „grandinės struktūros“, kitaip tariant, bendradarbiavimas „iš viršaus į apačią“.



3 pav. Bendradarbiavimo komandoje modeliai pagal Golper (2008) – 1 – „Grandinės struktūra“, 2 – „Rato“ modelis, 3 – „Apskritimo“ modelis

Remiantis grandinės struktūros bendradarbiavimo modeliu gydytojas reabilitologas yra grandinės viršuje, jis teikia gydymo planą, kurį vykdo kiti specialistai (slaugytojai, logopedas, kineziterapeutai, ergoterapeutai ir kt), pacientas šiuo atveju lieka grandinės apačioje.

Bendradarbiaujant „rato“ principu, komandoje centrinė figūra yra gydytojas reabilitologas ar vyresnioji medicinos slaugytoja, šie žmonės turi visą informaciją apie pacientą, kurią jiems suteikia kiti specialistai, remiantis šia informacija yra koreguojamas gydymo planas.

Remiantis „apskritimo” modeliu informacija apie pacientą sukasi ratu, ji yra vienodai pasiekama kiekvienam komandos nariui, pacientui taip pat. Keisdami informacija, komandos nariai gali koreguoti savo darbo kryptis. Trečiasis modelis yra pageidautinas dirbant reabilitacijos komandoje. Reabilitacijos komandos partneriai turėtų būti: gydytojas, slaugytojas, socialinis darbuotojas, psichologas, ergoterapeutas, kineziterapeutas, logopedas.

Reabilitacijos komandos nariams logopedas suteikia žinių ir įgūdžių reikalingų bendravimui su kalbą praradusiu pacientu. Čia svarbi logopedo patirtis, svarbu suteikti ne tik teorinių žinių, bet ir praktinių patarimų. Jeigu pagrindinis komandos tikslas yra pagerinti žmogaus gyvenimo kokybę, tai pacientas ir jo šeima turi būti svarbiausi komandos nariai.

Apskritai, atkuriant sutrikdytą kalbą, logopedo uždavinys – atrasti kiekvienam žmogui individualią, priimtina kalbos atkūrimo formą, kuri leistų bent minimaliai sumažinti kalbos trikdžius. Svarbu kiek įmanoma objektyviau įvertinti kalbos būklę ir tinkamai parinkti kalbos atkūrimo metodus. Svarbus yra nuolatinis pasiekimų stebėjimas, leidžiantis tinkamai koreguoti veiklą. Atkuriant sutrikdytą kalbą – svarbus nuoseklus dinamiškas darbas reabilitacijos komandoje.

2. KALBOS ATKŪRIMO DINAMIKA ĮVAIRIAIS GALVOS SMEGENŲ PAŽEIDIMO ATVEJ AIS

2.1. Tyrimo metodika

Tyrimo duomenų analizei pasirinktas atvejo analizės metodas, nes šis būdas skirtas vieno subjekto stebėjimui ir gali būti taikomas įvairioms elgesio modifikacijoms tirti (Kardelis, 2002). Atvejo analizės metodas leidžia atskleisti, kaip keičiasi tiriamųjų kalbėjimo įgūdžiai bei kalbos suvokimas, logopedinių pratybų metu, parodo kokios veiklos formos, priemonės ir būdai buvo taikyti, bei kokią įtaką turėjo kalbai atkurti.

Tyrimas atliktas 2013 m. sausio – 2013 m. gruodžio mėnesiais, VšĮ Palangos reabilitacijos ligoninėje. Tyrime analizuojama, pacientų, kurių kalba yra sutrikusi (t.y. nustatyta afazija), dėl įvairių galvos smegenų pažeidimų (insulto, naviko, traumos), kalbos kaita jos atkūrimo procese. Atvejų analizei pasirinkta po 4 tiriamuosius, kurių kalba sutrikdyta dėl skirtingo pobūdžio galvos smegenų pažeidimo.

Reabilitacijos trukmė, priklausomai nuo pacientų būklės yra nuo 32 iki 54 dienų. Kalbos vertinimas atliktas dviem etapais: pirma – ūmuoju periodu, t.y. atvykus į reabilitacijos ligoninę (1-2 savaitės po insulto), antra – vėlyvuoju periodu, pacientui išvykstant (po 25-36 logopedinių pratybų).

Kalbos atkūrimo dinamika vertinta remiantis kalbos vertinimo schema (4 priedas). Ši schema yra naudojamu VšĮ Palangos reabilitacijos ligoninėje, vertinant galvos smegenų pažeidimus patyrusių pacientų kalbėjimo, kalbos suvokimo, motorikos, regimojo suvokimo, rašymo, skaitymo skaičiavimo įgūdžiai. Kiekviena įvykdyta užduotis yra vertinama nuo 0 iki 3 balų – 0 balų rodo žymų sutrikimą, 1 – vidutinį sutrikimą, 2 – nežymų sutrikimą, 3 – norma.

Kalbos vertinimo schema sudaryta iš 7 blokų, vertinama:

- ekspresyvioji kalba (prašoma savarankiškai pasakyti, vardą, pavardę, darbovietę, tikrinama automatizuota kalba, gebėjimas pakartoti garsus, skiemenis, žodžius, frazes, gebėjimas pavadinti aplinkos daiktus, veiksmus ir pan. bei gebėjimas sudaryti sakinius); maksimalus balų skaičius, rodantis, jog ekspresyvioji kalba nėra sutrikdyta yra 21;
- impresyvioji kalba (įvertinama foneminė klausia, žodinių instrukcijų supratimas, loginių-gramatinių konstrukcijų supratimas, erdvinis suvokimas); maksimalus balų skaičius rodantis, jog impresyvioji kalba nesutrikdyta yra 15;
- motorika (įvertinamas artikuliacinio aparato judrumas, rijimo funkcija, jutimai, rankos praxis, prasminių judesių demonstravimas); maksimali balų suma 15;

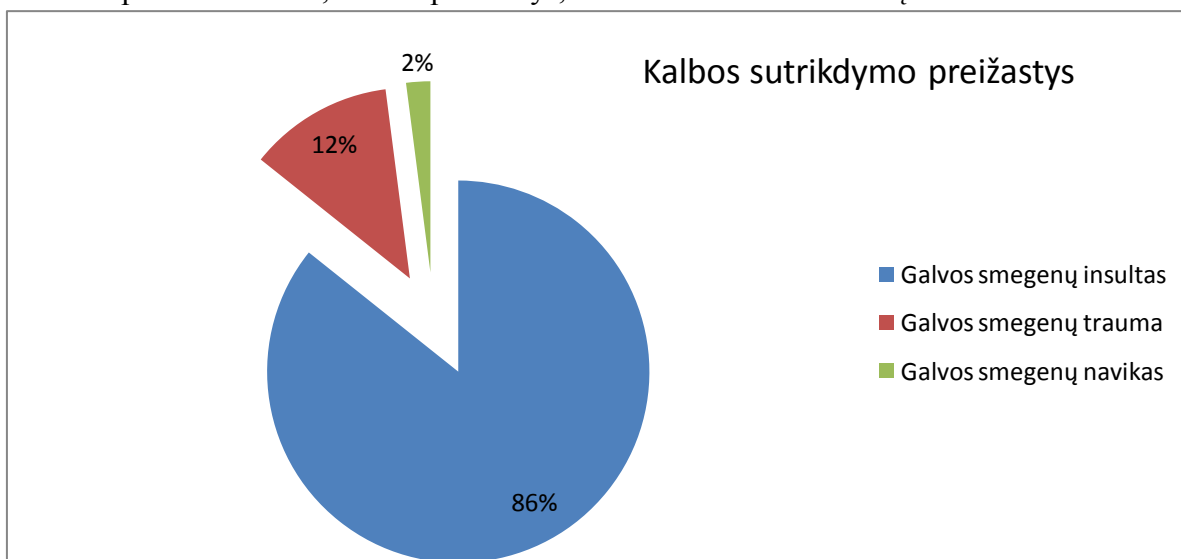
- rašymas (vertinamas automatizuotas rašymas, kopijavimas, rašymas diktuojant, garsinė analizė žodžiuose, atpasakojimo raštu gebėjimai, bei rašinėlio rašymas); maksimali suma, rodanti, jog rašymas nėra sutrikęs, yra 18 balų;
- skaitymas (vertinamas gebėjimas perskaityti garsus, skiemenis, žodžius, sakinius ir tekstą); maksimali balų suma yra 6;
- skaičiavimas (vertinamas gebėjimas rašyti skaičius, juos lyginti, bei atlikti aritmetinius veiksmus); maksimali balų suma - 6;
- regėjimo gnozis (vertinamas gebėjimas atpažinti realius daiktus, orientacija erdvėje, laike, geometrinių figūrų atpažinimas); maksimali balų suma – 15.

Analizuojant kalbos vertinimo rezultatus, pagrindinis dėmesys atkreipiamas į afazijos formų kitimo tendencijas. Atvejų analizėse atskleidžiamos logopedinių pratybų veiklos kryptys skirtingais afazijų atvejais, kurios buvo sukeltos skirtingų galvos smegenų pažeidimų. Tyrimo metu siekiama atskleisti, kurio galvos smegenų pažeidimo atveju – insulto, traumos, naviko, kalbos atkūrimo procesas yra greitesnis, kokios veiklos būdai, priemonės vienu ar kitu atveju yra labiau priimtini.

2.2. Tyrimo dalyviai

2013 metais Palangos reabilitacijos ligoninėje gydėsi 612 pacientų po insulto, galvos smegenų traumos ar naviko šalinimo operacijos. Iš jų 427 pacientų kalbą vertino logopedas, įvairių formų afazija nustatyta 152 pacientams. Per metus pravestos 7161 logopedinės pratybos.

4 paveikslas rodo, kokios priežastys, dažniausiai sutrikdo kalbą.

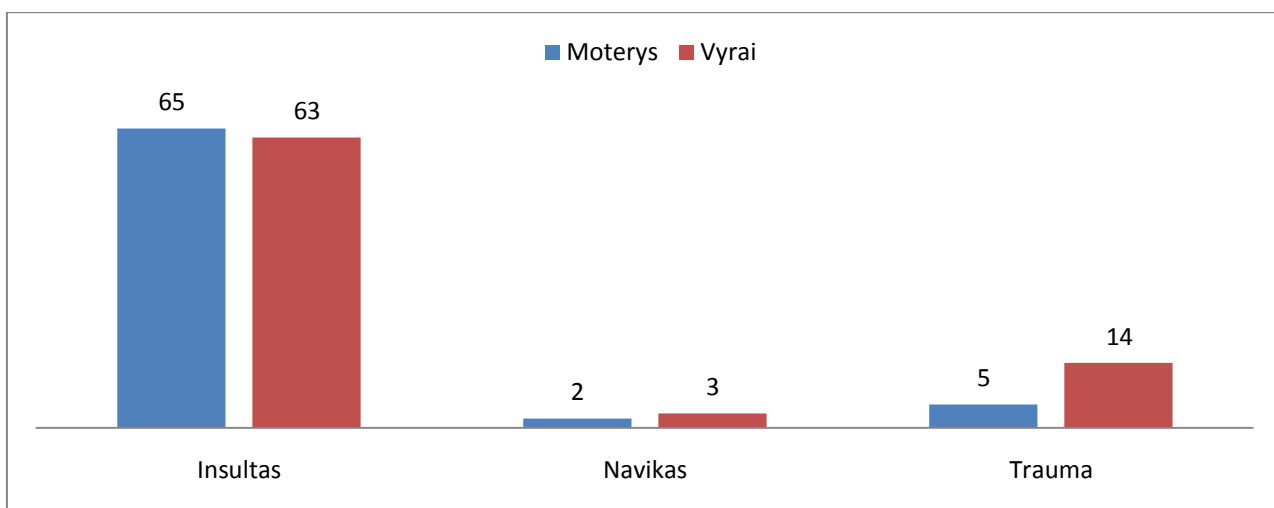


4 pav. Afazijos priežastys, %

Dažniausiai afazija yra insulto pasekmė, net 86% tiriamųjų kalba buvo sutrikdyta po išeminio ar hemoraginio galvos smegenų insulto kairiajame smegenų pusrutulyje. 12 % tiriamųjų kalba buvo sutrikdyta patyrus galvos smegenų traumą ir tik 2 % afazijų priežasčių buvo galvos smegenų navikų šalinimo operacijos.

Šie skaičiai atitinka pasaulio tendencijas, nes 2013 metų Amerikos nacionalinės afazijos asociacijos duomenimis 85% visų afazijos atvejų priežastis yra insultas, 15% - afazijos atvejų sukelia galvos smegenų traumas, navikų šalinimo operacijos, medikamentų vartojimo pasekmės ir pan. Iš pateiktų skaičių matyti, kad Palangos reabilitacijos ligoninėje besigydžiusių pacientų, kurių kalba buvo sutrikdyta, afazijos priežastys su nedidele 1% paklaida atitinka pasaulines afazijos priežasčių tendencijas.

Tyrimo metu siekta atskleisti, kurios lyties asmenys dažniau kenčia dėl afazijos. Apibendrinti duomenys, kiekvienus galvos smegenų pažeidimo atveju, pateikti 5 paveiksle.



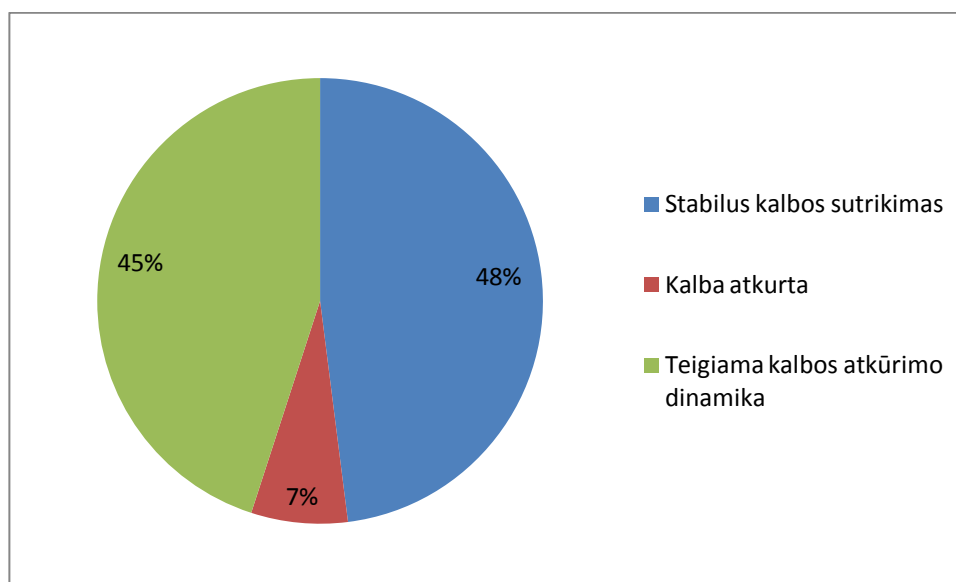
5 pav. Afazijos priežastys, pasiskirstymas pagal lytį

Lyginant vyrų ir moterų afazijos priežastis, kai afazijos priežastis yra insultas ar navikas ryškaus skirtumo nėra. Tuo tarpu galvos smegenų traumas vyrams kalbą sutrikdo, beveik tris kartus dažniau. Vilkė, Kondrotas, Bilskienė ir kt. (2012) nurodo, jog vyrų ir moterų, patyrusių galvos smegenų traumas, santykis yra 3:1.

2.3. Tyrimo rezultatų analizė

2.3.1. Kalbos atkūrimo dinamika insulto atvejais

Analizuojant kalbos vertinimo rezultatus, siekta nustatyti, kokia yra kalbos atkūrimo dinamika, kai kalbos sutrikdymo priežastis yra insultas. 6 paveiksle matomi apibendrinti duomenys.

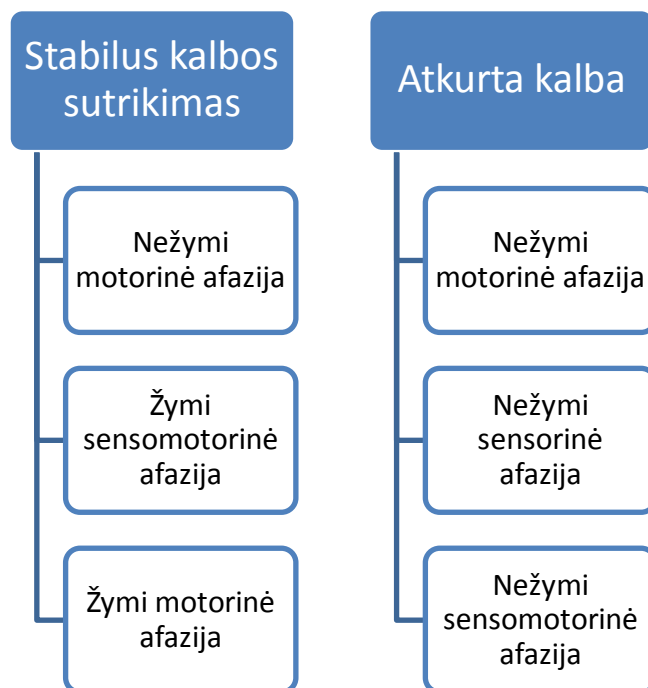


6 pav. Kalbos atkūrimo dinamika insulto atveju

Nustatyta, jog visiškai atkurti kalbą pavyko tik nedidelei daliai tiriamųjų. Šiek tiek mažiau nei pusei tiriamųjų atkurti sutrikdytą kalbos funkcijų nepavyko, kalbos sutrikimas išliko stabilus. Apibendrintai galima teigti, jog teigiamai kalbos atkūrimo pokyčiai, insulto atveju, yra būdingi daugiau nei pusei tiriamųjų.

Visiškai kalbą atkurti pavyko, tiems pacientams, kuriems buvo nustatyta nežymi sensomotorinė afazija, vyraujant sensorinei, nežymi sensorinė afazija, nežymi motorinė afazija.

7 paveiksle pateikiamos afazijų rūšys, kuomet reabilitacijos eigoje kalbos sutrikimas nekinta ir kuomet sutrikdytą kalbą pavyko visiškai atkurti.



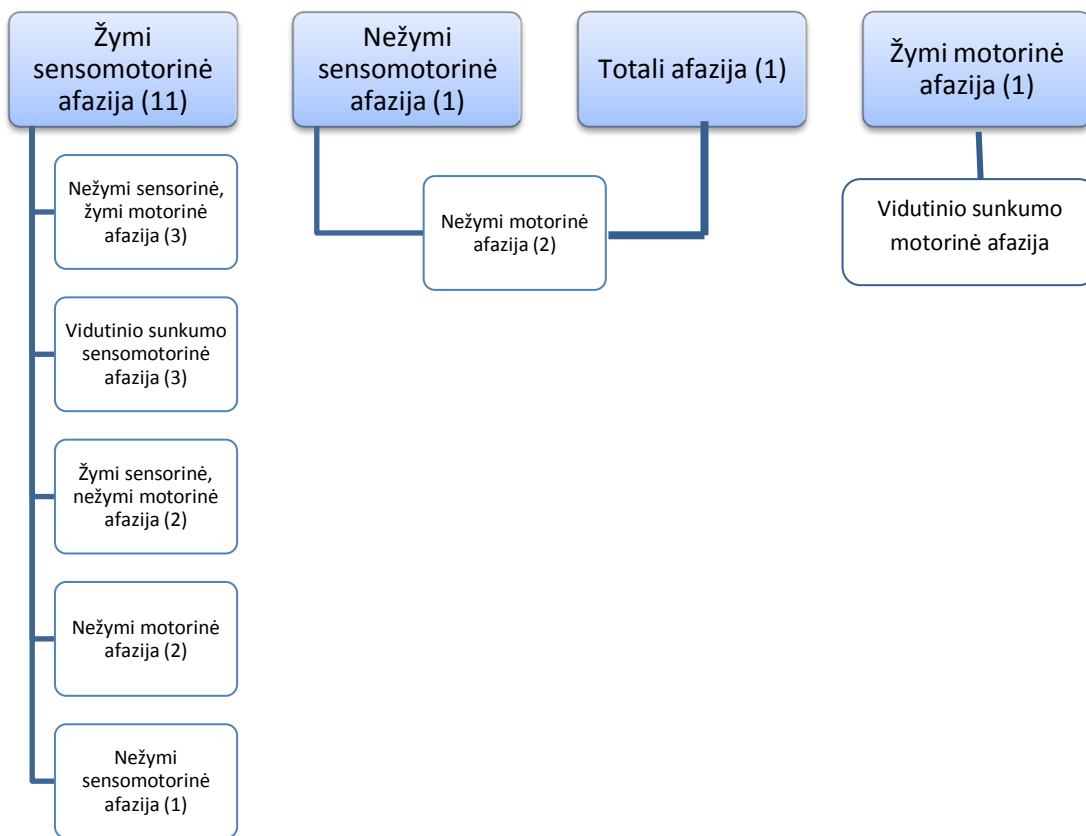
7 pav. Afazijos rūšių palyginimas, kai kalbos sutrikimas stabilus ir kai kalba atkurta.

Paveiksle matyti, kad stabilus kalbos sutrikimas išlieka, kai kalbos sutrikimas žymus. Visiškai atkurti kalbą dažniausiai pavyksta, kai kalbos sutrikimas nežymus – nežymi motorinė, nežymi sensorinė, nežymi sensomotorinė afazija. Būtų klaidinga manyti, jog minėti kalbos sutrikimai visada garantuoja kalbos atkūrimo sėkmę. Iš 6 paveikslo matyti, kad nežymi motorinė afazija vienu atveju yra sėkmingą kalbos atkūrimą žadantis faktorius, bet kita vertus, tai yra dažniausiai stabilus išliekantis kalbos sutrikimas.

Siekiant išsiaiškinti, ar amžius turi įtakos, kalbos sutrikimo kaitai, nustatyta, jog vidutinis tiriamųjų amžius, kai kalbos sutrikimas, tiksliau, nežymi motorinė afazija, išlieka stabilus, yra 62 metai. Tuo tarpu, kai nežymios motorinės afazijos atveju kalba visiškai atkurta, tiriamųjų amžiaus vidurkis yra 72 metai. Todėl šiuo atveju galima teigti, jog amžius nėra lemiamas faktorius kalbos atkūrimo sėkmei.

2.3.2. Kalbos atkūrimo dinamika galvos smegenų traumų atvejais

Analizuojant kalbos vertinimo išvadas, nustatyta jog galvos smegenų traumų atvejais pirminio vertinimo metu dažniau nustatomos sunkesnių formų afazijos – žymi sensomotorinė afazija, žymi motorinė afazija, totali afazija. 8 paveiksle matyti kalbos vertinimo išvados bei afazijos formų kitimas, kalbos atkūrimo procese.



8 pav. Afazijos formų kaita, galvos smegenų traumų atvejais.

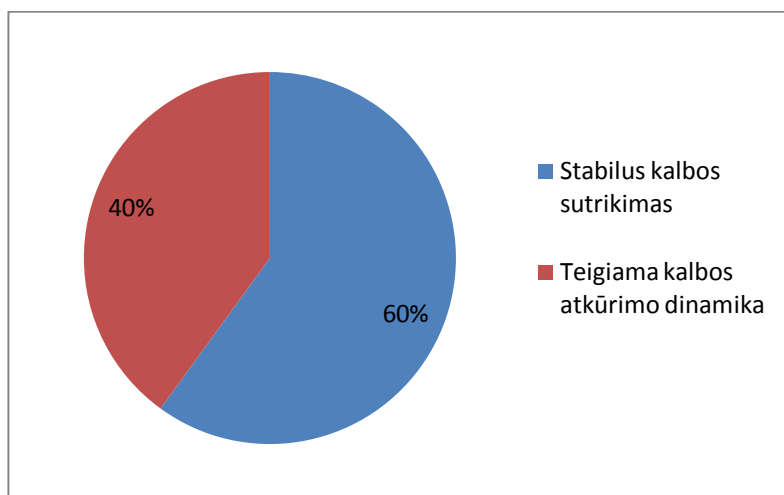
7 paveiksle matyti, jog žymus kalbos sutrikimas po logopedinių pratybų tampa lengvesnės formos. Žymi sensomotorinė afazija pasikeičia į nežymią sensorinę ir žymią motorinę, vidutinio sunkumo sensomotorinę, nežymią motorinę ar nežymią sensomotorinę afaziją. Reikia pastebėti, jog įvairiaus sunkumo sensomotorinės afazijos atvejais, stebimas teigiamas impresyviosios kalbos kitimas. Šiai tendencijai didelės reikšmės turi visos reabilitacijos komandos darbas – kineziterapeutai, ergoterapeutai, slaugytojai, gydytojai ir kt., kurie dirbdami su pacientu nuolat aktyvina kalbos suvokimą, teikdami nurodymus bei instrukcijas.

Išanalizavus kalbos vertinimo rezultatus, kai kalbos sutrikdymo priežastis yra kairiojo galvos smegenų pusrutulio trauma, nustatyta, jog teigiama kalbos dinamika buvo 79% tiriamųjų, likusiai daliai tiriamųjų kalbos sutrikimas išliko stabilus.

2.3.3. Kalbos atkūrimo dinamika navikų šalinimo atvejais

Rečiausiai kalbą sutrikdo galvos smegenų naviko šalinimas. Įvertinus šios grupės tiriamųjų kalbą, dažniau nustatytas nežymus kalbos sutrikimas – nežymi motorinė eferentinė

afazija, nežymi sensorinė afazija, nežymi motorinė afazija. Kalbos atkūrimo dinamiką iliustruoja 9 paveikslas.



9 pav. Kalbos atkūrimo dinamika naviko šalinimo atveju

Daugiau nei pusei tiriamųjų kalbos atkūrimo metu ryškesnės dinamikos nėra, kalbos sutrikimas išlieka stabilus, likusiai daliai tiriamųjų vyko teigiama kalbos atkūrimo dinamika.

Tenka pažymėti, kad po galvos smegenų navikų šalinimo impresyvioji kalba atsikuria greičiau. Nežymus kalbos suvokimo trūkumas, reabilitacijos eigoje yra įveikiamas, neretai kalbos suvokimo trūkumai visiškai išnyksta.

Apibendrinus, afazijos formų ir laipsnių kitimo tendencijas įvairiais galvos smegenų pažeidimų atvejais, matyti, jog neatsižvelgiant į afaziją sukėlusią priežastį, reabilitacijos pabaigoje ženkliausias pasikeitimas vyksta atkuriant impresyviąją kalbą. Dažniausiai kinta sensorinės afazijos formos ir laipsnis. Teigiamos įtakos kalbos suvokimo kitimui, turi visa reabilitacijos komanda, kineziterapeutas, ergoterapeutas ir kiti specialistai, kurie žodžiu teikia instrukcijas ir nurodymus procedūrose, kai dažnai specialistų žodžius lydi veiksmai. Toks nuolatinis žodinių instrukcijų kartojimas, lydymas veiksmais, gerina kalbos suvokimą, kuris vėliau yra perkeliamas ir pritaikomas kitose situacijose.

2.4. Kalbos atkūrimo atvejų analizė, esant skirtingiems galvos smegenų pažeidimams

Siekiant atskleisti kalbos atkūrimo dinamiką minėtais afazijų atvejais, atsitiktinės atrankos būdu parinkta 12 tiriamųjų, po 4 iš kiekvienos grupės. Aprašant kiekvieną atvejį, stengiasi atskleisti, kokie kalbos atkūrimo uždaviniai buvo išsikelti, kaip juos pavyko

įgyvendinti, kaip kito tiriamųjų kalba ir kalbos suvokimas reabilitacijos eigoje. Aprašant kiekvieną atvejį, analizuojami kalbos vertinimo rezultatai gauti pradėjus ir baigiant reabilitaciją.

Pacientų kalbos atkūrimas pradedamas nuo neuropsichologinio įvertinimo, kuris apima motorikos, ekspresyvosios ir impresyvosios kalbos patikrinimą, rašymo, skaitymo, skaičiavimo, mąstymo bei regimojo suvokimo tyrimą. Kalbos tyrimo testo rezultatai padeda nustatyti tikslesnę afazijos rūšį bei parinkti tikslingus kalbos atkūrimo būdus.

Aprašant atvejus, pagrindinis dėmesys skiriamas kalbai atkurti, kitų sutrikimų – dizartrijos, disfagijos, disfonijos ir pan. šalinimas nėra aprašomas.

2.4.1. Kalbos atkūrimo atvejų analizė, kai afazijos priežastis yra insultas

I TIRIAMASIS

Tiriamoji: 64 m., moteris (tiriamųjų sąrašė eilės numeris 11).

Diagnozė: Pakartotinis išeminis galvos smegenų insultas ACMsin baseine.

Kalbos vertinimo išvada atvykus: Nežymi sensorinė, žymi motorinė aferentinė afazija. Dizartrija. Disfonija.

Kalbos vertinimo išvada išvykstant: Žymi motorinė aferentinė afazija. Dizartrija. Disfonija.

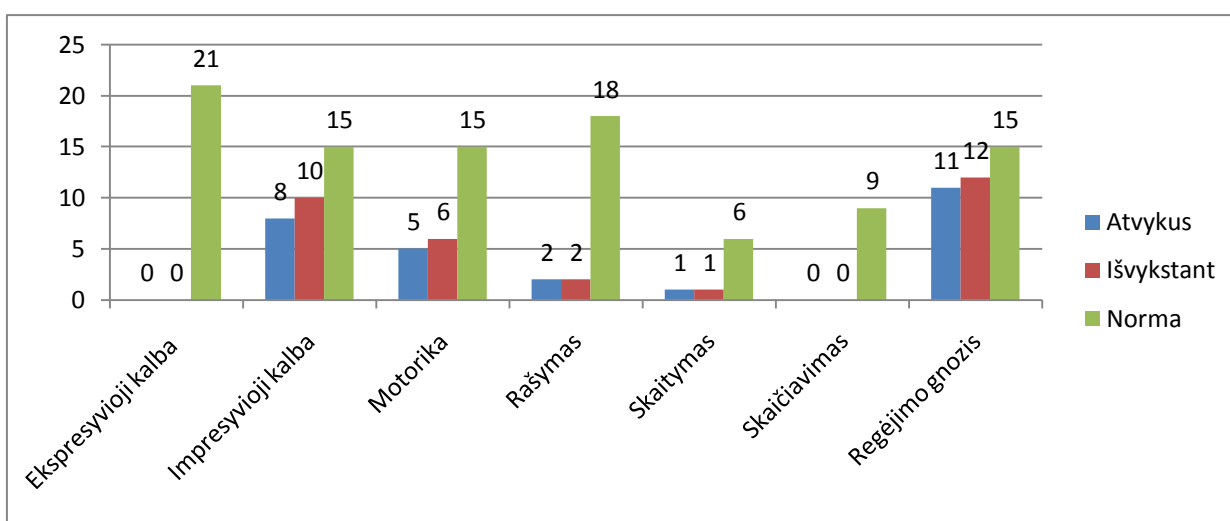
Reabilitacijos pradžioje pacientė labai emocionali – mimikomis ir gestais bando išreikšti savo mintis, emocijas. Ekspresyvioji kalba visiškai sutrikdyta, vienintelis valingai ištariamas garsas yra forsutas [a], tačiau su pagalba bando vardyti skaičių eiles, pritaria dainuojant dainas, bet aiškių žodžių neištaria, garsinė žodžių struktūra neišlaikoma. Paprastas, situacines instrukcijas supranta, vykdo pagal galimybes. Geba parodyti įvardytus aplinkos daiktus, orientuojasi aplinkoje, laike. Su pagalba geba nukopijuoti parašytus žodžius, skaitymas ir savarankiškas rašymas sutrikęs. Oralinio aparto apraksija, negeba artikuliuoti atskirų garsų, ilgai ieško reikiamos liežuvio ir lūpų padėties. Liežuvis įtemptas. Kalba sutrikdyta jau po pirmųjų 2 insultų (2008 m., 2010 m.), reabilitacija anksčiau netaikyta, logopedinės pratybos taip pat.

Numatytos darbo kryptys:

- Artikuliacinio aparato judesių aktyvinimas. Artikuliacinio aparto raumenų tonuso normalizavimas logopediniu masažu ir VocaStim elektrostimuliacijos aparatu, pagal tiriamosios galimybes, aktyvi artikuliacinio aparato mankšta.
- Kalbinio kvėpavimo formavimas.
- Garsų, skiemenų, dviskiemenių žodžių tarimo mokymas remiantis regimąją informacija – sekant logopedo artikuliaciją.

- Garsinė žodžių analizė, nustatant pirmąjį žodžio garsą;
- Automatizuotos kalbos aktyvinimas. Pagal galimybes, savarankiškai, vardyti skaičių seką, mėnesių, savaitės dienų pavadinimus. Lydimasis dainavimas.
- Ekspresyvosios kalbos aktyvinimas, skatinant į paprastus klausimus atsakyti „*Taip – Ne*“.
- Rašomosios kalbos aktyvinimas –mokoma nurašyti vardą, pavardę, pamažu pereinama prie savarankiško vardo užrašymo.
- Kalbos suvokimo tikslinimas, prašant vykdyti dviejų dalių žodines instrukcijas.

Tiriamajai prarastos 25 individualios logopedinės pratybos, pratybos vyko kasdien, pratybų trukmė 30 min. Numatytos logopedo darbo kryptys nekito. Kalbos atkūrimo dinamika – nežymi. 10 paveikslas rodo kalbos vertinimo duomenis.



10 pav. I tiriamosios kalbos atkūrimo kaita

Lyginant pirminio kalbos vertinimo rezultatus ir kalbos atkūrimo rezultatus matyti, jog impresyvioji kalba ir regimasis suvokimas bei motorika yra stipriosios tiriamosios pusės, nes šiose srityse stebima nežymi dinamika. Reabilitacijos eigoje gerėjo tiriamosios artikuliacinio aparato judrumas – nuo pasyvios mankštos, pereita prie aktyvių judesių atlikimo. Taip pat buvo suformuotas, tačiau neįtvirtintas, kalbinis kvėpavimas, gerėjo žodžių kartojimo įgūdžiai (su pagalba, sekdamą logopedo artikuliaciją pacientė geba pakartoti nesudėtingus žodžių junginius). Visoms užduotims atlikti ir toliau tiriamajai reikalinga logopedo pagalba.

II TIRIAMASIS

Tiriamoji: 56 m. moteris (tiriamųjų sąrašė eilės numeris 17)

Diagnozė: Išeminis galvos smegenų insultas ACMsin baseine.

Kalbos vertinimo išvada atvykus: Žymi motorinė eferentinė afazija. Dizartrija

Kalbos vertinimo išvada išvykstant: Vidutinio sunkumo motorinė eferentinė afazija.

Tiriamosios ekspresyvioji kalba sutrikdyta, kalboje daug perseveracijų. Pasakojimas nenuoseklus, būdingi pavieniai žodžiai. Šnekamojoje kalboje dažni stereotipiniai sakiniai. Kalbos gramatinė sandara surikdyta – dažnos linksnių derinimo klaidos. Rašydama keletą kartų kartoja tą pačią raidę, skaitydama daro klaidų – painioja raides, kartoja pirmuosius skiemenis, o tai trukdo teisingai suprasti perskaityto teksto turinį. Klysta vykdydama žodines instrukcijas. Sutrikusi foneminė klausa. Artikuliacinio aparato judesiai nediferencijuoti.

Tiriamajai pravestos 32 logopedinės pratybos, 25 individualūs ir 7 grupiniai užsiėmimai (+1 žmogus). Grupinės pratybos pradėtos tuomet, kai tiriamoji gebėjo savarankiškai atlikti kai kurias užduotis, pvz., rašymo.

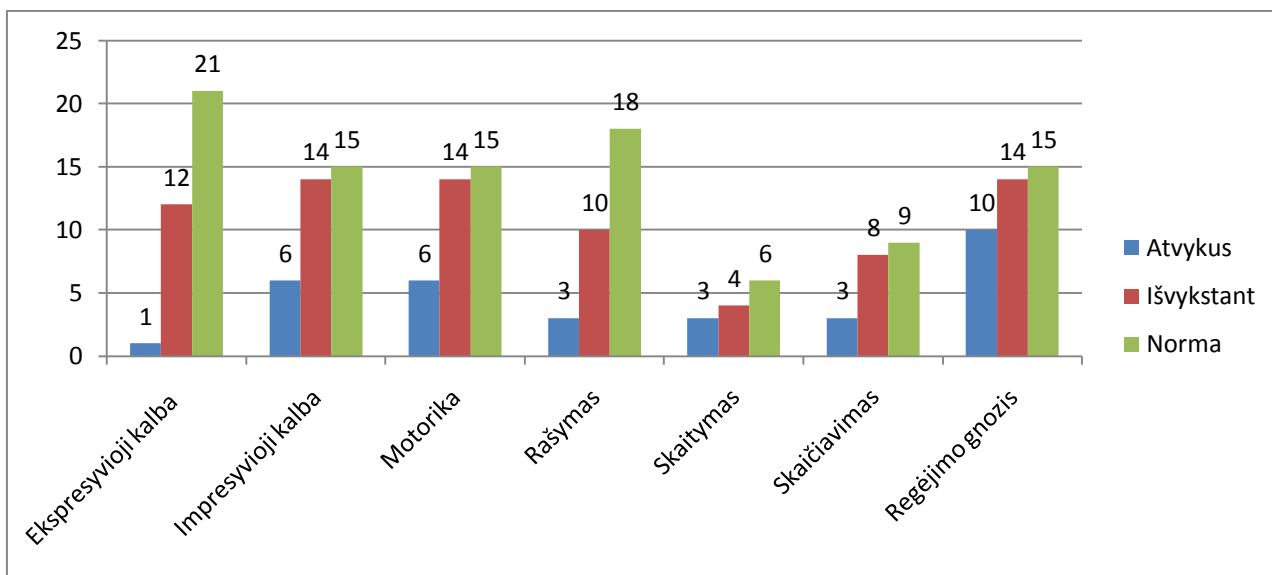
Numatytos darbo kryptys:

- Artikuliacinio aparato mankšta.
- Automatizuotos kalbos aktyvinimas vardijant mėnesių pavadinimus, savaitės dienų pavadinimus, deklamuojuant žinomus eilėraščius ir pan.
- Kalbos kinetinės sistemos sutrikimų įveikimas atliekant sakinių užbaigimo užduotis.
- Rišliosios kalbos ugdymas, skatinant pilnu sakiniu atsakyti į pateiktus klausimus.
- Foneminė klausos lavinimas, parenkant tinkamus panašios garsinės struktūros žodžius.
- Aktyviojo žodyno turtinimas.
- Skaitymo įgūdžių tobulinimas.
- Rašymo įgūdžių tobulinimas.

Atkuriant kalbą, svarbu remtis artima pacientui kalba, todėl aktyvinama automatizuota kalba – vardijami mėnesiai, savaitės dienos. Sklandesnei kalbai šios afazijos atveju, teigiamų rezultatų davė sakinių užbaigimo pratimai, kurie vėliau buvo derinami ir su tiriamosios asmenine patirtimi. Žinių apie asmeninę tiriamosios patirtį (vaikus, anūkus, pomėgius) suteikė šeimos nariai. Apskirtai šeimos narių dalyvavimas yra labai svarbus veiksnys, turintis didelės reikšmės kalbos atkūrimo sėkmei. Almanienė, Sirvydaitė (2004) artimųjų geranoriškumą, kalbos atkūrimo procese įvardija, kaip teigiamai kalbos atsistatymą lemiantį faktorių.

Teigiamai kalbos atkūrimo dinamikai reikšmingos buvo ir grupinės pratybos. Kuomet tiriamoji gebėjo atlikti skaitymo, rašymo užduotis savarankiškai, buvo pradėtos grupinės pratybos. Tiriamosios logopedinės pratybos vyko kartu su panašaus amžiaus vyru, kurio kalba buvo sklandesnė. Grupinės pratybos paskatino natūralų bendravimą – pasisveikinimas, pagyrimai vienas kitam, domėjimasis vienas kito sveikatos būkle, leido perkleti individualių pratybų metu įgytus kalbėjimo įgūdžius į kitą bendravimo erdvę.

Reabilitacijos pabaigoje, atlikus kalbos vertinimą, paaiškėjo, jog dinamika yra ženkliai. 11 paveiksle yra pateikti apibendrinti kalbos vertinimo reabilitacijos pradžioje ir atkūrus kalbą duomenys.



11 pav. II tiriamosios kalbos atkūrimo kaita

Ryškus pagerėjimas matomas įvertinus ekspresyviąją (tiriamoji geba su pagalba prisistatyti, papasakoti apie save, lengviau pavadina aplinkos daiktus, reiškinius) ir impresyviąją kalbą (išlieka nežymus foneminės klausos sutrikimas, tačiau bendras kalbos suvokimas geras), motoriką, skaitymą ir regimąjį suvokimą. Aprašytoju atveju žymi motorinė eferentinė afazija pasikeitė į vidutinio sunkumo afaziją. Šiuo atveju reikšmingos buvo asmeninės tiriamosios savybės – kruopštumas, nuoseklus darbas ne tik pratybų metu, bet ir savarankiškai palatoje atliekamos užduotys. Taip pat ir artimųjų palaikymas, bendravimas su jais. Grupinės logopedinės pratybos, leido įgytus kalbėjimo įgūdžius perkelti į realų bendravimą.

III TIRIAMASIS

Tiriamoji: 60 m. moteris (tiriamųjų sąrašė eilės numeris 112)

Diagnozė: Hemoraginis galvos smegenų insultas kairiajame pusrutulyje.

Kalbos vertinimo išvada atvykus: Nežymi sensorinė, žymi motorinė afazija. Dizartriija.

Kalbos vertinimo išvada išvykstant: Nežymi motorinė afazija.

Sutrikdyta ekspresyvioji kalba, pasakojant būdingos pauzės bandant prisiminti tinkamus žodžius. Kalbant būdingos stereotipinės frazės – „na, žinot“, „buvo ten“, „niekada taip nebūdavo“. Sunkumai pavadinant aplinkos daiktus, juos apibūdinant, bandoma užmirštą žodį

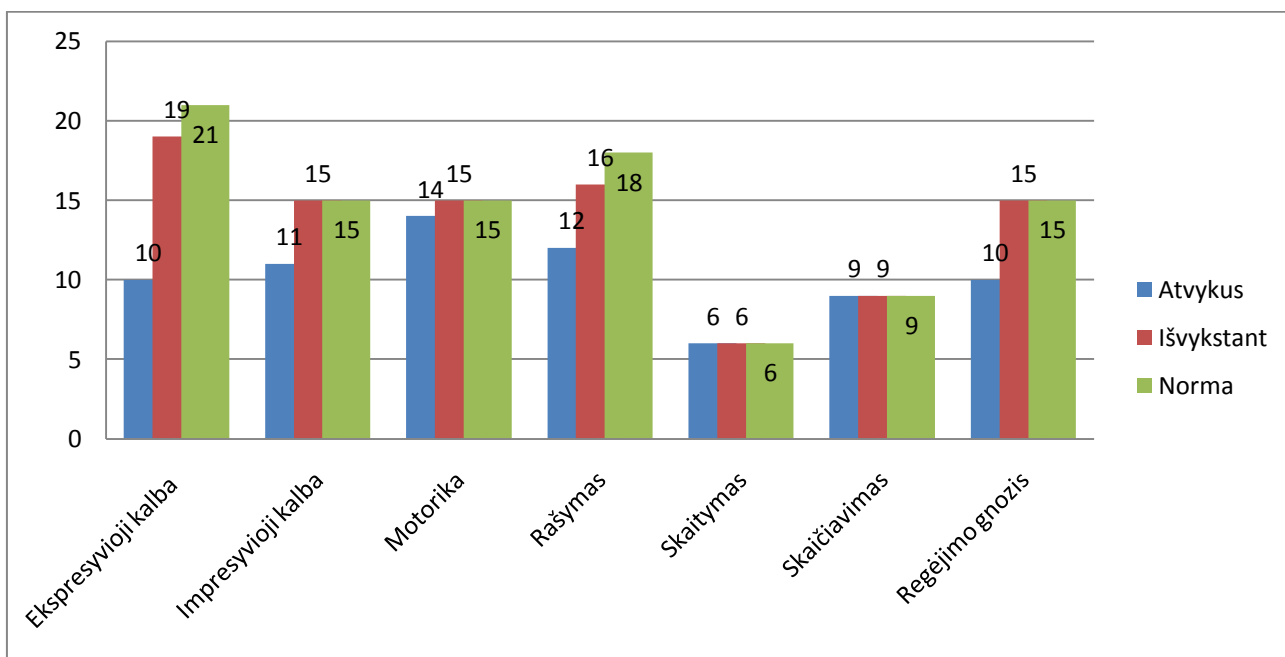
pakeisit kitais ar tiesiog kitais žodžiais bandyti jį apibūdinti. Foneminė klausa nesutrikdyta, sunkiau vykdo sudėtingas žodines instrukcijas. Rašymo, skaitymo, skaičiavimo sunkumų tiriamoji neturi.

Tiriamajai paskirta 30 pratybų, pusė jų grupėje (+1 pacientas).

Numatytos darbo kryptys:

- Kalbos suvokimo tikslinimas, vykdant žodines ir rašytines instrukcijas;
- Žodyno turtinimas klasifikuojant daiktus (vaisiai, baldai, rūbai, augalai, gyvūnai ir pan.), ieškant žodžiams sinonimų, antonimų, sudarinėjant sakinius su homonimais;
- Rišliosios kalbos atkūrimas, užbaigiant sakinius, pasakojant pagal paveikslėlių serijas; dalijantis asmenine patirtimi, pvz., pasakojant mėgstamo patiekalo receptą.

Teigiama kalbos atkūrimo dinamika buvo jau po pirmųjų 2 savaičių – buvo atkurtas kalbos suvokimas, regimasis suvokimas (be didesnių sunkumų parodė įvardintus daiktus, reiškinius). Grupinės pratybos vyko kartu su pacientu, kurio kalba nesutrikdyta. Atlikdama užduotis tiriamoji nuolat kreipdavosi pagalbos į kolegą, tai skatino natūralų bendravimą. 12 paveiksle pateikiama kalbos atkūrimo dinamika



12 pav. III tiriamosios kalbos atkūrimo dinamika

Paveiksle matyti, jog reabilitacijos pabaigoje išliko nežymūs ekspresyvosios kalbos trūkumai, kurie turėjo įtakos savarankiškam rašymui – netaisyklingai ištarusi žodį, negali tinkamai užrašyti. Tokie rašymo sunkumai ypač būdingi savarankiškai kuriant pasakojimus, raštu apibūdinant reiškinius. Bendrai, kalbos vertinimo rezultatai rodo ženkliai teigiamą dinamiką.

IV TIRIAMASIS

Tiriamasis: 57 m. vyras (tiriamųjų sąrašė eilės numeris 79).

Diagnozė: Kairės pusės išeminis galvos smegenų insultas.

Kalbos tyrimo išvada atvykus: Sensomotorinė afazija. Dizartrija.

Kalbos tyrimo išvada išvykstant: Sensomotorinė afazija. Dizartrija.

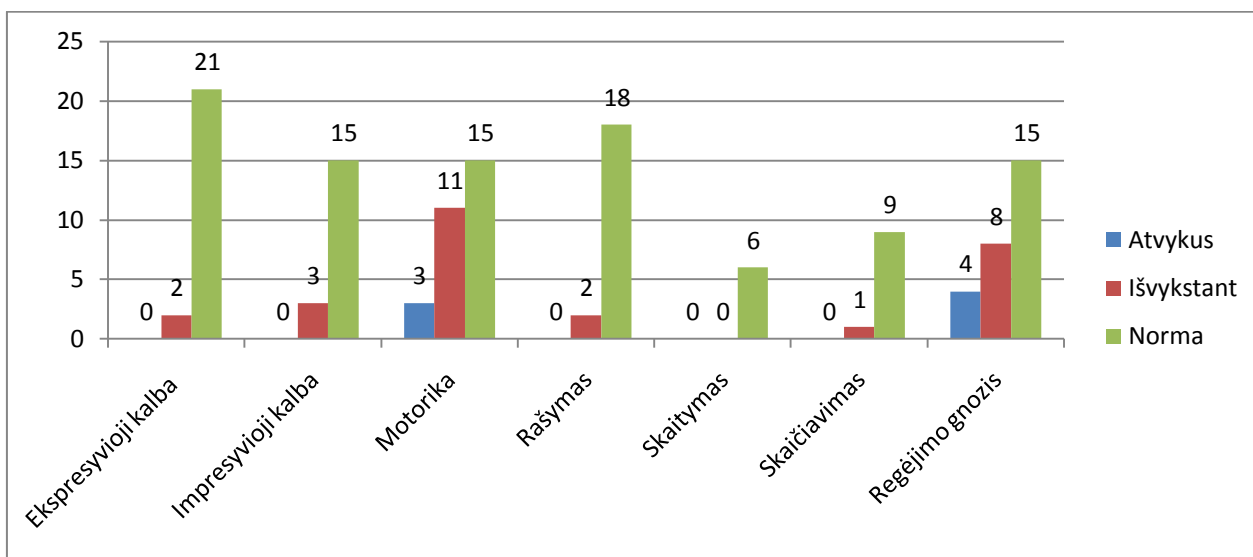
Ekspresyvioji kalba sutrikdyta, kartoja skiemenų seką [to to]. Spontaninėje kalboje į paprastus klausimus, pvz., „*Ar išmiegojai? Ar skauda ranką?*“ atsako galvos linksėjimu palydimu garsu [aa] arba minėtais [to to] skiemenimis palydimais galvos sukiojimu į šonus. Artikuliacinis aparatas nejudrus. Impresyvioji kalba sutrikdyta, savarankiškai nevykdo jokių instrukcijų. Foneminė klausa sutrikdyta. Skaitymas, rašymas visiškai sutrikdytas, parašytos raidės nenukopijuoja. Pacientas labai verksmingas, tik įpusėjus reabilitacijai, ženkliai sustiprėjo motyvacija tikslingai veiklai.

Numatytos darbo kryptys:

- Aktyvinantis mimikos raumenų, artikuliacinio aparato masažas. Pagal tiriamojo galimybes savarankiška artikuliacinio aparato mankšta.
- Foneminės klausos lavinimas. Pradžioje ritmiškas pavienių garsų kartojimas, vėliau skiemenų kartojimas.
- Impresyviosios kalbos atkūrimas, vykdant elementarias žodines instrukcijas – imk, duok, padėk, parodyk ir pan.
- Pasyviojo žodyno turtinimas, parodant įvardintus daiktus.
- Rišliosios kalbos skatinimas vartojant reikšminius žodžius – ate, iki, labas.
- Savarankiškos kalbos aktyvinimas lydimoju dainavimu.
- Rašomosios kalbos atkūrimas, kopijuojant geometrines figūras, raides.

Pravestos 33 individualios logopedinės pratybos. Reabilitacijos pradžia sudėtinga dėl tiriamojo emocinės būklės, tiriamasis jautrus, nemotyvuotas darbui, nedėmesingas. Po trijų savaičių motyvacija sustiprėjo, pratybų metu atliktas užduotis (pvz., nukopijuotas geometrines figūras, raides, paveikslėlius ir pan.) nešdavosi į palatą, bandydavo kartoti, geriausiai sekėsi kopijuoti parašytas raides. Numatyti tikslai praktiškai nekito visą reabilitacijos laiką.

Kalbos vertinimo rezultatų reabilitacijos pradžioje ir atkūrus kalbą palyginimas matomas 13 paveiksle.



13 pav. IV tiriamojo kalbos atkūrimo dinamika.

Įvertinus kalbą reabilitacijos pabaigoje, matomi motorikos pasikeitimai, nuo pasyvios artikuliacinio aparato mankštos pereita prie aktyvaus kai kurių artikuliacinio aparato mankštos pratimų atlikimo. Nežymiai pagerėjo kalbos suvokimas kasdieninėse situacijose, geresnis regimasis suvokimas – tiriamasis, įpusėjęs reabilitacijai, savarankiškai nuvažiuodavo (dėl dešinės pusės paralyžiaus nevaikšto) į procedūras, orientavosi laike. Šiuo atveju kalbos sutrikimas liko stabilus, ženklesnės dinamikos lyginant kalbos vertinimo rezultatus nėra.

Apibendrinant atvejus, kai kalbos sutrikdymo priežastis yra insultas, galima teigti, jog sėkmingam kalbos atkūrimui, įtakos turi tiek asmeninės tiriamųjų savybės (motyvacija, kruopštumas), tiek aplinka, t.y. šeimos nariai, artimieji, kurie skatina kalbėti, pasakoti savarankiškai, tiek logopedinių pratybų formos pakeitimas, t.y. perėjimas nuo individualių prie grupinių pratybų bei visa reabilitacijos komanda, kuri ženkliai prisideda prie impresyviosios kalbos atkūrimo.

Atkuriant kalbą, kai afazijos priežastis yra insultas, numatytos veiklos kryptys priklauso nuo kalbos sutrikimo. Tais atvejais, kai kalbos sutrikimas yra žymus, numatyti tikslai išlieka praktiškai nepakitę.

2.4.2. Kalbos atkūrimo atvejų analizė, kai afazijos priežastis yra naviko šalinimas

V TIRIAMISIS

Tiriamoji: Moteris, 63 m. (tiriamųjų sąrašė eilės numeris 72).

Diagnozė: Oligoastrocystoma (navikas) kairiajame smegenų pusrutulyje.

Kalbos vertinimo išvada atvykus: Nežymi sensorinė, žymi motorinė afazija, dizartrijs.

Kalbos vertinimo išvada išvykstant: Žymi motorinė afazija

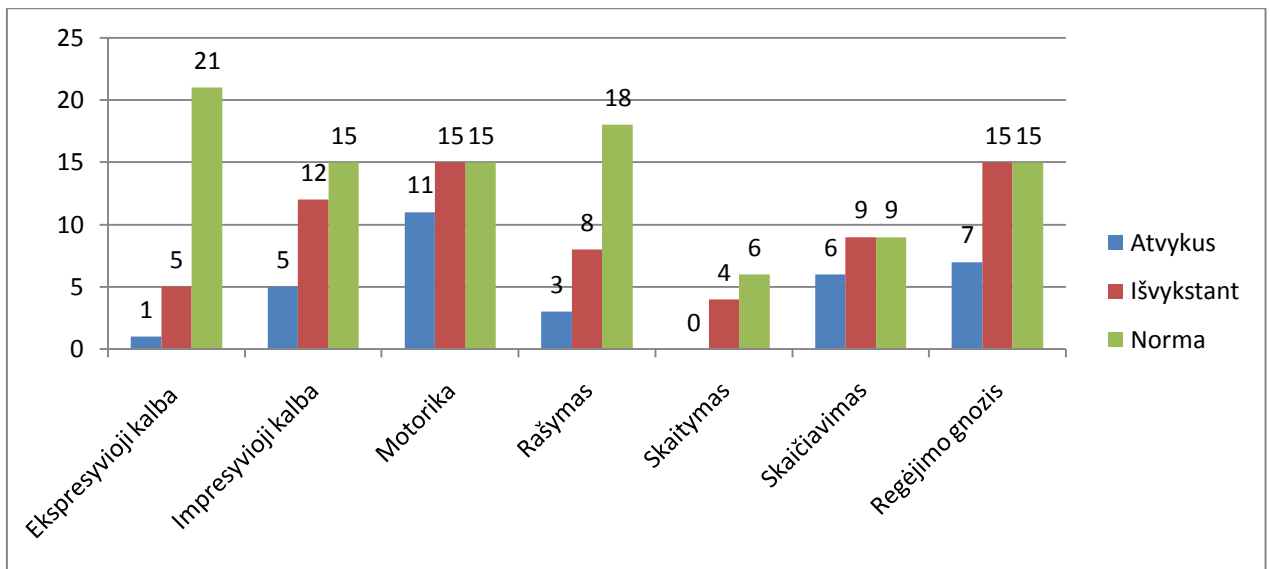
Sutrikdyta ekspresyvioji kalba, paprastas žodines instrukcijas supranta iš dalies, geriau vykdo po parodyto pavyzdžio. Išlikę automatizuotos kalbos fragmentai – su pagalba vardija skaičių seką, mėnesių pavadinimus, pasako vardą. Sutrikusi foneminė klausa, sekama logopedo artikuliaciją, pakartoja atskirus garsus, tačiau dviskiemenių žodžių nepakartoja. Sutrikęs savarankiškas rašymas, kopijuodama kartoja pirmąją parašytą raidę. Artikuliacinio aparato judesiai apsunkinti, liežuvis devijuoja į dešinę.

Numatytos darbo kryptys:

- Garsų, skiemenų, žodžių tarimo mokymas sekant tariamų žodžių artikuliaciją.
- Savarankiškos kalbos aktyvinimas, skatinant pasisveikinti, atsisveikinti, į paprastus klausimus atsakyti žodžiais „*Taip – Ne*“.
- Kalbos suvokimo gerinimas, vykdant žodines instrukcijas;
- Pasyviojo žodyno turtinimas, parodant aplinkos daiktus, surandant sinonimus, antonimus.
- Aktyviojo žodyno atkūrimas, atliekant sakinių užbaigimo užduotis.
- Lydimasis dainavimas.
- Garsinės analizės įgūdžių atkūrimas nustatant pirmąjį žodžio garsą, sudedant žodžius iš raidžių;

Atliktos 29 individualios logopedinės pratybos. Ženklesnė dinamika stebėta po dviejų reabilitacijos savaitių, kai buvo atkurtas regimasis ir girdimasis suvokimas. Vėliau daugiau dėmesio skirta aktyviojo žodyno turtinimui.

14 paveiksle matomi kalbos atkūrimo pasiekimai.



14 pav. V tiriamosios kalbos atkūrimo dinamika.

Reabilitacijos pabaigoje ekspresyvosios kalbos trūkumai vis dar ryškūs, tiriamoji savarankiškai gebėjo pasakyti savo vardą, vardyti skaičių seką, pakartoti skiemenis, dviskiemenius žodžius. Teigiamas spontaninės kalbos atsikūrimas, dažniau į paprastus klausimus atsakydavo tiksliai „*Taip*“ arba „*Ne*“. Su pagalba perskaitė skiemenis, dviskiemenius žodžius. Rašymo sunkumus įveikti trukdė žymus ekspresyvosios kalbos trūkumas.

VI TIRIAMASIS

Tiriamasis: Vyras, 32 m. (tiriamųjų sąrašė - 90)

Diagnozė: Kairės kaktinės skilties oligoastrocistoma (navikas).

Kalbos vertinimo išvada atvykus: Nežymi motorinė afazija.

Kalbos vertinimo išvada išvykstant: Nežymi motorinė afazija.

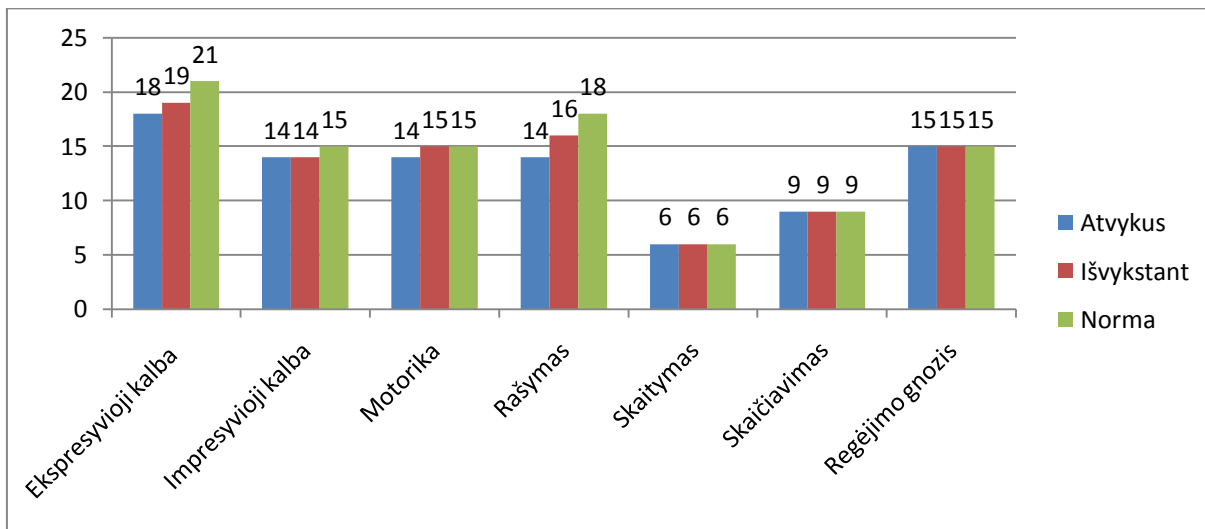
Pasakojant būdingos dažnos pauzės, kalba nenuosekli. Dialogą palaiko, į paprastus klausimus atsakymai stereotipiniai – „*žinoma*, „*būtinai*“, „*kaip pasakysite*“ ir pan. Aktyvusis žodynas siauresnis nei pasyvusis, trūksta sąvokų, apibendrinančių žodžių ir pan. Impresyvioji kalba nesutrikusi. Automatizuota kalba nesutrikusi. Sunkiau įvardyti aplinkos daiktus, sudaryti sakinius, pasakojant pagal paveikslėlį. Sekdamas logopedo artikuliaciją pakartoja žodžių junginius, frazes. Artikuliacinio aparato judesiai nediferencijuoti.

Numatytos darbo kryptys:

- Žodyno aktyvinimas apibūdinant reiškinius, ieškant žodžiams sinonimų, antonimų, sudarinėjant sakinius su homonimais;
- Rišliosios kalbos atkūrimas, pasakojant pagal paveikslėlių serijas; dalijantis asmenine patirtimi.

- Foneminės klausos lavinimas kartojant, vėliau užrašant girdimus žodžius, frazes.

Paskirtos 25 grupinės pratybos, kartu su rijimo sutrikimų turinčiu pacientu. Kalbai atkurti aprašomu atveju naudotas E. Šliauterienės adaptuotas pratybų sąsiuvinis. Pacientas pakankamai savarankiškas, tad atliekant užduotis, pakakdavo patarimų. Kalbos atkūrimo dinamika matoma 15 paveiksle.



15 pav. VI tiriamojo kalbos atkūrimo dinamika

Tiriamojo kalbos sutrikimas nežymus, logopedinių pratybų metu tiriamasis atsipalaidavęs, savo kalbos sutrikimo nesureikšminantis. Reabilitacijos eigoje dinamika nežymi – nežymiai prasiplėtė aktyvusis žodynas, savarankiška kalba tapo sklandesnė, rašydamas rečiau painiojo panašiai skambančius garsus.

VII TIRIAMASIS

Tiriamasis: Vyras, 47 m. (tiriamųjų sąrašė - 146)

Diagnozė: Galvos smegenų navikai.

Kalbos vertinimo išvada atvykus: Nežymi sensorinė, žymi motorinė afazija, dizartrijs, disfonija

Kalbos vertinimo išvada išvykstant: Žymi motorinė afazija.

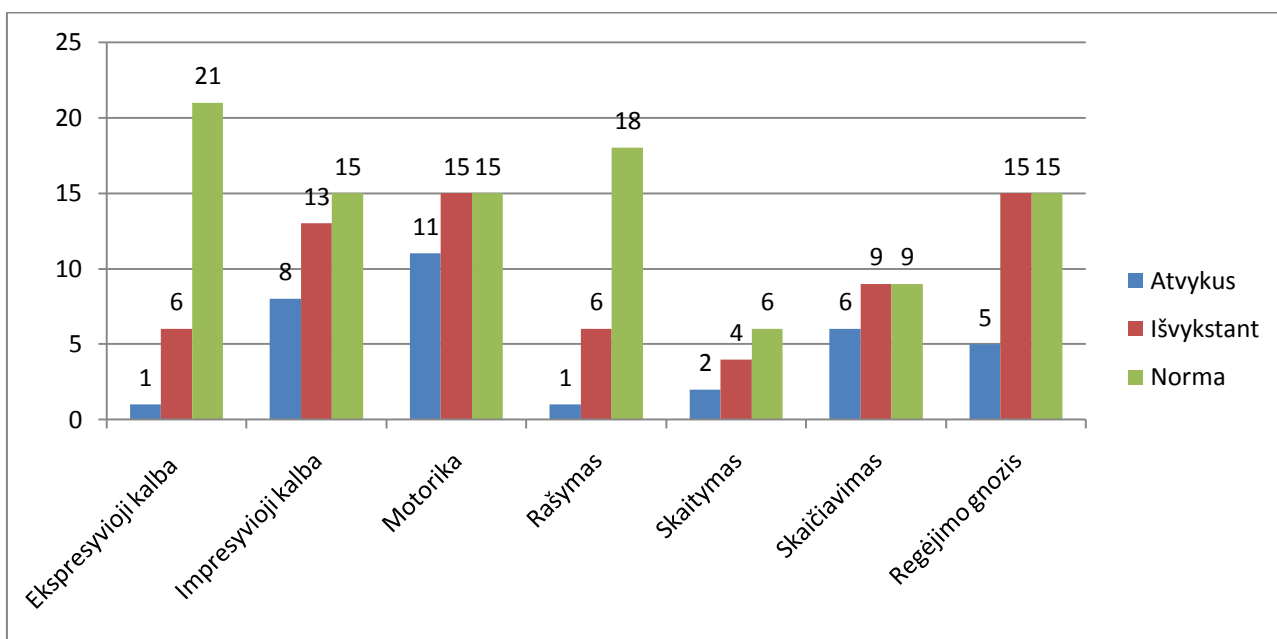
Ekspresyvioji kalba sutrikdyta, dialogą palaiko pavieniais žodžiais, atsakymai į klausimus ne visada adekvatūs. Impresyvioji kalba sutrikdyta, instrukcijas ir nurodymus geriau vykdo pagal parodytą pavyzdį arba su pagalba. Siauras tiek aktyvusis, tiek pasyvusis žodynas, neparodo aplinkos daiktų. Sutrikęs skaitymas ir rašymas. Artikuliacinio aparato judesiai nediferencijuoti, liežuvis virpantis. Balsas tylus, silpnas. Silpnas kalbinis kvėpavimas.

Numatytos darbo kryptys:

- Artikuliacinio aparato judesių aktyvinimas.

- Kalbinio kvėpavimo formavimas.
- Garsų, skiemenų, dviskiemenių žodžių tarimo mokymas remiantis regimąja informacija, t.y., sekant logopedo artikuliaciją.
- Garsinė žodžių analizė, nustatant pirmąjį žodžio garsą, dėliojant žodžius iš raidyno.
- Automatizuotos kalbos aktyvinimas su pagalba, pagal galimybes savarankiškai vardyti skaičių seką, mėnesių, savaitės dienų pavadinimus. Lydimasis dainavimas.
- Ekspresyvosios kalbos aktyvinimas, skatinant į paprastus klausimus atsakyti „*Taip – Ne*“.
- Rašomosios kalbos aktyvinimas – visų pirma mokoma nurašyti vardą, pavardę, pamažu pereinama prie savarankiško vardo užrašymo.
- Kalbos suvokimo atkūrimas vykdant žodines instrukcijas.

Paskirtos 32 individualios logopedinės pratybos. Tiriamasis vangus, mieguistas, savarankiškai kalbinio kontakto neinicijuoja, pokalbyje dalyvauja pasyviai – linkteli galva, mirkteli. Ženklesni pasikeitimai įvyko įpusėjus reabilitacijai, po 20 logopedinių pratybų. Kalbos vertinimo rezultatų palyginimas pateiktas 16 paveiksle.



16 pav. VII tiriamojo kalbos atkūrimo dinamika

Reabilitacijos pabaigoje pacientas be papildomo raginimo ir pagalbos savarankiškai pasisveikino, atsisveikino, pasakė savo vardą. Ženkliai geresnis kalbos suvokimas, tiksliau vykdė žodines instrukcijas, visiškai atkurtas regimasis suvokimas. Aktyvusis žodynas išliko siauras, tuo tarpu ženkliai prasitvėrė pasyviojo žodyno apimtis. Teigiami kalbos atkūrimo pokyčiai sutapo su

artimųjų domėjimusi tiriamuoju. Artimieji stebėdavo kaip tiriamasis dirba pratybų metu, pagal suteiktas rekomendacijas tęsdavo darbą palatoje.

VIII TIRIAMASIS

Tiriamoji: Moteris, 52 m. (tiriamųjų sąrašė - 82)

Diagnozė: Galvos smegenų navikai.

Kalbos vertinimo išvada atvykus: Nežymi motorinė eferentinė afazija, dizartriija.

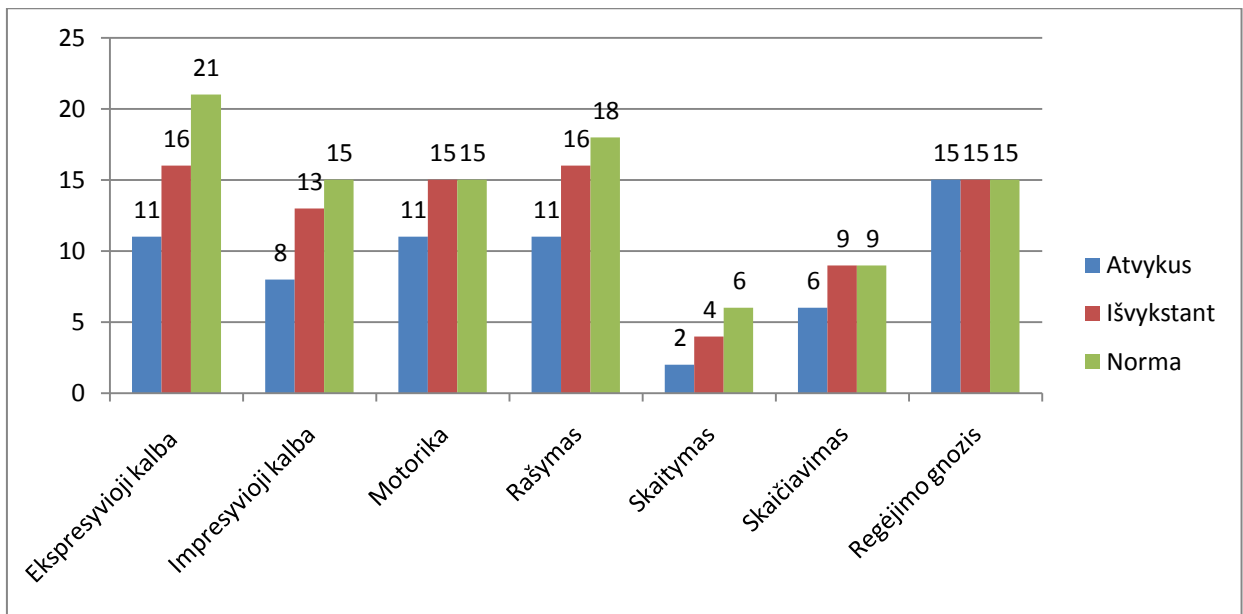
Kalbos vertinimo išvada išvykstant: Nežymi motorinė eferentinė afazija.

Kalba sutrikdyta, pažeista kalbos gramatinė sandara – dažnos linksnių derinimo klaidos. Atskirus garsus taria gerai, sunkiau pakartoja daugiaskiemenių žodžius, tas pats garsas ar skiemuo pakartojamas kelis kartus, kol pagaliau persijungia prie kito. Rašydama kartuoja tą pačią raidę, praleidžia priebalsius, priebalsių sandūrose; panašios klaidos ir skaitant. Aktyvusis žodynas siauresnis nei pasyvusis. Sutrikęs kalbos suvokimas, sunkiau vykdo dvigubas žodines instrukcijas. Artikuliacinio aparato judesiai apsunkinti, liežuvis devijuoja į dešinę. Seilėtekis.

Numatytos darbo kryptys:

- Žodyno turtinimas apibūdinat reiškinius, ieškant žodžiams sinonimų, antonimų, sudarinėjant sakinius su homonimais;
- Foneminės klausos lavinimas, kartojant, vėliau užrašant girdimus žodžius, frazes.
- Garsinė žodžių analizė – nustatant garso vietą žodyje.
- Kalbos suvokimo gerinimas, vykdant žodines, rašytines instrukcijas.
- Rišliosios kalbos atkūrimas, pasakojant pagal paveikslėlių serijas; dalijantis asmenine patirtimi.

Atliktos 36 individualios logopedinės pratybos. Reabilitacijos metu su tiriamąja nuolat buvo šeimos nariai, kurie ženkliai prisidėjo prie kalbos atsikūrimo, skatindami savarankišką tiriamosios kalbą, padėdami atlikti papildomas užduotis. Tiriamoji savarankiškai daug laiko skirdavo skaitymui garsiai, ranką lavindavo nurašydama įvairius tekstus. Kalbos kaitos rezultatai pateikiami 17 paveiksle.



17 pav. VIII tiriamosios kalbos atkūrimo dinamika

Įvertinus kalbą reabilitacijos pabaigoje, nustatytas visų pažeistų kalbos sričių pagerėjimas. Logopedinių pratybų metu, bendraujant su artimaisiais ir dirbant savarankiškai aktyvusis žodynas prasiplėtė sinonimais, antonimais, pagerėjo foneminė klausos – tiriamoji lengviau diferencijavo panašios artikuliacijos garsus (p-b, t-d, k-g), atkurta impresyvioji kalba.

Apibendrinus visus aprašytus atvejus, kai afaziją sukelia galvos smegenų navikų šalinimo operacija, matyti, jog kaip ir insultų sukeltų afazijų atvejais, greičiausiai atsistato impresyvioji kalba, ekspresyviajai kalbai atkurti įtakos turi artimųjų buvimas kartu su tiriamaisiais. Artimųjų buvimas motyvuoja pacientus, leidžia pratybų metu įgytus įgūdžius perkelti į realų bendravimą. Įgyti kalbėjimo įgūdžiai, greičiau įtvirtinami, kai kartu su tiriamaisiais yra šeimos nariai.

Numatytos kalbos atkūrimo kryptys kinta nežymiai, atsižvelgiant į tiriamųjų pasiekimus.

2.4.3. Kalbos atkūrimo atvejų analizė, kai afazijos priežastis yra galvos smegenų trauma

IX TIRIAMASIS

Tiriamasis: Vyras, 23 m. (tiriamųjų sąrašė - 63)

Diagnozė: Galvos smegenų trauma.

Kalbos vertinimo išvada atvykus: Žymi sensomotorinė afazija, dizartriija.

Kalbos vertinimo išvada išvykstant: Nežymi motorinė afazija.

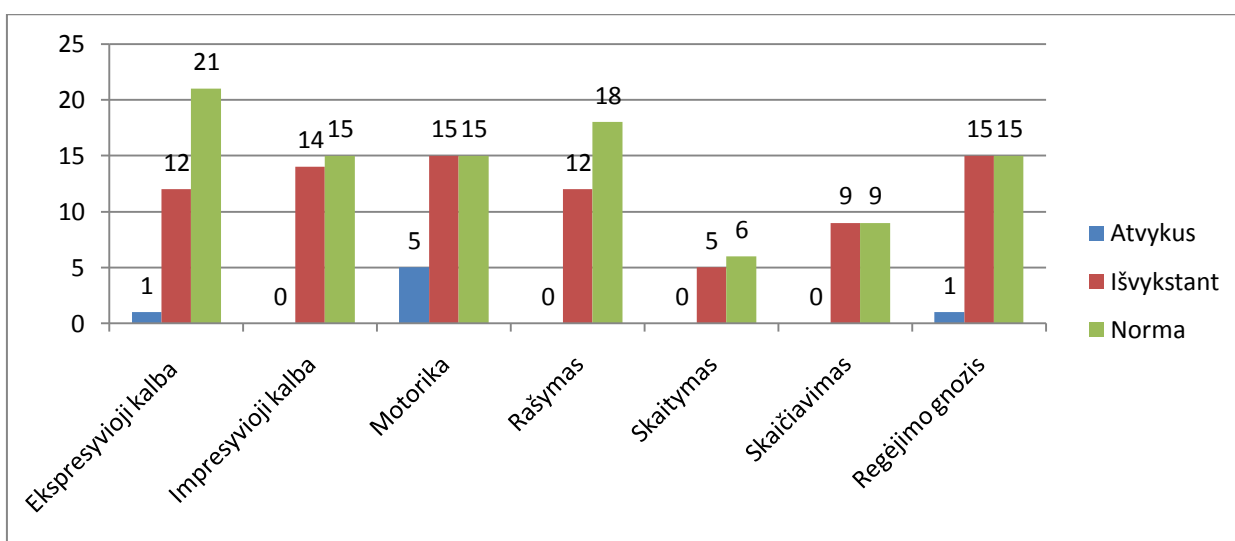
Ekspresyvioji kalba sutrikdyta, pasakojimas nenuoseklus, neinformatyvus. Atsakymai į klausimus neadekvatūs. Automatizuota kalba visiškai sutrikdyta. Instrukcijų ir nurodymu nesupranta, nevykdo net parodžius pavyzdį ar su pagalba. Artikuliacinis aparatas nejudrus, liežuvis įtemptas.

Numatytos darbo kryptys:

- Aktyvinantis mimikos raumenų, artikuliacinio aparato masažas. Pagal tiriamojo galimybes savarankiška artikuliacinio aparato mankšta.
- Foneminės klausos lavinimas. Pradžioje ritmiškas pavienių garsų kartojimas, vėliau skiemenų kartojimas.
- Girdimojo suvokimo gerinimas, vykdant elementarias žodines instrukcijas – imk, duok, padėk, parodyk ir pan.
- Pasyviojo žodyno turtinimas, parodant įvardintus daiktus.
- Rišliosios kalbos aktyvinimas, skatinant naudoti reikšminius žodžius – „Ate“, „Iki“, „Labas“.
- Savarankiškos kalbos aktyvinimas lydimoju dainavimu.

Paskirtos 36 logopedinės pratybos. Reabilitacijos pradžioje pacientas nervingas, agresyvus. Taikant medikamentinį gydymą užslopintas ir vangus. Ryškus pažinimo sutrikimas (pažintinių procesų lavinimas reabilitacijoje ergoterapeuto uždavinys). Reabilitacijos pradžioje logopedinės pratybos truko iki 15 minčių, jų metu buvo atliekama artikuliacinio aparato mankšta, tikslinama impresyvioji kalba. Į reabilitacijos procesą aktyviau įsitraukus šeimos nariams, ženkliai pagerėjo kalbos suvokimas, dėl to pagerėjo tiriamojo motyvacija dirbti. Tiriamasis pradėjo atlikti įvairias rašymo, skaitymo, skaičiavimo užduotis, inicijuoti pokalbį.

Tiriamojo kalbos vertinimo rezultatų palyginimas pateikiamas 18 paveiksle.



18 pav. IX tiriamojo kalbos atkūrimo dinamika

Iš paveikslu matytomas ženklas visų vertinimo sričių teigiamas poslinkis. Šiuo atveju teigiamai kalbos atkūrimo dinamikai įtakos turėjo sureguliuotas medikamentinis gydymas, intensyvus darbas ergoterapijos procedūrose, kurių metu pagrindinis dėmesys buvo skirtas pažinimui atkurti bei aktyvų artimųjų dalyvavimas reabilitacijos eigoje.

X TIRIAMASIS

Tiriamasis: Vyras, 57m. (tiriamųjų sąrašė - 97)

Diagnozė: Galvos smegenų trauma.

Kalbos vertinimo išvada atvykus: Žymi sensomotorinė afazija. Dizartrijs. Disfagija. Disfonija.

Kalbos vertinimo išvada išvykstant: Vidutinio sunkumo sensomotorinė afazija. Dizartrijs. Disfonija.

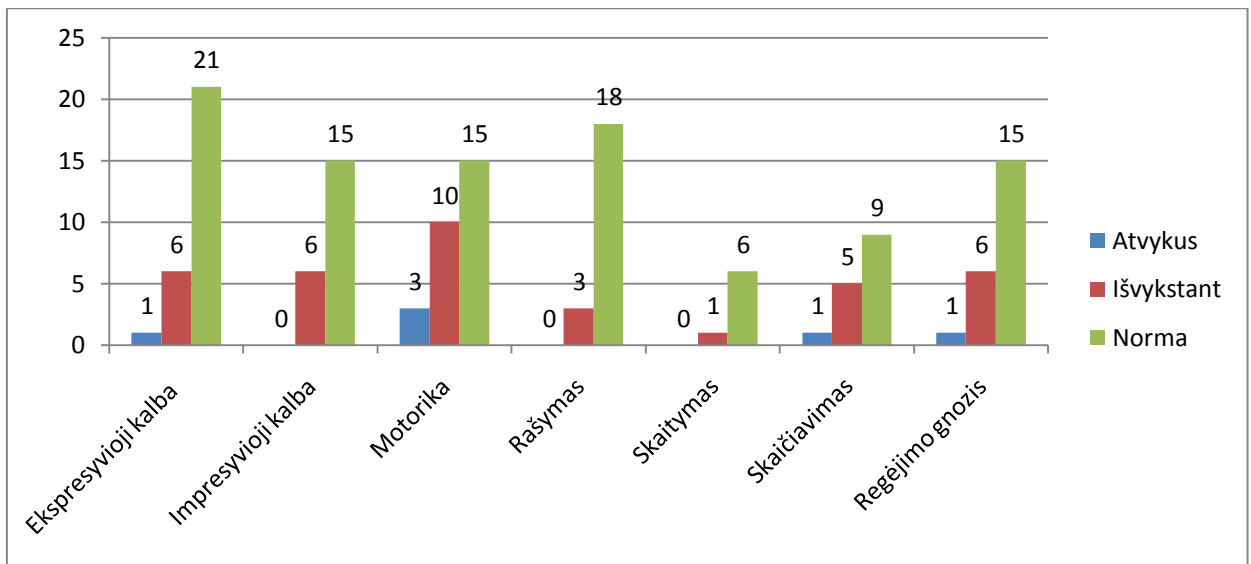
Ekspresyvioji kalba sutrikdyta, automatizuota kalba sutrikusi, dialogo nepalaiko, pasakojimas nenuoseklus, neinformatyvus. Instrukcijų ir nurodymu nesupranta, nevykdo. Artikuliacinis aparatas nejudrus, liežuvis įtemptas. Gerdamas skysčius springsta. Balsas silpnas, tylus.

Numatytos darbo kryptys:

- Artikuliacinio aparato judesių aktyvinimas. Artikuliacinio aparato aktyvinimas VocaStim elektrostimuliacijos aparatu.
- Foneminės klausos lavinimas. Pradžioje ritmiškas pavienių garsų kartojimas, vėliau skiemenų kartojimas.
- Impresyvosios kalbos atkūrimas, vykdant elementarias žodines instrukcijas – imk, duok, padėk, parodyk ir pan.
- Pasyviojo žodyno aktyvinimas, parodydamas įvardytus daiktus.
- Rišliosios kalbos aktyvinimas, skatinant naudoti reikšminius žodžius: „Ate“, „Iki“, „Labas“.
- Savarankiškos kalbos atkūrimas lydimoju dainavimu.

Atliktos 34 individualios logopedinės pratybos, 15 logopedinių pratybų dėl tiriamojo sveikatos būklės, atliktos palatoje. Dirbant palatoje tiriamojo dėmesį blaškė nuolatinis judėjimas, triukšmas aplinkui. Persikėlus į logopedo kabinetą, tiriamasis tapo dėmesingesnis, tiksliau atlikdavo regimojo ir girdimojo suvokimo užduotis, sėdėdamas galėjo tiksliau atlikti artikuliacinio aparato mankštos pratimus.

Kalbos vertinimo reabilitacijos pradžioje ir pabaigoje rezultatų palyginimas 19 paveiksle.



19 pav. X tiriamojo kalbos atkūrimo dinamika

Visų sričių kalbos atkūrimo dinamika – nežymi. Tiriamasis tapo labiau motyvuotas iniciavo pokalbį, stengėsi pasakoti, tačiau kalba išliko sunkiai suprantama dėl aktyviojo žodyno siaurumo, foneminė klausos sutrikimo. Galvos traumas dažnai lydi ir žymūs pažintiniai sutrikimai. Šiuo atveju pažintinių procesų (dėmesio, atminties, suvokimo) trūkumai turėjo įtakos ekspresyvosios bei impresyvosios kalbos atkūrimui. Numatytos veiklos kryptys reabilitacijos eigoje praktiškai nekito.

XI TIRIAMASIS

Tiriamoji: Moteris, 41 m. (tiriamųjų sąrašė - 102)

Diagnozė: Galvos smegenų trauma (politrauma).

Kalbos vertinimo išvada atvykus: Totali afazija. Dizartrija. Disfoniya.

Kalbos vertinimo išvada išvykstant: Nežymi motorinė afazija. Dizartrija. Disfoniya

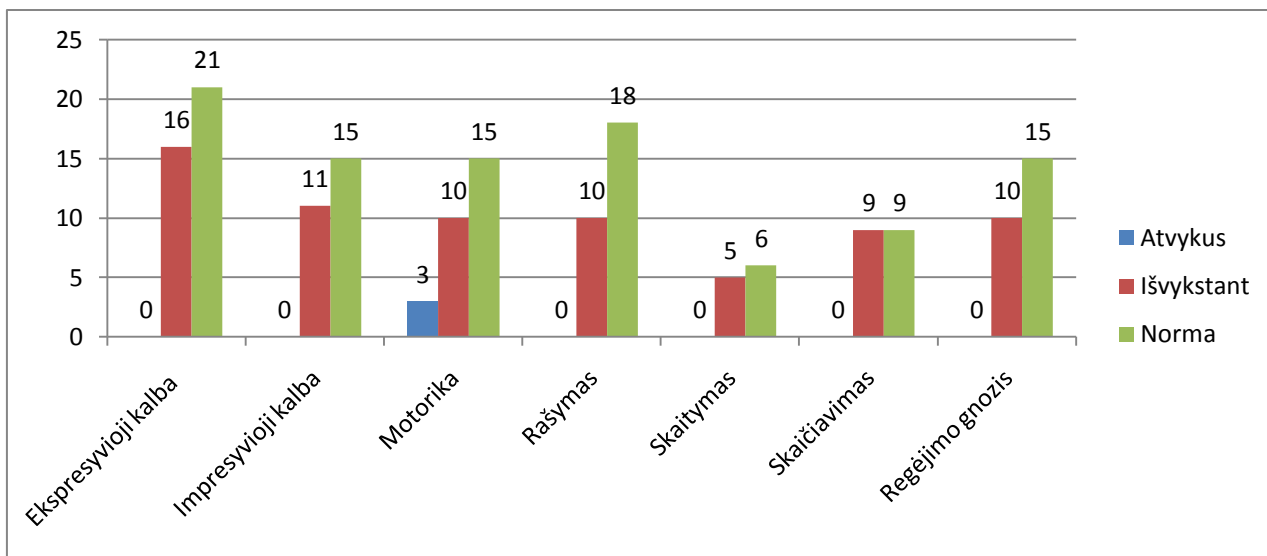
Tiriamoji po daugybinės traumos, savarankiškai nejuda. Sutrikdytas kalbinis kvėpavimas, kvėpuoja per tracheostomą. Kontaktas apsunkintas. Tiriamoji nuolat mieguista, vangė. Savarankiška kalba visiškai sutrikdyta, pridengus tracheostomą, pakartoja pavienius garsus, tačiau balsas silpnas, tylus. Instrukcijų nesupranta, net nebando vykdyti. Gausus seilėtekis. Stipriai apsunkintas tiriamosios judėjimas, sunku išlaikyti pakeltą galvą, labai silpnos rankos.

Numatytos darbo kryptys:

- Aktyvinantis mimikos raumenų, artikuliacinio aparato masažas. Pasyvi artikuliacinio aparato mankšta.
- Kalbinio kvėpavimo atkūrimas.

- Alternatyvių komunikacijos priemonių pritaikymas ir mokymas bendrauti jomis.

Paskirtos 36 individualios logopedinės pratybos. Pradžioje siekiama, kad pacientė išmoktų bendrauti neverbaliomis priemonėmis – užmerktų akis, kai atsakymas į klausimą „*Taip*“, vėliau pradėjus šiek tiek judėti, tiriamoji galvos judesiais atsakydavo į užduotus paprastus klausimus. Pajutus ženklesnius impresyviosios kalbos pokyčius bei atsiradus daugiau aktyvių bendrosios motorikos judesių, darbo kryptys keitėsi – atsirado užduočių žodyno atkūrimui, skaitymui, skaičiavimui, rašymui. Kalbos vertinimo rezultatai gauti reabilitacijos pradžioje ir baigiant reabilitaciją pateikiami 20 paveiksle.



20 pav. XI tiriamosios kalbos atkūrimo dinamika

Ekspresyviosios kalbos atkūrimui labiausiai trukdęs veiksnys – kvėpavimas per tracheostomą. Tiriamoji nebuvo pakankamai stipri, kad savarankiškai uždengtų tracheostomą, todėl ir kalbėti savarankiškai neturėjo galimybių. Reabilitacijos eigoje nustatyta visų sričių teigiama dinamika. Sėkmingam kalbos atkūrimui įtakos turėjo ir artimųjų įsitraukimas, su tiriamąja nuolat buvo vyras, kuris skatino ekspresyviąją kalbą, reikalaujamas atsakyti ne neverbaliomis priemonėmis, kaip buvo patogiu tiriamajai, bet balsinga kalba.

XII TIRIAMASIS

Tiriamasis: Vyras, 70 m. (tiriamųjų sąrašė - 124).

Diagnozė: Galvos smegenų trauma. Politrauma.

Kalbos vertinimo išvada atvykus: Žymi sensomotorinė afazija. Dizartrijs. Disfagija. Disfonija.

Kalbos vertinimo išvada išvykstant: Žymi sensomotorinė afazija. Dizartrijs. Disfagija. Disfonija.

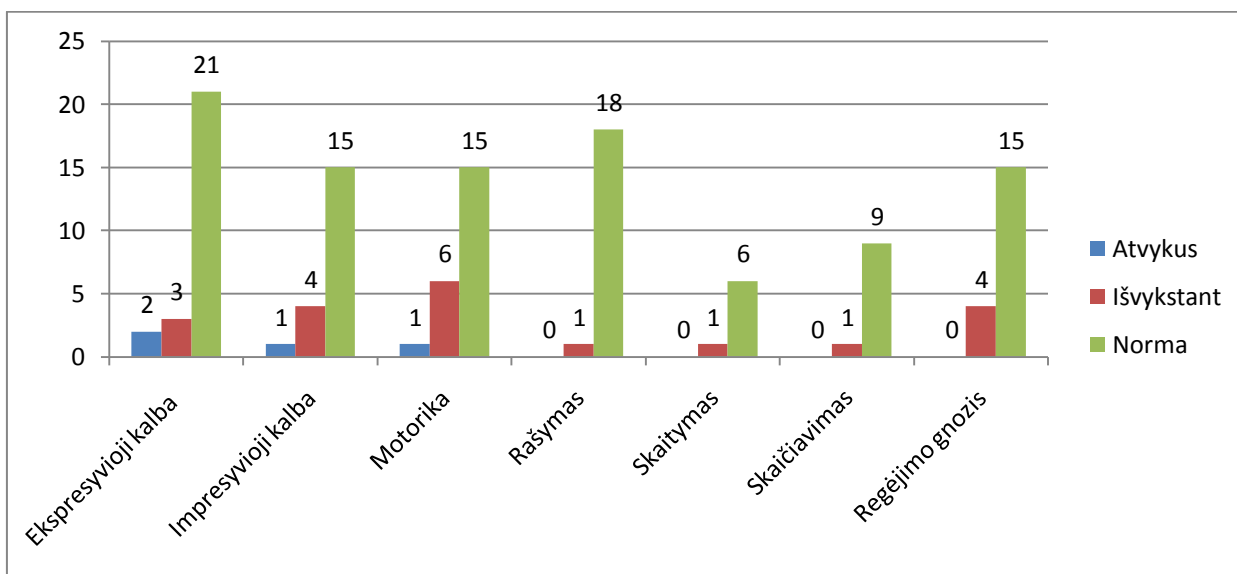
Ekspresyvioji kalba sutrikdyta. Spontanineje kalboje į paprastus klausimus atsako skiemeniu „nu“, keikiasi. Artikuliacinis aparatas nejudrus. Impresyvioji kalba sutrikdyta,

savarankiškai nevykdo jokių instrukcijų. Lydimuoju dainavimu bando dainuoti. Foneminė klausos sutrikdyta. Skaitymas, rašymas visiškai sutrikdytas. Balsas tylus, prikimęs. Tiriamasis piktas, nemotyvuotas.

Numatytos darbo kryptys:

- Pasyvi artikuliacinio aparato mankšta.
- Foneminės klausos lavinimas – garsų kartojimas, skiemenų kartojimas.
- Impresyvosios kalbos ugdymas, vykdant elementarias žodines instrukcijas – imk, duok, padėk, parodyk ir pan.
- Pasyviojo žodyno atkūrimas, parodant įvardytus daiktus.
- Rišliosios kalbos atkūrimas, skatinant naudoti reikšminius žodžius – „Ate“, „ Iki“, „Labas“.
- Savarankiškos kalbos aktyvinimas lydimuoju dainavimu, aktyvinant automatizuotą kalbą.

Atliktos 27 individualios logopedinės pratybos. Pratybų metu tiriamasis kiekvieną užduotį pradeda keiksmožodžiais, atsisako atlikti visas užduotis, atsisako būti vežamas į visas procedūras. Vienintelė trumpai darbui motyvuojanti veikla - lydimasis dainavimas, todėl visos pratybos prasidėdavo ir baigdavosi dainomis. Kalbos atkūrimo dinamika matoma 21 paveiksle.



21 pav. XII tiriamojo kalbos atkūrimo dinamika

Iš paveikslo matoma, jog ženklėsių pasiekimū vertinant kalbą nėra. Impresyvioji kalba tapo šiek tiek tikslesnė, kasdieninių situacijų lygmenyje. Pagerėjo ir regimasis suvokimas – tiriamasis neblogai orientavosi artimoje veikloje. Aprašytuoju atveju atkurti kalbą trukdė prasta tiriamojo motyvacija.

Apibendrinus aprašytus atvejus, kai afazija, yra galvos smegenų traumos pasekmė, galima teigti, jog teigiamai kalbos atkūrimo dinamikai reikšminga tiriamųjų motyvacija, pažintinių procesų pažeidimo lygis. Po sunkių galvos smegenų sužalojimų pasekmės būna sunkios ir gali pasireikšti įvairiais judėjimo, orientacijos, atminties, kalbos sutrikimas. Ypač kalbos atkūrimą apsunkina galvos traumą lydintys padariniai, kai ženkliai sutrinka judėjimas, pvz.: riboti rankų judesiai trukdo parodyti aplinkoje esančius daiktus, rašyti ir kt.

Ir insulto, ir naviko šalinimo atvejais, teigiamai kalbos atkūrimo dinamikai įvairiais afazijos atvejais turi bendradarbiavimas su šeimos nariais. Kadangi galvos smegenų traumų atvejais dažniau sutrinka pažinimas, itin svarbus tampa ergoterapijos vaidmuo.

Atsižvelgiant į afazijos rūšį, įvairiais galvos smegenų pažeidimų atvejais, kalbai atkurti taikomi tie patys veiklos būdai ir priemonės:

- artikuliacinio aparato mankšta (pasyvi ir aktyvi);
- impresyviosios kalbos ugdymas;
- ekspresyviosios kalbos skatinimas;
- rišliosios kalbos aktyvinimas;
- pasyviojo ir aktyviojo žodyno atkūrimas;
- foneminės klausos lavinimas;

Vienu atveju minėti darbo būdai, bus labiau akcentuojami, pvz., motorinės afazijos atveju ypač svarbus ekspresyviosios kalbos skatinimas, o sensorinės afazijos atveju – impresyviosios kalbos aktyvinimas. Veiklos būdų kitimas priklauso nuo kalbos atkūrimo dinamikos, fiksuojant teigiamus pasiekimus užduotys yra sunkinamos, keičiama veiklos forma, vietoj individualių pratybų taikomos grupinės pratybos.

Išvados

1. Literatūros analizė padėjo atskleisti įvairius požiūrius į afazijų klasifikaciją ir išsiaiškinti, jog dažniausiai afazijos priežastis yra insultas, rečiau kalbą sutrikdo galvos smegenų traumos bei navikų šalinimo operacijos. Pagrindinis kalbos atkūrimo principas afazijos atveju yra naudojantis išlikusiais kalbiniais gebėjimais, atkurti pažeistas kalbos funkcijas. Atsižvelgiant į kalbos sutrikimą, kalbai atkurti taikoma pažintinė – lingvistinė, komunikacinė, grupinė, alternatyvioji, dainavimo ir kt. terapijos.
2. Empirinio tyrimo metu nustatyta, jog visiškai atkurti sutrikdytą kalbą dažniausiai pavyksta, kai afazijos priežastis yra insultas. Teigiama kalbos atkūrimo dinamika, taip pat vyksta galvos smegenų traumų atvejais.
3. Tyrimas parodė, jog galvos smegenų pažeidimo pobūdis – trauma, insultas ar naviko šalinimas, neturi įtakos afazijos rūšiai. Afazijos rūšį nulemia galvos smegenų pažeidimo vieta.
4. Navikų pašalinimo atvejais, dažniau nustatomi nežymūs kalbos sutrikimai, tačiau kalba atsikuria lėčiausiai arba nekinta.
5. Nustatyta, jog galvos smegenų traumų atvejais dažniau, nustatoma sudėtingesnių formų ir sunkesnių laipsnių afazija, o kalbos atkūrimo dinamiką stabdo ryškūs pažintinių procesų sutrikimai, bendra sveikatos būklė bei bendrosios motorikos sutrikimai.
6. Neatsižvelgiant į afaziją sukėlusią priežastį sparčiausiai atsikuria kalbos suvokimas. Teigiamos įtakos impresyvosios kalbos atsikūrimui turi visa reabilitacijos komanda (kineziterapeutas, ergoterapeutas, slaugytojai ir kiti specialistai).
7. Logopedo bendradarbiavimas su šeimos nariais ir reabilitacijos komandos veikla visais galvos smegenų pažeidimo atvejais turi teigiamos įtakos ekspresyviajai, spontaninei kalbai atkurti. Aktyvus šeimos narių / artimųjų dalyvavimas užtikrina kalbos atkūrimo tęstinumą.
8. Atvejų analizės parodė, kad teigiamai kalbos atkūrimo dinamikai ypatingai svarbi motyvacija, kalbos atsikūrimas galimas tik tuo atveju, kai asmuo yra motyvuotas veiklai.
9. Logopedinėse pratybose taikomi kalbos atkūrimo metodai ir priemonės, neatsižvelgiant į galvos smegenų pažeidimo pobūdį, yra vienodi ir parenkami atsižvelgiant į afazijos rūšį.
10. Dažniausiai taikomos veiklos formos kalbai atkurti yra individualios ir grupinės logopedinės pratybos. Logopedinių pratybų forma turi tiesioginės įtakos spontaninei kalbos atsikūrimui.

Literatūra

1. Almanienė, R., Sirvydaitė, E. (2004). Kalbos sutrikimai ir jų korekcijos efektyvumas stacionarinės reabilitacijos etape. *Sveikatos mokslai*, Nr. 1. p. 26-29.
2. Bahia., M.M., Chun, R. Y. C., Mourão, L., F. (2010). Augmentative and Alternative Communication in Aphasia: Language Quality of Life of ACC Users and Non-users. *28th International Congress of the International Association of Logopedists and Phoniatrics (IALP)*.(p. 28-30). Greece, Athens.
3. Bandur, D.L., Shewan, C.M. (2008). Language-Orientated Treatment: A Psycholinguistic Approach to Aphasia. *Communication Disorders Associated with Traumatic Brain Injury. Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. Editor Chapey, R. D. p. 629-657. Brooklyn, New York.
4. Berthier M. L. (2005). Poststroke aphasia - epidemiology, pathophysiology and treatment. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15733022> (žiūrėta 2014-03-06)
5. Berthier, M.L., Pulvermuller, F. (2011). Neuroscience insights improve neurorehabilitation of poststroke aphasia. *Nat. Rev. Neurol.* 7. 86-97p. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21297651> (žiūrėta 2013-11-24).
6. Böhme, G. (1997). Neurologische Erkrankungen als Kommunikation Störungen. *Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen*.p.220-242. 1 Klinik. Stuttgart.
7. Brubaker, S. H., (2009). Pratybų sąsiuvinis sutrikdytai ar neišlavintai kalbai ugdyti. Lietuviškas leidimas. Vertė ir adaptavo Šliauterienė, E. Abromiškės.
8. Carroll, D.W. (1994). *Psychology of language*. Second edition. Belmont. USA.
9. Causes of Aphasia. (2013). National Aphasia Association. <http://www.aphasia.com/about-aphasia/who-gets-aphasia> (žiūrėta 2014-05-06)
10. Chapey, R., Hallowell, B. (2008). Introduction to Language Intervention Strategies in Adult Aphasia. *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. Editor. Chapey, R. Ed. D. p. 3-16. Brooklyn, New York.
11. Code, C., Petheram, B. (2011). Delivering for aphasia. *International Journal for Speech-Language Pathology*. 13(1). p. 3-10. UK. http://www.academia.edu/2925908/Delivering_for_aphasia (žiūrėta 2014-05-06)
12. Daulenskienė, J.N.V. (1999). Neurologija. Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla.
13. Daulenskienė, J.N.V., Ivoškuvienė, R. (1993). Kalbos mechanizmai. p. 40-48. *Logopedija. Vadovėlis specialiosios pedagogikos fakultetų studentams*. Kaunas: Šviesa.
14. Doidge, N. (2012). *Save keičiančios smegenys*. Vilnius: Kitos knygos.

15. Doidge, N. Buczynski, R., (2012). Neuroplasticity: The Possibilities and Pitfalls. A *Teleseminar Session with Ruth Buczynski, PhD and Norman Doidge, M. The National Institute for the Clinical Application of Behavioral Medicine*. <http://files.nicabm.com/Brain2012-2012/Norman+Doidge/Doidge-Joan-Bill.pdf> (žiūrėta 2014-03-20)
16. Freed, Ph. D. B. (2000). Motor Speech Disorders. Diagnosis and Treatment. p. 313. Canada.
17. Garšvienė, A., (2007). Augmentinė ir alternatyvioji komunikacija. Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla.
18. Glinderman, R. (1998). Therapie von Aphasien und nicht – aphasischen Zentralen Sprachstörungen. p. 225-249. 2 Klinik. Stuttgart
19. Golper, L.A.C. (2008). Teams and Partnership in Aphasia Intervention. *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. Editor. Chapey, R. D. p. 195-207. Brooklyn, New York.
20. Ivoškuvienė, R. (1993). Afazija. p. 146-167. *Logopedija. Vadovėlis specialiosios pedagogikos fakultetų studentams*. Kaunas: Šviesa.
21. Ylvisaker, M., Szekeres, S.F., Feeney, T. (2008). Communication Disorders Associated with Traumatic Brain Injury. *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. Editor. Chapey, R. D. p. 745-791. Brooklyn, New York.
22. Joja., D.O. (2013). Learning Experience and Neuroplasticity – a Shifting Paradigm. <http://www.crifst.ro/noema/nr12.php> (žiūrėta 2014-03-15).
23. Kontou, E. (2009). Depression and Aphasia after Stroke. *Thesis submitted to the University of Nottingham for the degree of Doctor of Philosophy*. <http://etheses.nottingham.ac.uk/2841/1/523706.pdf> (žiūrėta 2014-03-06)
24. Kuliukas, V. (1996). Galinės, arba didžiosios, smegenys. p. 19-34. Sud. Avižonienė, I., Barakauskas, E., Bičkuvienė, I., ir kt. *Nervų ligos*. Vilnius: Avicena.
25. Lehečkova, H. (2010). Intervention Approaches to Aphasia in Czech. *28th International Congress of the International Association of Logopedists and Phoniatrics (IALP)*. (p. 53-56). Greece, Athens.
26. Marchall, R. (2008). Management of Wernice's Aphasia: A Context-Based Approach. Communication Disorders Associated with Traumatic Brain Injury. *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. Editor. Chapey, R. D. p. 435-453. Brooklyn, New York.

27. Medicinos enciklopedija (1991). Red. Baubiniėnė, A., Dembinskas, A., Grabauskas, V. ir kt. I dalis, p. 20, 68, 214, 360. Vilnius: Valstybinė enciklopedijų leidykla.
28. Miliauskas, R. (2006). Integracinė nervinė veikla. *Žmogaus fiziologija: vadovėlis*. Sud. Kėvelaitis, E., Illert, M., Hulthorn, H. Kaunas: Vilniaus spauda.
29. Milinavičienė, E., Rastenytė, D., Kriščiūnas, A. (2007). Veiksniai turintys įtakos galvos smegenų insulto baigtims. *Medicina*, 43(4). p. 269-277. Kaunas. <http://medicina.kmu.lt/0704/0704-011.pdf> (žiūrėta 2013-10-13).
30. Nouwens, F., Dippel, D., Jong-Hagelstein, M. ir kt. (2013). Rotterdam Aphasia Therapy Study (RATS) – 3: “The efficacy of intensive cognitive-linguistic therapy in the acute stage of aphasia”; design of a randomised controlled trial. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1745-6215-14-24.pdf> (žiūrėta 2014 – 04-05)
31. Pauliukas, P. (2010). Išeminis smegenų insultas (smegenų infarktas): kaip jo išvengti ir kaip su juo kovoti, jei ji įvyko. <http://www.slideshare.net/povilas1/cfakepathsmegen-kraujotakos-nepakankamumas> (žiūrėta 2014-02-14).
32. Peach, R.K. (2008). Clinical Intervention For Global Aphasia. *Communication Disorders Associated with Traumatic Brain Injury. Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. Editor. Chapey, R. D. p. 487-507. Brooklyn, New York.
33. Pompili, A., Abad, A., Trancoso, I., Fonseca, J., Martins, I.P., Leal, G., Farrajota, L. (2011). An on-line system for remote treatment of aphasia. *Proceedings of the 2nd Workshop on Speech and Language Processing for Assistive Technologies*, pages 1–10, Edinburgh, Scotland, UK, July 30, 2011. http://delivery.acm.org/10.1145/2150000/2140501/p1-pompili.pdf?ip=188.69.210.192&id=2140501&acc=OPEN&key=4D4702B0C3E38B35%2E4D4702B0C3E38B35%2E4D4702B0C3E38B35%2E6D218144511F3437&CFID=463496966&CFTOKEN=61173395&__acm__=1400751148_67f2617d394991040b7fbb77227412ee (žiūrėta 2014-04-08)
34. Priyanka P., Shah, J., Szaflarski, P., ir kt. (2013). Introduction of neuroplasticity and recovery in post stroke aphasia by non-invasive brain stimulation. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3870921/> (žiūrėta 2013-11-18).
35. Radžiuvienė, R., Raškauskienė, N., Varoneckas, G. (2007). Kalbos funkcijų atsigavimas persirgus galvos smegenų insultu. *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija*. T. 9, Nr. 2, 2007 m. spalio mėn. p. 44-46. [http://www.pri.kmu.lt/Biologine%20psichiatrija\(zurnalas\)/2007_9\(2\)/2007_9%20\(2\)_44_46.pdf](http://www.pri.kmu.lt/Biologine%20psichiatrija(zurnalas)/2007_9(2)/2007_9%20(2)_44_46.pdf) (žiūrėta 2014-03-09)

36. Roseberry-McKibbin, C., Hegde, M.N., (2006). An Advanced Review of Speech-Language Pathology. 2nd edition, p. 279-397. Austin, Texas.
37. Sparks, R.W. (2008). Melodic Intonational Therapy. *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. Editor. Chapey, R. D. p. 703-717. Brooklyn, New York.
38. Stirling, J. (2002). *Introducing Neuropsychology*. New York
<http://www.scribd.com/doc/65279146/24/FIGURE-6-2Lichtheim%E2%80%99s-model-of-connectivity-serving-language-functions#page=125> (žiūrėta 2014-02-14)
39. Vega M.D., Ph.D. (2008). Aphasia Treatment in Stroke Important Information About Aphasia Treatment After Stroke.
<http://stroke.about.com/od/caregiverresources/a/Aphasiarx.htm> (žiūrėta 2014-02-12).
40. Vilké, A., Kondrotas, P., Bilskienė ir kt. (2012). Galvos smegenų traumų epidemiologija, monitoravimas, gydymo aspektai ir prognozės. *Sveikatos mokslai*, 2012, Volume 22, Number 3, p. 92-97. Prieiga per internetą: <http://smhs.eu/index.php/smhs/article/viewFile/300/pdf> (žiūrėta 2014-04-15).
41. Визель, Т.Г. (2005). Как вернуть речь. В. Секачев. Твореский центр.
42. Зайцев, И.С. (2006). Афазия. Учебно-методическое пособие. Минск.
http://pedlib.ru/Books/3/0499/3_0499-4.shtml#book_page_top (žiūrėta 2014-04-02).
43. ЛУРИ Я, А . Р . (1969) ВЫСШИЕ КОРКОВЫЕ ФУНКЦИИ ЧЕЛОВЕКА И ИХ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЛОКАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ МОЗГ А. МОСКВА: ИЗДАТЕЛЬСТВО МОСКОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА. второе дополненное издание.
<http://www.humanbrain.ru/luria/luria-zakl.htm> (žiūrėta 2014-05-12).
44. ЛУРИ Я, А . Р . (1962). ВЫСШИЕ КОРКОВЫЕ ФУНКЦИИ ЧЕЛОВЕКА И ИХ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЛОКАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ МОЗГ А. МОСКВА: ИЗДАТЕЛЬСТВО МОСКОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА.
http://vk.com/doc233484006_266015163?hash=513632ed4c4366f1ec&dl=6555a2cfb029832cd4 (žiūrėta 2014-05-12).

**THE DYNAMICS OF LANGUAGE RECOVERY IN DIFFERENT CASES OF BRAIN
DAMAGE**

The Master's Degree Thesis

Summary

The paper deals with the theoretical analysis of the forms of aphasia, the principles and methods of language recovery.

The purpose of case study was to reveal the dynamics of language recovery in different cases of brain damage, i.e., stroke, injury of brain, elimination of brain tumor. The main task of case study was to investigate, which methods are commonly used to recover impaired language, what is the dynamic of linguistic comprehension and speech during the rehabilitation, how does the type of brain damage influence the speech disorder and the recovery of speech. 12 subjects with aphasia, caused by different sort of brain damage, were chosen for case study.

The most important empirical conclusions that were drawn are:

1. Empirical study showed that the complete restoration of impaired language mostly succeeds, when the cause of aphasia is stroke. The positive dynamics of language recovery, as well is seen when the cause of aphasia is brain injuries.
2. The study showed that the nature of brain damage - injury, stroke or tumor removal, does not affect the type of aphasia. Aphasia is determined by the location of brain damage.
3. Minor speech disorders frequently are identified, when the cause of aphasia is tumor removal. But the recovery of these disorders is slow or even stable.
4. More complicated forms and severe degree of aphasia is found, when the cause of aphasia is brain injury. Cognitive impairment, general health and the dysfunction of general motor slows the dynamic of language recovery.
5. Speech perception is recovering most rapidly and this does not reliant on the cause of brain damage. Speech therapist collaboration with family members and the activities of all rehabilitation team gives positive effect on recovery of expressive language and speech comprehension.
6. The case studies have shown that motivation is particularly important for the positive dynamics of language recovery.
7. Language recovery methods and tools are the same and they are selected according to the type of aphasia, regardless of the type of the brain damage.

Keywords: aphasia, brain damage, speech recovery.

PRIEDAI