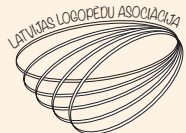


Eiropas
Logopēdijas
diena
2015

legūtie neiroloģiskie komunikācijas traucējumi



Komunikācija ir viss: logopēdija ir tās atslēga



Iegūtie neiroloģiskie komunikācijas traucējumi: definīcija un ieteikumi rehabilitācijai

Par iegūtiem neiroloģiskas izcelsmes komunikācijas traucējumiem sauc valodas un komunikācijas grūtības / traucējumus, kas radušies iegūtu smadzeņu bojājumu rezultātā.

Iegūts smadzeņu bojājums (*an acquired brain disorder, ABD*) tiek definēts kā traucējums smadzeņu darbībā, kas:

- nav iedzimts vai radies dzemdību traumas rezultātā;
- rada smagu un ilgstošu nespējas stāvokli, kas ietekmē personas spēju funkcionēt sabiedrībā;
- varētu būt saistīts ar smadzeņu traumu, piemēram, šādos gadījumos:
 - intra kraniāla smadzeņu operācija vai cerebrovaskulāra saslimšana (insults),
 - traumatisks smadzeņu bojājums (*Traumatic Brain Injury, TBI*), kas radies satiksmes negadījuma vai kritiena rezultātā,
 - kardiopulmonāra saslimšana vai saindēšanās ar tvaņa gāzi, kur varētu būt vērojami asfiksijas vai hipoksijas izraisīti smadzeņu bojājumi,
 - smadzeņu audzējs,
 - infekcijas slimības (encefalīts vai meningīts),
 - saindēšanās, toksiska iedarbība,
 - vai citas neiroloģiskas saslimšanas – multiplā skleroze, Parkinsona slimība, amiotrofā laterālā skleroze, Hantingtona slimība, kā arī citas, galvenokārt, centrālo nervu sistēmu ietekmējošas slimības, piemēram, demence;
- būtiski ietekmē cilvēka kognitīvās funkcijas, izmaina neiropsiholoģiskās funkcijas (valodu, atmiņu, uzmanību, izpildfunkcijas, u. c.), rada personības izmaiņas, traucētu impulsu kontroli, ietekmē spriešanas spējas, rada garastāvokļa izmaiņas un nekritiskumu.

Iegūto smadzeņu bojājumu pazīmes un simptomi variē atkarībā no bojājuma iemesla un lokalizācijas galvas smadzenēs. Traucējumu izpausmes pakāpe var variēt.

Visbiežāk sastopamie, prevalējošie neiroloģiskas izcelsmes iegūtie komunikācijas traucējumi ir šādi: afāzija, dizartrijs, runas apraksija, kognitīvie komunikācijas traucējumi un demence.

Afāzija

Afāzija ir komunikācijas traucējums, kas radies noteiktas smadzeņu daļas bojājuma rezultātā. Afāzija visbiežāk rodas insulta izraisīta smadzeņu bojājuma rezultātā smadzeņu kreisajā puslodē. Afāzijas gadījumā tiek bojātas tās smadzeņu daļas, kas atbild par valodas izmantošanu komunikācijā. Afāzijas gadījumā var būt traucēta spēja saprast valodu un / vai izteikt savas domas, izmantojot valodu. Šie valodas traucējumi ietver nespēju nosaukt vārdus vai veidot teikumus, vai izprast runātus vai rakstītus vārdus, dažreiz pat žestu izpratnes zudumu. Smagu traucējumu gadījumos (totāla afāzija) cilvēks nespēj saprast atsevišķus vārdus un nespēj sazināties runājot, rakstot, zīmējot vai izmantojot žestus. Cilvēkiem ar afāziju ir grūti piedalīties dažādās ikdienas aktivitātēs, tādās kā saruna, lasīšana vai televīzijas skatīšanās. Viņi var justies nomākti. Cilvēkiem ar afāziju sazināties palīdz sarunas partneru atbalstošā un iejūtīgā attieksme.

Dizartrijs

Dizartrijs ir runas traucējums, ko rada runas aparāta muskuļu vājums, palēnināta darbība vai slikta koordinācija. Dizartrijs gadījumos tiek traucēti daži vai visi runas pamatprocesi (neskaidra izruna, elpas kontrole, balss augstums, skaļums un kvalitāte, var parādīties nazalitāte (deguna pieskaņa balsij). Cilvēkam ar dizartriju nav grūtību saprast valodu vai izvēlēties pareizus vārdus runājot. Progresējošu sasilšanu (multiplā skleroze, Parkinsona slimība, vai amiotrofā laterālā skleroze) izraisīti smadzeņu bojājumi var izraisīt mutes, sejas un elpošanas sistēmas muskuļu vājumu.

Dizartrijs veids un izpausmes smaguma pakāpe nosaka dažādu simptomu klātbūtni:

- neskaidra runa (runā kā piedzēries),
- runā ļoti klusi vai tikai čukst,
- palēnināts runas temps,
- ierobežotas mēles, lūpu un apakšējā žokļa kustības,
- balss piedvesma un aizsmakums,
- slikta siekalu kontrole, siekalošanās.

Smadzeņu bojājuma rezultātā cilvēka runa var būt pilnībā nesaprotama apkārtējiem.

Runas apraksija

Apraksija ir iegūts motors traucējums, kas ietekmē spēju plānot un izpildīt atsevišķu kustību vai kustību sēriju. Piemēram, cilvēks nevar izmaisīt cukuru tējā vai apgērbties, kaut gan

viņš spēj paskaidrot, kā tas ir jādara (ideomotora apraksija), nespēj uzzīmēt vienkāršu figūru (konstruktīvā apraksija) vai nespēj izpildīt mērķtiecīgas sejas kustības – pacelt uzacis, piepūst vaigus, atvilkt lūpas smaidā (orofaciāla apraksija).

Runas apraksija (vai verbālā dispraksija / apraksija) ir savdabīgs runas motorās funkcijas traucējums, kas ietekmē spēju plānot un koordinēt kustības, kas nepieciešamas, lai savienotu skaņas zilbēs un vārdos. Runas apraksijas gadījumos ir zudusi spēja savienot lūpu un mēles kustības ar balsi vienotā koordinētā darbībā, kas ir nepieciešama runājot. Orālā un / vai verbālā dispraksija bieži ir saistīta ar dažādas pakāpes valodas traucējumiem.

Dispraksijas veids un izpausmes smaguma pakāpe nosaka dažādas problēmas:

- grūtības atkārtot valodas skaņas,
- grūtības atkārtot dažādas kustības ar lūpām un mēli, piemēram, izbāzt ārā mēli,
- mēģinājumus veidot skaņas (smagos gadījumos var būt vērojama pilnīga nespēja izrunāt skaņas).

Kognitīvi komunikācijas traucējumi

Kognitīvi komunikācijas traucējumi ir vispārēji traucējumi, kas ietekmē gan komunikācijas spējas, gan arī kognitīvās spējas. Kognitīvi komunikācijas traucējumi bieži rodas plašu smadzeņu bojājumu rezultātā, piemēram, traumatisku smadzeņu bojājumu gadījumos vai labās smadzeņu puslodes insulta gadījumos. Šos traucējumus raksturo ievērojams vispārējs kognitīvo funkciju traucējums (uzmanība, koncentrēšanās spējas, atmiņa), kā arī plānošanas vispārīnāšanas un problēmu risināšanas grūtības. Kognitīvie komunikācijas traucējumi ļoti ietekmē cilvēka ikdienas aktivitāšu izpildes kvalitāti un būtiski var ietekmēt rehabilitācijas gaitu – novērtējumu un ārstēšanu.

Dažos gadījumos valodas grūtības var būt gandrīz nemanāmas, jo cilvēkam ir saglabāta (vai minimāli traucēta) fonoloģija, semantika un sintakse, taču valodas lietojuma (pragmatikas) aspekts var būt izteiktāk traucēts un tas rada zināmu apgrūtinājumu ikdienas komunikācijā. Pat tad, ja cilvēki ar komunikatīvi kognitīviem traucējumiem „var runāt“, viņiem bieži ir grūtības:

- koncentrēties sarunas laikā,
- respektēt personīgās robežas/ ievērot sociālo etiķeti,
- nenovirzīties no tēmas sarunas laikā,
- lietot noteiktas sarunas tēmas,
- izmantot pamatotus argumentus,
- izdarīt atbilstošus secinājumus par iegūto informāciju,
- saprast jokus, humoru, sarkasmu vai metaforas, piemēram „pazaudēt galvu“.

Šīs grūtības var ietekmēt:

- vispārējās komunikācijas spējas, spēju sarunāties,

- izpratni par sacīto,
- grāmatu, žurnālu un e-pastu lasīšanu,
- domu, sajūtu un ideju izteikšanu,
- joku izpratni un spēju jokot,
- rēķinu un oficiālu dokumentu izpratni,
- sociālo mediju izmantošanu.

Kognitīvi komunikatīvie traucējumi var radīt sarežģījumus personīgo attiecību veidošanā un uzturēšanā vai darbā.

Demence

Demence ir kopīgs nosaukums vairākām saslimšanām, ko raksturo simptomu komplekss, kurā ir progresējošas deģeneratīvas (pasliktinošās) kognitīvo funkciju izmaiņas (tādas kā orientēšanās laikā, vietā un personās; atmiņa, uzmanība, izpildfunkcijas, vizuāli telpiskās prasmes un cēloņa seku sakarības), lingvistiskās funkcijas un uzvedības funkcijas.

Novērotās kognitīvās izmaiņas tipiski pasliktinās, progresējot slimībai, un izraisot funkcionālu deficītu ikdienas kompetencēs.

Gan spēja veikt ikdienas dzīves pamata aktivitātes un darbības ar dažādiem priekšmetiem, instrumentiem, gan spēja efektīvi komunicēt tiek progresīvi ietekmēta. Pasliktinošās novirzes, kas skar ikdienas dzīvi, ietekmē ne tikai pašu personu, bet arī ģimenes locekļus un citus aprūpētājus, palielinot gan pacienta frustrāciju, gan aprūpētāja bēdas un ciešanas.

Galvenais demences veids, kas ietver Alcheimera slimību un vaskulāro demenci

Kaut arī valodu vajadzētu saglabāt līdz pat slimības pēdējai stadijai, tiek parādīts, ka komunikācija (un tieši funkcionālā komunikācija, kas ir spēja efektīvi un neatkarīgi sazināties/komunicēt noteiktā dabiskā vidē) ir traucēta sākot ar demences pirmo pakāpi (stadiju) un tās lejupslīde (pasliktināšanās) vērojama visā slimības gaitā. Komunikācijas grūtības ietver tās jomas, kas raksturo kognitīvos komunikācijas traucējumus. Īpaša vērība ir jāpievērš:

- samazinātam informācijas saturam, kas izpaužas tipiskā personu ar demenci “tukšā runā”;
- grūtības ar atgriezenisko komunikāciju;
- jautājuma atkārtošana;
- samazināts runāšanas daudzums;
- grūtības saprast teikto;
- grūtības lasīt, rakstīt, rēķināt.

Terapija cilvēkiem ar progresējošiem neiroloģiskiem traucējumiem

Logopēdi strādā ar personām, kas savu kognitīvo komunikatīvo un lingvistisko vai orāli motoro / barošanas / rīšanas traucējumu dēļ demonstrē vai izskatās, ka demonstrē integrēšanās un adaptēšanās problēmas ģimenē, profesionālajā vai sociālajā vidē.

Logopēdiskās iedarbības pieeja iegūto neiroloģisko traucējumu gadījumos ir virzīta, lai sasniegtu pacienta iespējami labāko autonomiju un dzīves kvalitāti, palielinot viņu līdzdalību pašu ikdienas aktivitātēs.

Logopēdu profesionāļu uzdevums ir veikt profilaksi, izvērtēšanu, rehabilitāciju, konsultēšanu un novērošanu.

Kā jau iepriekš minēts, iegūto neiroloģisko komunikācijas traucējumu gadījumos ir liela specifisku patoloģisku stāvokļu dažādība. Šie ieteikumi tādēļ ir patiešām vispārīgi un absolūti nav domāti specifiskiem atsevišķiem pacientu stāvokļiem: to mērķis ir tikai sniegt vispārīgu ietvaru, kas jāņem vērā rehabilitācijas programmas laikā.

Sevišķa uzmanība jāpievērš!

- Novērtēšanai jābūt tādai, kas ievāktu informāciju vismaz par:
 - galveno kognitīvo jomu funkcionēšanu;
 - valodas funkciju (ietverot visas specifiskās jomas – fonoloģiju, semantiku, sintaksi un teksta izpratni un veidošanu);
 - pragmatiskos un komunikācijas aspektus, kas ietver mutvārdu, paraverbālās un neverbālās prasmes un funkcionālās komunikācijas prasmes;
 - galvenās sarunu partnera prasmes, atbalstot saziņas procesu;
 - dzīves kvalitāti.

Novērtēšanā vajadzētu izmantot standartizētos protokolus un testus, kas katrā reizē ir piemēroti attiecībā pret slimības stadiju (akūta vai sākuma stadija, vai hroniskā, vai galējā fāze) un pacienta klīnisko stāvokli.

- Rehabilitācijas ārstēšanai vajadzētu būt vērstai uz to, lai garantētu iespējami labāku atkaliesaistīšanos reālās dzīves situācijās ar iespējami labākām komunikācijas un lingvistiskajām prasmēm un īpaši:
 - uzlabot komunikācijas prasmes:
 - stimulējot visas pragmatiskās jomas (neverbālās, paraverbālās, mutvārdu),

- stimulējot alternatīvās komunikācijas veidus (runāšana, rakstīšana, žesti vai zīmēšana),
- stimulējot funkcionālo komunikāciju;
- uzlabot runas un valodas funkcijas ar specifiskiem vingrinājumiem:
 - stimulējot artikulācijas vingrinājumus lūpām, mēlei, mīkstajām auskļējām, žoklim utt.,
 - stimulējot runas artikulācijas programmas un pievēršot uzmanību runas tempam,
 - īstenojot balss programmas elpošanai, elpas kontrolei, balss spēkam, augstumam, tonim un zilbju uzsvaram,
 - stimulējot vārdus, teikumus, teksta sapratni un veidošanu;
- uzlabot kognitīvās funkcijas, kas ir saistītas ar valodu un komunikāciju;
- uzskatīt alternatīvo un augmentatīvo komunikāciju un tehnoloģiju programmas par veidu, kā uzlabot komunikatīvās iespējas; tas ir, ievērot un mācīt visas iespējamās kompensatorās stratēģijas, kas ļautu cilvēkiem ar komunikācijas grūtībām izteikt sevi daudz efektīvāk (ieskaitot komunikācijas piezīmju grāmatas vai portatīvās elektroniskās iekārtas);
- sagatavot sarunu partnerus atbalstošās komunikācijas (vai līdzīgās) tehnikās, lai palīdzētu cilvēkiem ar komunikācijas traucējumiem sasniegt labāku komunikāciju ar viņu domām, vēlmēm, mērķiem un jebko, par ko viņi vēlas komunicēt.

Rehabilitācijas programmām vajadzētu rūpīgi fokusēties uz pacienta un viņa/viņas ģimenes specifiskajām klīniskajām un komunikācijas vajadzībām; tā, lai tās var aptvert dažas vai visas iepriekš minētās iespējas.

- Novērošanai vajadzētu būt vērstai uz komunikatīvo prasmju un kognitīvo un lingvistisko funkciju monitorēšanu visu laiku, lai:
 - izvērtētu rehabilitācijas iznākumu, atkārtoti novērtējot specifiskās funkcijas, aktivitātes, līdzdalību un dzīves kvalitāti;
 - ieteikt, ja un kad ir nepieciešama rehabilitācijas ārstēšana;
 - ieteikt, ja un kad ir nepieciešamas izmaiņas kompensatorajās stratēģiju programmās;
 - ieteikt, ja un kad ir nepieciešams aprūpētāja atbalsts un aktivitātes.

Elis Tootsi

Logopēde, RietumTallinas Centrālā hospitāļa Neuroloģijas klīnika, Igaunija

Rossella Muó

ASL TO1, Rehabilitācijas nodaļa, Turīna, Itālija

Tulkojums latviešu valodā
Baiba Trinīte, Dr.med.
LiepU docente
Sarmīte Tūbele, Dr.paed
LU profesore

www.logopedi.lv