

JIM 613

Tartalom

1. Az alternatív és augmentatív kommunikáció	3
1.1. Meghatározás	3
1.2. Módszerek, eszközök	3
Segédeszköz nélküli módszerek:	3
Segédeszközt igénylők – alacsony technológiaigény:	4
Segédeszközt igénylők – magas technológiaigény:	6
2. Az afázia	8
2.1. Meghatározás és etiológia	8
2.2. Diagnózis és afáziaprofilok	9
2.3. Az afázia nyelvi terápiája	10
2.4. Magyar vonatkozások.....	10
2.5. Német vonatkozások.....	10
3. Az AAK afáziaterápiában való alkalmazása	12
3.1. Milyen célokat valósít meg az AAK?	12
3.2. Szakaszok, prognózis	12
3.3. AAK eszközök afáziasoknak.....	13
3.4. Kutatások eredményeinek összefoglalása – magas technológiaigény.....	14
3.5. Kutatások eredményeinek összefoglalása – alacsony technológiaigény	16
4. Kutatás	18
4.1. Cél, kitöltők köre, kitöltés menete.....	18
4.2. Bevezető kérdések	19
4.3. AAK alkalmazása afáziaprofilonként	23
4.4. További kérdések	34
5. Következtetések, jövőbeli lehetőségek	41
Irodalomjegyzék	42
Ábrajegyzék	45
Táblázatjegyzék	45

Bevezetés

Dolgozatom témája az alternatív és augmentatív kommunikáció alkalmazási lehetőségei az afáziaterápiában. Amikor az afáziát mint nyelvi akadályozottságot nézzük, akkor kézenfekvőnek tűnik, hogy a sérült kommunikációt, mely főként a beszédre összpontosul, más csatornákkal helyettesítsük. Erre ad eszköztárat az alternatív és augmentatív kommunikáció, röviden AAK. Tudományos diákköri kutatásom keretében ezt a kérdést jártam körbe a szakirodalom és a kérdőívem segítségével. Arra kerestem a választ, hogy alkalmazzák-e a német, ill. magyar logopédusok az AAK módszereket az afáziás betegek terápiájában. Szerettem volna a kérdés mögé is nézni, ezért arra is kíváncsi voltam, hogy milyen tényezők hatnak az alkalmazására. Az volt a hipotézisem, hogy az AAK költséges volta miatt érdemes megvizsgálni két rehabilitációs finanszírozásukban eltérő országot, ezért vettem össze a magyar gyakorlatot a német párjával.

A dolgozatom első részében a két alapvető területet mutatom be, az AAK-t és az afáziát. Ez adja meg a szakmai alapját a következő fejezeteknek, melyek összekapcsolják ezeket. Az afázia és az AAK kapcsolatának szakirodalmi állásával folytatom, melynek segítségével az eddigi kutatási tapasztalatokat vonultatom fel, majd a kérdőívre térek át. A kérdőív eredményeinek ismertetése alapján következtetéseket vonok le a magyar és német gyakorlatra vonatkozóan és megfogalmazom a konklúziót az AAK afáziás alkalmazását illetően.

1. Az alternatív és augmentatív kommunikáció

1.1. Meghatározás

Az alternatív és augmentatív kommunikáció fogalma két részből tevődik össze, de mindkettő az akadályozott kommunikáció segítésére irányul. Az alternatív rész alternatívát kínál a hagyományos csatornának, vagyis helyettesíti a hagyományos nyelvhasználatot, míg az augmentatív rész nem váltja fel teljesen, hanem kiegészíti. Mivel a két terület az AAK-n belül nem válik szigorúan ketté, ezért ezeket a módszereket összefoglalóan AAK-nak nevezem. Crystal idesorolja a Braille-t is, mint az írott nyelv alternatív kódolását. (Crystal, 2003) Nagyon találó leírása az AAK-nak a következő mondat: „AAK, amely megmutathatóvá teszi a kimondhatatlant.” (Kálmán, 2006, 11.o.) Ezt fogalmazza meg szakmai nyelven a Pedagógiai Lexikon: „*Augmentatív kommunikáció: az érthető beszéd hiánya következtében súlyosan károsodott kommunikációs funkció átmenetei vagy tartós pótlására szolgáló kommunikációs rendszerek csoportja.*” (Kálmán, 1997, 122.o.)

1.2. Módszerek, eszközök

Az AAK területe úgy ismerhető meg leginkább, ha a különböző módszereket mutatom be, mert ezáltal megismerjük, hogy milyen részei vannak, ami megfoghatóvá teszi az egészet. A kérdőívben a legfontosabb AAK rendszereket gyűjtöttem össze és kérdeztem meg a logopédusokat ezek alkalmazásáról. Annak érdekében, hogy egységes szerkezetet képezzek, a módszerek bemutatásánál a kérdőív sorrendjét követem.

Segédeszköz nélküli módszerek:

Megfigyelt jelek, jelzések:

Ezek a jelek, jelzések nem kötődnek konkrét rendszerhez, hanem a gyermek, felnőtt saját jeleinek megfejtésén, megfigyelésén alapulnak. Ezeket a terapeuta vagy más kommunikációs partner megfigyeli, megjegyzi és feljegyzi, hogy megoszthassa a többi érintettel. Ilyen pl. az igen vagy nem sajátos jelzése mosolygással vagy a fej döntésével stb.

Gesztusok, kézjelek:

A gesztusok kötődnek a jelentéshez, bizonyos szinten megmutatják azt vagy annak egy jellemző tulajdonságát. Fontos eltérés a jelnyelvtől, hogy a gesztusok nem képeznek bonyolult rendszert, melyben többszörösen absztrakt és motorosan komplikált jelek szerepelnek, hanem a szemléletességre törekednek. (Erdélyi, 2001, 2009)

Ujj-abc (Daktil):

Az ujj-abc, másik nevén Daktil-ábécé lényegét tekintve nem a beszédnek, hanem a betűzésnek az alternatívája. Meghatározott kézjelekkel jelölik az egyes betűket, melyeket egymás után mutatva jutunk el a szavakhoz. Előnye az ujjábécének, hogy könnyen megtanulható, véges számú jelből áll, azonban gondot okozhat a betűzés kognitív folyamata, továbbá nagy hátránya, hogy rendkívül lassú. (Crystal, 2003) A későbbiekben látni fogjuk, hogy ez a betűtábla kézjeles megfelelője.

Siketek jelnyelve:

A jelnyelv bonyolult és elvont rendszer, mely a beszédet helyettesíti. Vannak részei, melyek külső megfigyelők számára is érthetőek, mivel ikonikus jeleket tartalmaznak, viszont más részei absztrakt jelek, amiknek nem lehet kitalálni a jelentését. A nyelvtani struktúrák jelölésére szolgáló jelek is ebbe a csoportba tartoznak. A jelnyelv nem egységes a földön, vannak ugyanúgy eltérő jelnyelvek, még dialektusok is. (Crystal, 2003)

Segédeszközt igénylők – alacsony technológiaigény:

Tárgyak, fotók, képek, jelképek:

Ezek a tárgyak ill. képek leképezik az AAK-t használó ember környezetét és a számára fontos dolgokat. Ezzel lehetőséget teremtenek arra, hogy esetenként más rendszerekkel kombinálva személyre szabják a kommunikációt. Ha ezt ötvözzük egy kidolgozott képrendszerrel, pl. PCS, akkor egy jól használható kommunikációs könyvet tartunk a kezünkben.

Képi rendszerek (PCS, PECS, Oakland):

Az imént említett PCS (Picture Communication Symbols), PECS (Picture Exchange Communication System) és az Oakland képi kommunikációs rendszerek. Ezeknek az a közös jellemzője, hogy az AAK-t használó személy a képek, szimbólumok alapján választja ki a kártyákat, ezeket egymás mellé rendezi vagy sorrendben mutatja. A hagyományos csatornát használó kommunikációs partner az írott nyelv segítségével fejt meg ezeket a jeleket. Sok esetben a szavak csak biztosítanak minket, és már nélkülük is ki lehet találni a kép alapján a jelentést. A PCS rendszert (ld. képen) Roxanne Mayer fejlesztette ki, előnye, hogy könnyen szerkeszthető és számítógéppel akár kommunikátorra is előkészíthető

 I want	 I see	 thank you
 drink	 biscuit	 apple
 cake	 crisps	 banana
 book	 sand	 bricks
 pens	 farm	 puzzle
 shoe	 jumper	 trousers
 coat	 sock	 hat

képsorokat lehet belőle nyomtatni. Az aktuális igényeknek megfelelően nyelvre, kultúrára alakítható, mivel könnyű létrehozni vele új jeleket. (Kálmán, 2006)

Betűtábla:

A betűtábla azoknak segít, akik az írott nyelvet birtokolják, de beszédre képtelenek. Ilyenkor az ábécé betűi szerepelnek a táblán, melyet az AAK-t használó személy magával visz, és ezen mutatja sorra a betűket. A betűk rendezése lehet ábécé-sorrendben, de lehet előfordulási sorrendben is. Követhetünk még egyéb rendezési elveket is, pl. külön a magán- és mássalhangzókat, de alkalmazható a klaviatúra hagyományos betűrendezése is (QWERTY). A betűtábla továbbfejlesztett változata a kijelzős billentyűzet, ami egyből kijelzi a kiválasztott betűk sorát. Ez azért előnyös, mert az író tudja ellenőrizni önmagát, másrészt az olvasó is könnyebben boldogul, hiszen nem kell észben tartania az addig elhangzott betűk sorozatát, hanem mindjárt a szavakat ill. mondatokat olvashatja.

Bliss-jelképek:

A Bliss-nyelv megalkotója Charles Bliss zsidó vegyész volt, aki 1949-ben publikálta *Semantography* c. könyvét, melyben egységes, a világ nyelveitől független új nyelvet hozott létre. Az új nyelvet nemzetközi kommunikációra szánta, de nem aratott sikert. 1971-ben fedezték fel nem-beszélő emberek számára, amit azóta széles körben alkalmaznak. A Bliss-nyelv grafikus jelképrendszer, ahol a jelképek és jelentésük között belső összefüggés van. Jelenleg közel 2000 jel áll rendelkezésre, melyek egyszerű elemekből épülnek fel. A kártyákon szerepel a jelkép és a szó. Így a kétféle kommunikáció között megteremtődik a híd. A nyelvet a nemzetközi Blissymbolics Communication International (BCI) fogja össze és koordinálja. (Kálmán, 1989)

Makaton:

A Makaton nevét névadóiról kapta, akik a 70-es években hozták létre ezt a kommunikációs rendszert. Alapját az angol jelnyelv adja, melynek elemeit grafikusan ábrázolják. A Makaton-szótár 9 szintre bontható, melyek a normál fejlődés különböző életkori szintjeinek felelnek meg. A 7. szinttől kezdve már elvont fogalmakkal találkozunk. (Kálmán, 2006)



Kommunikációs könyv:

A kommunikációs könyvek személyre szabott kommunikációs eszközök, melyek képi rendszerekre, személyes fotókra épülnek. Először kevés képpel indulunk el, melyekkel az alapvető helyzetekre és közel álló személyekre vonatkozik a kommunikáció. Amikor a használat már rutinosan megy, akkor a képeket bővítjük és új tematikus lapokat teszünk bele a könyvbe. A kommunikációs könyvek a képeket és a nevüket is tartalmazzák, megkönnyítve ezzel a csatornák összekapcsolását. Ilyen könyveket készíthetnek a terapeuták, de készen is lehet vásárolni, mely később személyre szabható, bővíthető.



Segédeszközt igénylők – magas technológiaigény:

Kommunikátorok (Canon, GoTalk, BIGmack, Partner Plus):

A kommunikátoroknak sokféle változata van. Az elsőket az 1960-es években hozták létre. Alapvetőnek számított a Canon cég kommunikátora, melynek új verziója ma is használatos. A kommunikátoroknak manapság széles skálája érhető el. Léteznek egészen egyszerűek, melyek egy felvett hangot játszanak le, ha megnyomjuk rajta a kapcsolót, ilyen pl. a BIGmack (ld. képen). Vannak képpel ellátott kommunikátorok, mint a GoTalk vagy az IntroTalker, ahol a képek közül kiválasztva gombnyomásra szót ill. mondatot hallat a gép. (Kálmán, 2006) A C Speak speciálisan afáziások számára kifejlesztett kommunikátor, mely számítógépes kommunikációs könyvként funkcionál. (www.mayer-johnson.com) Léteznek olyan kommunikátorok is, melyek több funkciót is kínálnak, pl. telefonként is használhatóak, ilyen a TouchSpeak. (www.touchspeak.co.uk) Ide tartoznak még a Lingraphica beszédgenerátor-család készülékei is. A hangot adó gépeket összefoglaló néven beszédgeneráló eszközöknek nevezzük (SGD= speech generating device). (www.aphasia.com)



Számítógépek:

A számítógépeket felhasználhatjuk kommunikátorként is, ha olyan szoftvereket telepítünk rá, de már a hétköznapi használat is sok lehetőséget ad. A gépelés általi megmutatás a legkézenfekvőbb, ehhez sokszor speciális klaviatúra szükséges, mely idomul a felhasználó motoros képességeihez. (ld. képen) A számítógép természetesen lehet felolvasó szoftverrel ellátott, ez esetben SGD-nek tekinthető.



A kommunikátorok és számítógépek elkülönítésekor nem találkozunk éles határral, hiszen az iPad korában már a számítógép is legalább annyira hordozható, mint egy kommunikátor és funkciójában is hasonló dolgokra képesek. Az iPad új dolgokat hozhat az AAK-ban, habár nem kínál új funkciót, sokat egyesít a régiek közül. Az érintőképernyő, a gyors szoftver, az internetes lehetőségek, és a finomhangolás kombinációja új távlatokat nyit meg. Mindezt a szoftverek kérdése és az árkategória fogja meghatározni. Ugyanis az idő eljárt sok szoftver felett és szükséges lenne az új technikáknak megfelelő modernizáció. (Van de Sandt-Koenderman, 2011)

B.A.Bar:

A B.A.Bar egy olyan speciális kommunikációs eszköz, mely a vonalkód technikáját felhasználva segíti a kommunikációt. A felhasználó egy vonalkód-leolvasót visz magával a lakásban, ahol a tárgyra vonalkód vannak elhelyezve, és ezeket leolvasva szavak ill. mondatok hangzanak el a készülékből. Ezt kommunikációs könyvvel kombinálva a rendszer kiterjeszthető a lakáson kívülre is. (axistive.com)



2. Az afázia

2.1. Meghatározás és etiológia

Az afázia neurológiai eredetű nyelvi zavar. Általában a szerzett nyelvi zavarokra használjuk ezt a fogalmat, tehát ahhoz, hogy afáziáról beszéljünk szükséges egy már meglévő nyelvi képesség, ami egy esemény hatására károsodást szenved. Szentkúti-Kiss így definiálja az afáziát: „*A domináns félteke meghatározott kortikális és szubkortikális struktúráinak körülírt károsodása következtében kialakult felnőttkori, primer nyelvhasználati zavar, [...]multimodális diszfunkció, azaz több nyelvhasználati módban is észlelhető.*“ (Szentkúti-Kiss, 2010, 414. o.) Az agyterületek sérülését különböző történések okozhatják, nagy részüket a stroke teszi ki. Ebbe beletartozik az agyvérzés és az agyi érelzáródás (isémiás stroke) is. Az esetek 20%-ában az agyvérzés, míg 80 %-ukban az isémiás stroke az afázia kiváltó oka. (Wehmeyer, 2010) Emellett a tumorok, traumás agysérülések (autóbaleset) és különböző progrediáló betegségek pl. sclerosis multiplex, Parkinson-szindróma is okozhatnak agyi infarktust. A táblázat mutatja, hogy melyik ok milyen arányban okoz afáziát.

Afázia etiológiája	Gyakoriság százalékban
Stroke	80
Koponyatrauma	10
Agytumor	7
Agyatrófia	1
A központi idegrendszer gyulladásos megbetegedése	1
Hypoxia	1

1. táblázat: Az afázia különböző okainak előfordulási gyakorisága

(Wehmeyer, 2010, 10.o.)

Az afázia fogalmába nem tartoznak bele a fejlődési nyelvi zavarok, a tisztán motoros beszédzavarok és a másodlagos nyelvi zavarok pl. skizofrének nyelvi zavara. A nyelvi funkciók aszimmetrikusan helyezkednek el az agyban, az afáziát a domináns agyfélteke sérülése okozza. Ez a jobbkezeseknél az esetek 96-99%-ban a balkezeseknél pedig 60%-ban a bal félteke. A maradék esetben nagy részben kevert agyféltekei nyelvi dominanciáról van szó, ill. kis százalékban a jobb agyfélteke dominanciájáról. (Kirshner, 2009)

2.2. Diagnózis és afáziaprofilok

Az afáziát a magyar gyakorlatban Kertész tesztje alapján diagnosztizáljuk, és ez alapján állítjuk fel az afázias profilokat. Osmánné adaptálta magyar nyelvre, ezzel a teszttel dolgoznak a magyar logopédusok. (Osmánné, 1991) Ezt használják az USA-ban is, azonban Németországban egy másik teszt az afázia alapvető diagnosztikus eszköze. Ott az AAT-t, vagyis az Aacheni Afázia tesztet használják. A két módszertan lényegében hasonló, mindegyik 8 profilt különít el, a fő különbség abban áll, hogy a Kertész-féle Western Afázia Bateria (WAB) non-fluens és fluens alapszoportokat határoz meg, míg az AAT alap- és különleges formákat ír le. Mivel a dolgozat későbbi részeiben, a kérdőívekben előkerülnek az egyes afáziaprofilok, ezért ezek bemutatásával folytatom a munkát:

AFÁZIAPROFIL	FLUENCIA	MEGÉRTÉS	UTÁNMONDÁS
Anomikus/Amnesztikus	+	+	+
Vezetékes	+	+	-
Transzkortikális szenzoros	+	-	+
Wernicke	+	-	-
Transzkortikális	-	+	+
Izolációs/Kevert transzkortikális	-	+	-
Broca	-	-	+
Globális	-	-	-

2. táblázat: Az afáziaprofilok jellemzői a fluencia, megértés és utánmondás szempontjából

A profilok között nem húzódnak éles határok, a tesztek alapján ezek között sok a határesetnek számító nyelvi zavar. Mégis azért fontosak, mert megfogják a nyelvi zavar lényegét és főbb jellemzőit. A gyakorlatban legtöbbször a globális, Broca, Wernicke és anomikus afáziával találkozunk, ezek képezik az AAT alapformáit. A másik 4 profil ritkábban fordul elő és speciális eseteket írnak le.

Az afáziához hozzátartozik még a 4 nyelvi modalitásnak a sérülése: nyelvi produkció, nyelvi megértés, írás, olvasás, tehát nem csak a beszédre korlátozódik. Ezért szokás az afáziát multimodális zavarnak nevezni, ezen belül pedig eltérő, hogy melyik modalitás milyen mértékben sérül. Az afázias esetek több, mint 2/3-ában az írott nyelv zavara is fennáll. Az olvasás és írás szerzett zavarát alexiának ill. agrafiának nevezzük. Ezek felléphetnek egymástól függetlenül és együtt is. A tiszta formában különösen az alexia érdekes, amikor a

beteg le tud írni szavakat, de miután az emlékezete már nem segíti, nem tudja ezeket elolvasni. (Wehmeyer, 2010)

2.3. Az afázia nyelvi terápiája

Az afázia nyelvi terápiájában a diagnózis alapján felállítanak egy terápiás tervet, melyben szerepel, hogy milyen pontokra kívánnak hangsúlyt fektetni a terápián belül. A terápiás megközelítésben fontos szerepet kap az erősségekre való építés és a gyengeségek fejlesztése. A nyelvi fókuszban a következő építőköveket emelik ki a terápiából:

- Beszédértés
- Automatizált nyelvi elemek leépítése
- Szótalálás és szólehívás
- Mondatalkotás
- Szövegalkotás
- Dialógusok
- Teljes kommunikáció
- Olvasás és írás
- Számok
- Betegség legyőzése és szociális interakció
- Szakmai újraegyesítés

(Wehmeyer, 2010, 145-146. o.)

2.4. Magyar vonatkozások

Magyarországon az afáziás betegek ellátása még nem eléggé szervezett. Mivel azok a nyelvi szakemberek, akik megfelelő terápiát tudnának nekik nyújtani (vagyis a logopédusok) elsősorban a közoktatáson belül dolgoznak, az afáziás betegek pedig az egészségügyben bukkannak fel. Már vannak a kórházakban (neurológiai) rehabilitációs osztályok, ahol dolgoznak logopédusok, az OORI-ban is folyik klinikai nyelvészeti, logopédiai munka és vannak még más központok, pl. Afázia Egyesület, ahol foglalkoznak logopédusok afáziásokkal, de ez a rendszer még nem kiforrott és a finansziális támogatása korántsem nevezhető optimálisnak.

Másik oldalról, a szakemberképzést vizsgálva azt látjuk, hogy a logopédusképzés az alapképzésben eltolódott a közoktatási vonal irányába és a jelenleg akkreditáció alatt álló

mesterképzés tűzi majd zászlójára a klinikai logopédiát. Vannak még más szakemberek, klinikai nyelvészek és beszédpatológusok, akik szintén dolgoznak afáziásokkal, de nincs egységes vélemény arról, hogy a különféle szakembereknek hol húzódnak a kompetenciahatárai.

Mivel nem állnak rendelkezésünkre konkrét adatok, ezért csupán nagy becsléssel beszélhetünk a magyar számadatokról. Vegyük azt alapul, hogy a stroke-os betegek száma évente 42 000, ahogyan arról a Stroke Társaság beszámol. (origo.hu) Egy külföldi adat szerint a stroke-os betegek közül kb. 38%-uk lesz afáziás. (Pedersen et al, 1995) Mivel ez az arány feltételezhetően nem kötődik nyelvhez, ezért ezt az arányt a magyar betegekre is alkalmazhatjuk. Így évente kb. 16 000 új beteg részéről merül fel az igény logopédiai ellátásra. Nézzük meg, hogy hány logopédus áll a rendelkezésükre. Egyetemi tanulmányaim alatt azt tanultam, hogy 7000 logopédus dolgozik Magyarországon. Viszont nem minden logopédus dolgozik afáziásokkal. Ennek megbecslésére a Démoszthenész Egyesület adatbázisát hívom segítségül. (www.demoszthenesz.hu) A honlapon 1045 logopédust gyűjtöttek össze, közülük, ha az afázia kulcsszóra keresünk, akkor 52-t hoz fel a rendszer. Ez közel 5%-nak felel meg. Tehát a 7000-nek az 5%-a érdekel minket, ami 350. Így 350 logopédus jut a 16 000 betegre. Azt hasonlítsuk össze, hogy hány terápiás órát igényelnek a betegek és mennyit tud nyújtani nekik a szakma. Tegyük fel, hogy a logopédus heti 40 órát dolgozik, tekintsünk el a szabadságtól, így 52x40 óra/logopédus vagy 52x40x350 órát kínál a szakma, ami évi 728 000 terápiás óra. Nézzük meg most a betegek szempontjából! Tegyük fel, hogy egy beteg heti 3 terápiát kap 6 hónapon keresztül, ez azt jelenti, hogy 26 héten át heti 3 óra 16 000 embernek, vagyis 26x3x16 000, ami 1 248 000. Ha ezt a két végső adatot összevetjük, meggyőző az eredmény: 728 000 és 1 248 000. Így a betegek közel 58%-a kaphatja meg az ellátást, és akkor a heti 3 óra 6 hónapon át még alacsony becslésnek számított, ennél sokkal több terápiára is lehet szüksége egy betegnek. Látható tehát, hogy jelentős aránytalansággal állunk szemben, aminek megoldása a jövőre vár.

2.5. Német vonatkozások

Németországban a logopédia teljesen más rendszerben működik, mint hazánkban. A bemutatását a szakemberképzéssel kezdem. A szakmát kiképzés (Ausbildung) formájában lehet elsajátítani, melyet szakközépiskola, ill. gimnázium után lehet elvégezni. A képzés 3 évig tart, erősen gyakorlatorientált, hasonló mértékben kapnak hangsúlyt a nyelvfejlődési zavarok, a beszédfolyamatosság zavarai, hangképzési zavarok és a neurológiai eredetű nyelvi

zavarok. Ezek után a logopédusok államvizsgát tesznek, és praktizálni kezdenek. Elérhető egyetemi képzés is, de ez nem jellemző.

Német földön az egész logopédia az egészségügy alá tartozik, ezért az afáziás beteg útja is itt járandó. Amikor a beteget stroke miatt kórházba szállítják, akkor a logopédus is diagnosztizálja. Miután az állapotától függő ideig (általában 1-3 hétig) itt ápolják, átkerül egy rehabilitációs klinikára. Itt lehetőség szerint naponta kap logopédiai terápiát, ha úgy látják, akár naponta kétszer is. A klinikákon több osztály működik, ahol a stádiumoknak megfelelő kezelést kap a beteg. Amikor hazaengedik, keresnek a betegnek egy lakhelyéhez közeli logopédiai praxist, ahol folytatják vele a terápiát. Ide recepttel érkeznek és vesznek részt a terápián a betegek. Ha elfogyott a receptre felírt terápia, akkor újra orvoshoz kell fordulni, aki újabb terápiás egységet írhat fel a betegnek.

3. Az AAK afáziaterápiában való alkalmazása

3.1. Milyen célokat valósít meg az AAK?

Az afáziát kiváltó esemény után nehéz helyzetbe kerül a beteg, de érintett a család és a barátok is. Ilyenkor sokszor ütközik a hozzátartozók ellenállásába az AAK alkalmazása, mivel azt remélik, hogy szerettük gyorsan fog fejlődni és a beszéd helyreállításában reménykednek. (Bahr, 2008) Mivel ez kevés esetben valósul meg, az AAK alkalmazása lehet rá a megoldás. De nem csupán erről van szó. A gondolkodás és a nyelv szorosan összefügg, hiszen a nyelv által tudjuk saját magunk számára mentálisan kifejezni a fogalmakat. A nyelv sérülése esetén direkt nem sérül az értelem, viszont a dolgok átgondolása összefüggésben áll a nyelvvel és ezért közvetetten sérül. Ilyenkor a propozicionális gondolkodás kerül veszélybe. (Crystal, 2003, 25.o.) Ennek fenntartásában és használatában adhat segítséget az AAK.

További fontos tényező, hogy az afáziás ember számára a nyelvi zavara stigmát jelent. Goffman ezzel a tényleges és a kívánt állapot közötti szisztematikus eltérést jelölte. A terápia része kell, hogy legyen a stigma kezelése. (Goffmant idézi Bauer, 2009, 14.o.) Ha az AAK segítségével gyorsabban vagy egyáltalán vissza tudjuk adni a betegnek a kommunikáció lehetőségét, akkor a stigma csökkenni fog. Természetesen nem tűnik el, hiszen az AAK használat is stigmát hordoz magában, de enyhíti annak hatásait.

3.2. Szakaszok, prognózis

Az afáziaterápiában az AAK azért is releváns, mert az afáziások közül sokan nem épülnek fel. A folyamat 3 stádiumra bontható: akut, szubakut és krónikus. Az akut mindjárt a sérülés utáni időszakot jelenti. A szubakut kb. 50 nappal a sérülés után. Ezekben a fázisokban játszódik le a természetes felépülés. A sérülés után 1,5-2 évvel a fejlődés lelassul és beáll egy szintre, amit krónikus stádiumnak nevezünk. Ezekben a fázisokban azonban a különböző afázia típusok nem egyformán javulnak.

Diagnózis	(n)	Nincs afázia/maradványtünet (4 hónap után) %	Nincs afázia/maradványtünet (7 hónap után) %
Globális	21	0	0
Wernicke	19	10	26
Broca	12	33	42
Anomikus	32	59	66

3. táblázat: Az egyes afáziaprofilok kifutása a szubakut stádiumban, 4 ill. 7 hónap után

(Wehmeyer, 2010, 38.o.)

A táblázatban látható, hogy 4 ill. 7 hónap után hány százalékuk épült fel ill. mutatott csupán maradványtüneteket. A globális esetében 0% épült fel, tehát 100%-uk afáziás tüneteket mutatott az esemény után 7 hónappal is. Ez a szubakut szakaszba tartozik. A Wernicke afáziásoknál 26%-uk tartott a felépülése felé vagy épült fel teljesen. A Broca afáziásoknál 42% épült fel, míg az anomikusoknál 66%. Ebből látszik, hogy az anomikus jó prognózissal bír, a Broca és a Wernicke már kevésbé, a globálisnak pedig rossz a prognózisa.

3.3. AAK eszközök afáziásoknak

Az afáziások közül sokan mutatnak komoly beszéd- és nyelvi deficitet, a hagyományos nyelvhasználatra való képességük tartósan sérült. Ezeknek az embereknek nyit meg új utakat az AAK. Az afáziások számára nyújtott AAK módszereket két szempont alapján lehet csoportosítani. Az első az AAK eszköz technológiaigénye, ez alapján alacsony, ill. magas technológiaigényű. A másik szempont a kommunikáló ember függetlensége, e szerint lehet a kommunikációs partnertől függő, ill. független. Mivel a technológiát illető csoportosítást már érintettem az AAK módszerek bemutatásánál, ezért most csak arra térnék ki, hogy a magas technológiaigényű módszerek esetében milyen megjelenítési lehetőségek közül választhatunk. (Koul, 2011)

A magas technológiaigényű módszerek kategóriájába tartoznak a már korábban bemutatott beszédgenerátorok és a szoftver által azokká formálható számítógépek. Van sok eszköz, melyet beszédzavarra hoztak létre, de nem afáziaspecifikus. A speciálisan afáziások számára kialakított beszédgenerátor-család a Lingraphica. A beszédgenerátorok rendezési elveiben háromféle megoldással találkozunk. (Koul, 2011)

- 1) Taxonomikus: Ebben az esetben a képernyőn főkategóriák (pl. vásárlás) jelennek meg, amikből választva alkategóriák (szupermarket) tűnnek fel, amikből újabb választás után további lehetőségek (zöldségek) válnak elérhetővé. A kutatásokban ezt alkalmazták leggyakrabban a három közül.
- 2) Szemantikus-szintaktikus: A képernyőn feltűnő szóháló szintaktikus elv alapján jelenik meg, mintha egy mondatban lennének a szavak. A gyakori grammatikai deficit miatt nem szerencsés.
- 3) Vizuális: A szavak megjelenítése itt tevékenységekhez, sémákhoz, rutinokhoz kötődik, pl. focimeccs nézése. A képernyőn pl. a beteg konyhája látszik, ahol, ha a hűtőre kattint, akkor annak megjelenik a tartalma.

(Koul, 2011)

3.4. Kutatások eredményeinek összefoglalása – magas technológiaigény

Szerző	Alanyok száma	Afáziaprofil	Vizsgálat tárgya	Eredmény
King és Hux (1995)	1	Enyhe afázia	Felolvasó program, ami kiejti a szavakat, amikor ír	A helyesírási hibák száma és minősége is javult
Rostron, Ward, Plant (1996)	1	Súlyos afázia és apraxia	EasySpeaker for Windows használata, szavak hierarchikus rendezésben	Azonosította és kombinálta a szimbólumokat, de funkcionális használatra nem került sor
Koul és Harding (1998)	5	3 súlyos afázia és 3 globális	Egyes jelek azonosítása, két jelből álló kombinációk azonosítása	Képesek voltak azonosítani és kombinálni a szimbólumokat, hogy rövid mondatokat hozzanak létre; pontosabban dolgoztak a főnevekkel, mint a többi nyelvtani osztállyal
Beck és Fritz (1998)	20 (10 afáziás, 10 kontroll személy)	5 anterior (jó megértés) és 5 poszterior afáziás (rossz megértés)	Emlékezés absztrakt és konkrét üzenetekre IntroTalker beszédgenerátor segítségével; egy, két és három ikonos üzenetek előhívása IntroTalkerrel	Szignifikánsan kevesebb ikonikus kódot tanultak meg az absztrakt üzenetekhez, mint a konkrét üzenetekhez; poszterior sérültek nehezebben tanultak kódokat az absztrakt üzenetekhez
Koul et al. (2005)	9	7 súlyos Broca és 2 globális	Változó nyelvtani komplexitású mondatok alkotása grafikus szimbólumokkal	8 vizsgálati személy azonosította és kombinálta a szimbólumokat, és mondatokat hozott létre velük, 1 nem mutatott előrelépést
Nicholas et al. (2005)	5	5 súlyos non-fluens	C-Speak használata funkcionális nyelvi helyzetekben 1. Kérdések megválaszolása, 2. Képek leírása, 3. Videók leírása, 4. Telefonálások, 5. Írás	Jobban boldogultak a C-Speakkel, mint nélküle
Van de Sandt-Koenderman (2005)	22	Nem specifikus – korlátozott verbális kifejezés és jó auditív megértés	PCAD ¹ tréning, PCAD tréning kimenetele, életkor és esemény óta eltelt idő hatása a sikeres alkalmazásra	Mindenki tudta használni a PCAD-t, 77% funkcionális helyzetekben is, az esemény óta eltelt idő nem volt hatással a sikeres használatra, az idősebbek sikeresebbek voltak, mint a fiatalabbak
McKelvey et al. (2007)	1	Broca	Vizuális kijelzőjű beszédgenerátor használata beszélgetés során	Fejlődést mutatott
Van de Sandt-Koenderman et al. (2007)	n.a.	Globális, Broca	TouchSpeak szoftver használata	A kommunikációs képességek növekedtek, a vizsgálati személyek majdnem fele megtanulta használni a szoftvert és elérte a beprogramozott szókincset

¹ PCAD (Portable communication assistant for people with dysphasia) = Hordozható kommunikációs asszisztens diszfáziások számára

Seale, Garrett és Figley (2007)	3	Súlyos afázia	Összehasonlították a vizuális megjelenítést a hagyományos, taxonomikus rendezéssel, személyes történetet kellett elmesélni és 3-7 nap után előhívni	Azok, akik vizuálisan támogatva mesélték el a történetet, jobban emlékeztek rá, mint a taxonomikus rendezést alkalmazók
Koul et al. (2008)	3	Súlyos Broca	Változó nyelvtani komplexitású mondatok alkotása grafikus szimbólumokkal	Nagy pontossággal voltak képesek 2-3 szavas mondatokat alkotni a szimbólumok segítségével
Johnson et al. (2008)	3	Krónikus non-fluens afázia	Taxonomikus rendezésű beszédgenerátor használatának mérése WAB, CETI ² , QCL ³ és FACS ⁴ alapján	WAB-ban az ált. kvóciens csak 1-nél növekedett, auditív verbális megértés mindháromnál javult, FACS és CETI jobb eredményeket mutatott, de a QCL csak 1-nél javult
Steele, Aftonomos, Koul (2010)	20	Globális	Lingraphica használók retrospektív elemzése, összehasonlítás WAB és CETI alapján	WAB-ban auditív verbális megértésben és megnevezésben jobb eredményeket mutattak, a CETI 16 kérdéséből 14 esetében javulást mutattak

4. táblázat: A magas technológia igényű AAK eszközök afáziaterápiás tapasztalatainak összefoglalása

A táblázatban szereplő szerzőket Koul idézi. (2011) A táblázat alapján nyerünk egy összefoglaló képet arról, hogy a magas technológia igényű eszközök alkalmazása hol tart az afáziaterápiában. Összességében az látható az összegyűjtött kutatások ismertetéséből, hogy jó eredményeket lehet elérni ezekkel az eszközökkel afáziás betegeknél. Az is látszik azonban, hogy sok tényező befolyásolja az eredményt, pl. hozzátartozók, beteg hozzáállása. Fontos még, hogy általában jobban boldogulnak a szimbólumokkal a konkrét dolgok szintjén, ezt könnyebben sajátítják el. Lényeges tanulsága még a táblázatnak, hogy az AAK eszközi használatának megtanulása még nem jelenti az eszköz hétköznapi használatának kezdetét. Komoly és kérdéses dolog, hogy a tanultakat sikerül-e a betegnek átültetni a hétköznapijaiba.

² CETI (Communicative Effectiveness Index)=Kommunikációs Hatékonyság Index

³ QCL (Quality of Communication Life Scale)=Kommunikációs Életminőségi Skála

⁴ FACS (Functional Assessment of Communication Skills)=Kommunikációs Képességek Funkcionális Értékelése

3.5. Kutatások eredményeinek összefoglalása – alacsony technológiaigény

Szerző	Alanyok száma	Afáziaprofil	Vizsgálat tárgya	Eredmény
Johannsen-Horbach (1985)	4	Krónikus globális	Bliss-szimbólumok használatára tanították őket	Egyet kizárás (perszeveráció miatt); egy profitált, de hozzátartozól leállították; kettő sikeresen elsajátította Bliss-nyelvet, egy csak Bliss-szel kommunikál
Garrett, Beukelmann és Low-Morrow (1989)	1	Broca	Multimodális komm.rendszer	Több komm.kezdeményezés, kevesebb leblokkolás
Coelho (1991)	2	Középsúlyos és súlyos expresszív afázia	12 ikonikus kézzel ételek jelzésére (klinikai és éttermi szituációk)	1 alkalmazta az étteremben is a jeleket, viszont a napi környezetben nem nőtt meg a jelek használata
Yanak és Light (1992)	1	Broca	Többféle AAK tanítása (Amer-Ind gesztusok, szótábla, kommunikációs könyv) először klinikai majd valós szituációkban	AAK nem terjedt el a hétköznapi életében, amíg nem vitték ki a terápiát a klinikai szituációkon kívülre;
Ward-Lonergan és Nicholas (1995)	1	Globális	Kezdetben egyszerű majd komplex formák rajzolása emlékezetből	A rajzok komplexebbé és felismerhetőbbé váltak
Lasker et al. (1997)	3	Súlyos krónikus afázia	3 kül. írott válasz komm. stratégia	Nem adott egyértelmű eredményt, változóan reagáltak a betegek
Kagan et al. (2001)	20 képzett +20 képzetlen komm. partner, afáziások	-	SCA ⁵ megközelítést alkalmaztak a képzettek	A képzettek jobban tudtak kommunikálni, az afáziások velük magasabb értékeket mutattak interakció (szociális kapcsolódás) és tranzakció (információátadás) terén egyaránt; ahogy fejlődött a partner, úgy javult az afáziás kommunikációja is
Fox et al. (2001)	3	Broca	Azt vizsgálta, hogy a beteg számára érdekes témákban intenzívebben használnak-e szimbólumokat	1 beteg aktívabb volt, a másik 2 azonban nem mutatott eltérést
Garret és Huth (2002)	2 kül. komm. partner +1 afáziás személy	-	Grafikus segítség a témához, egyszer ezzel, másszor nélküle próbálnak kommunikálni az afáziással	Sikeresebb volt a kommunikáció, amikor a grafikus jelek segítettek, különösen aktuális témáknál
Ho et al. (2005)	2	Globális	3féle komm. helyzet: segítség nélkül, PCS, más képek (térkép, magazin, fotó)	A támogatott helyzetekben jobban kommunikáltak, többet kezdeményeztek és pozitív hatásokat tapasztaltak meg az AAK nélkülihez képest

5. táblázat: Az alacsony technológia igényű AAK eszközök afáziaterápiás tapasztalatainak összefoglalása

⁵ Supported Conversation for Adults with Aphasia – támogatott beszélgetés

A táblázatban szereplő szerzőket Corwin, idézi. (2011). A bemutatott kutatási eredmények alapján azt látjuk, hogy alapvetően jó eredményeket hoz az AAK alkalmazása. Aktívabbak, kezdeményezőbbek lettek a betegek, és jobban ki tudták fejezni magukat. A támogatott helyzetekben jobban kommunikáltak, és látszott az AAK pozitív hatása. Érdekes a kommunikációs partner képzése a SCA tréning keretében. A másik oldalon ugyanakkor olyanról is beszámolnak, amikor nem értek el eredményeket, mert a betegek nem adtak egyértelmű reakciókat. Összességében az látszik, hogy az alacsony technológia igényű AAK módszerekkel elérhetőek jó eredmények.

4. Kutatás

4.1. Cél, kitöltők köre, kitöltés menete

A kutatásom céljául azt tűztem ki, hogy a lehető legjobban megismerjem a magyar és német afáziásokkal dolgozó logopédusok AAK-hoz kötődő munkáját. Arra voltam kíváncsi, hogy alkalmaznak-e AAK-t az afáziaterápiában, ha igen, akkor milyen afáziaprofil esetében, ha nem, akkor viszont miért. Azt szerettem volna, ha minél több szakember véleményét tudom megismerni, ezért választottam a kérdőív módszerét. A kérdőív összeállításánál korábbi tanulmányokat olvastam és sok konzultáció eredményeként megszületett a kérdőív próbaverziója. (Russel, 1995, Sutherland, 2005, Balandin, 1998) Ezt afáziásokkal dolgozó magyar logopédusok töltötték ki, akiknek visszajelzései után további átalakítások következtek, majd elkészült a végleges kérdőív. (www.goodwaves.de.)

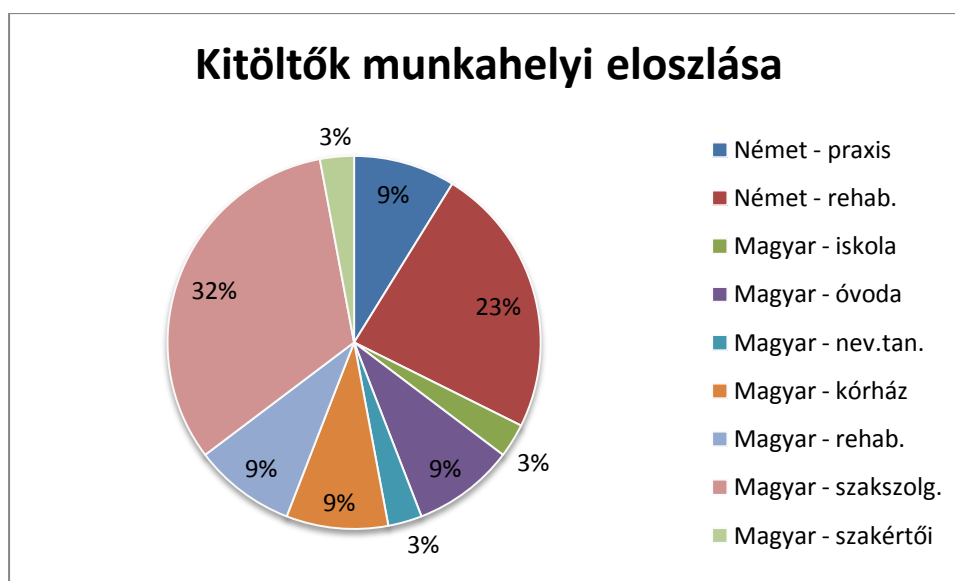
Mivel csak olyan logopédusok kitöltésére volt szükségem, akik valóban dolgoznak/dolgoztak afáziásokkal, ezért arra törekedtem, hogy őket specifikusan meg tudjam találni. Erre kínálkozott remek alkalomként az MLSzSz 2012. évi áprilisi afázia konferenciája. Itt 80 darab nyomtatott kérdőív került kiosztásra, melyek közül 50-hez felbélyegzett válaszborítékot is mellékeltem. A többi 30-on a kérdőív internetes elérhetősége szerepelt, továbbá az én e-mailcímem is. Ezekből 6 db érkezett vissza, ami a konferencia témája általi előszűrést és a válaszborítékot tekintve nagyon alacsony (20%). Mindenképpen további szakembereket kellett elérnem, ezért elkészült a kérdőív teljesen online változata. Ezt a szakmai szervezeteken keresztül sikerült eljuttatni a logopédusokhoz. Az MLSzSz-nek és az MFFLT-nek is működik levelezőlistája, amire a szervezetek elnökei küldték el a kérdőívemet. Az online kitöltések nyomkövetésekor látszott, hogy ezek után megugrott a kitöltések száma. Ezek eredményeként 23 magyar kérdőív érkezett be. Tekintve, hogy az afáziásokkal dolgozó logopédusok helyzete igencsak kusza hazánkban és nincs sok ilyen szakember, továbbá nincs olyan elérhető nyilvántartás, amelyben ők hivatalosan össze lennének gyűjtve, ezért a mintáról nem tudom megállapítani, hogy reprezentatív-e. A két szakmai szervezettel feltehetően az összes afáziával foglalkozó logopédushoz elért a kérdőív kitöltésének lehetősége, ezért merek ilyen kevés kérdőív alapján is következtetéseket levonni.

A német logopédusok esetében már nehezebb volt a helyzet. A kérdőívét először le kellett fordítani, majd adaptálni a német viszonyokra, hiszen mint már fent is írtam a német rendszer jelentősen eltér a magyartól. Utána kezdődött az ottani logopédusok felkeresése. A német afáziaterapeuták három szakmai szervezeten keresztül érhetők el: Deutscher

Bundesverband der akademischen Sprachtherapeuten (DBS), Deutscher Bundesverband für Logopädie (DBL), Bundesverband Klinische Linguistik (BKL). A velük való kapcsolatfelvételben a német egyetemi tanszékvezetőm segített. A BKL és a DBL nem adott választ neki, a BKL pedig felkínált egy kutatások számára fenntartott helyet a honlapjukon, ide fel is került a kérdőívem, és valóban érkezett innen vissza két kérdőív. (<http://dbs-ev.de>) Később újból megkerestem a DBL-t, hogy küldjék ki a kérdőívemet a levelező listájukra, de elutasító választ kaptam arra hivatkozva, hogy nem vagyok tag. A német klinikán, ahol gyakorlaton voltam, a kollégákat kértem meg a kitöltésre. Innen 9 választ kaptam. Mindezen próbálkozások eredményeként 11 kérdőívet kaptam vissza, ami a német afáziaterapeuták számához képest nagyon alacsony. Viszont a 9 válaszadót a klinikáról személyesen is ismerem, tudom róluk, hogy szakmailag kiemelkedőek és ezért lehet alapozni az ő válaszaikra. Összesen tehát 23+11, vagyis 34 kérdőívet dolgoztam fel. A válaszokat úgy mutatom be, hogy minden esetben az eredményeket összefoglaló ábra vezeti be az új kérdést és utána következik az elemzés.

4.2. Bevezető kérdések

A kérdőívben szerepel a munkavégzés helye, hogy milyen városban dolgozik a logopédus. Ezt azért kérdeztem, mert kíváncsi voltam, hogy lehet-e eltérést felfedezni a nagyobb városok rehabilitációs központjai ill. a vidéki ellátás között. Mivel ehhez több kitöltőre lett volna szükség, ezért erre nem kerülhetett sor.



1. ábra: Kitöltők munkahelyi eloszlása

Az ábrán látható, hogy német logopédiai praxisban dolgozik a válaszadók 9%-a, német rehabilitációs intézményben 23%. A magyar válaszadók köre már sokkal kevésbé homogén, szakszolgálatnál dolgozik 32%, rehabilitációs intézményben, kórházban ill. óvodában a válaszadók 9%-a, iskolában, nevelési tanácsadóban ill. szakértői bizottságnál dolgozik 3-3%, ami lényegében 1 embert jelöl. Így a magyar logopédusok közel fele szakszolgálatnál dolgozik, míg másik fele megoszlik a rehabilitációs intézmény, kórház, óvoda és kis arányban iskola, nevelési tanácsadó és szakértői bizottság között. A logopédusok többnyire teljes állásban dolgoznak, elvértve számoltak be félállásról.



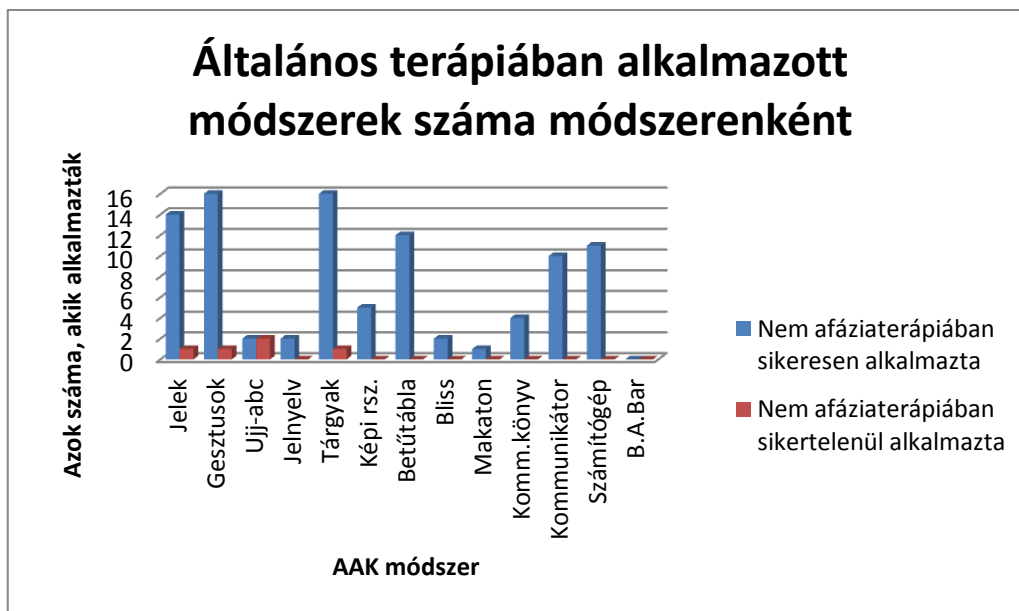
2. ábra: Logopédiai szakmai tapasztalatot számszerűsítő adatok

Végzettséget tekintve a magyarok esetében mindenki gyógypedagógusként végzett a különböző rendszerekben, amik elérhetőek voltak. A németeknél volt egy klinikai nyelvész és egy gyógypedagógus (Sprachheilpädagoge), a többiek mind logopédiai szakképzést végeztek. A német logopédusok átlagosan 7,7 éve dolgoznak a szakmában, míg a magyarok 15,9 éve. Ez arra enged következtetni, hogy a németek kisebb tapasztalattal, viszont frissebb szaktudással rendelkeznek. Ezt erősíti fel az afáziaterápiát nézve az az adat, hogy hány évet dolgoztak afáziasokkal: a magyarok átlagosan 3,8 évet, míg a németek 7,8 évet. A németek heti átlagosan 16,5 órát dolgoznak afáziasokkal, a magyarok azonban csak 7,4 órát. Ez azt is jelenti, hogy a kérdőívet kitöltők kiválasztásánál a németek esetében jobban sikerült azokat kiválasztani, akik klinikai terápiát végeznek.

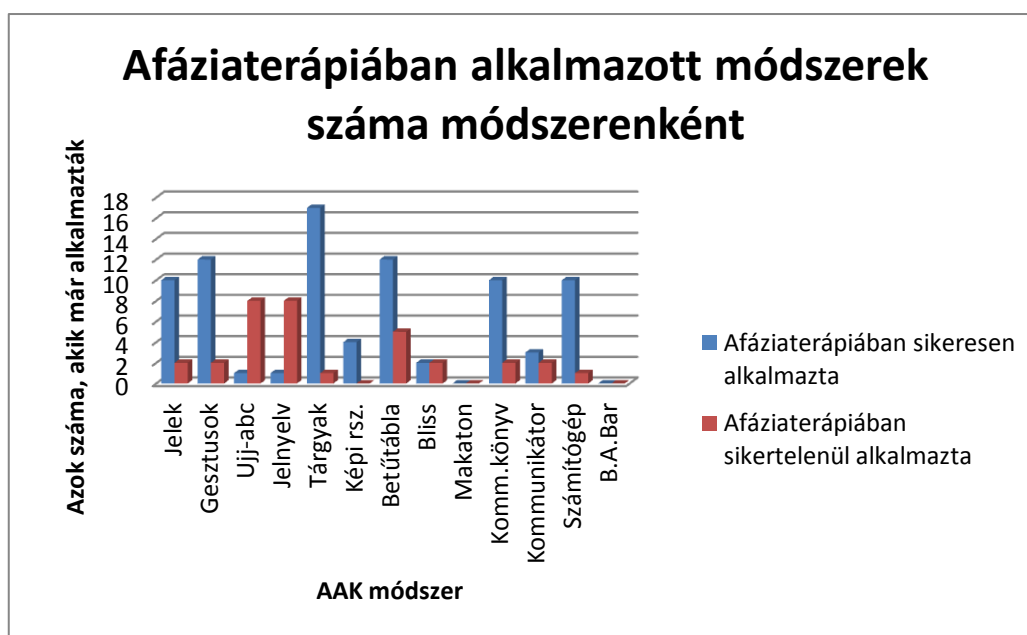


3. ábra: Az afáziaprofilok gyakorisága a terápiában

Az ábrán az látszik, hogy a terápiás munkában hogyan oszlanak meg az afáziaprofilok, hogy általában milyen típusú afáziával dolgoznak, melyiket terapizálják leggyakrabban. Ez azért érdekes, mert nyilván azt ismerik legjobban és azzal próbálták ki legtöbb AAK módszert, amivel eddig legtöbbet dolgoznak. Az anomikus afáziával a válaszadók közül 4 magyar és 5 német dolgozik, a vezetéssessel 3 magyar és 1 német, a transzkortikális szenzorossal 2 magyar és 2 német, Wernicke-vel 5 magyar és 7 német, Brocaval 13 magyar és 8 német, transzkortikális motorossal 7 magyar és 0 német, izolációssal 2 magyar és 0 német, végül globálissal 9 magyar és 9 német. Az eredmény tükrözi az afáziák általános előfordulási arányát, a német afáziatesztben is pontosan a 4 gyakori afáziát tekintik az afázia alapformáinak: anomikus, Wernicke, Broca, globális. Érdekes, hogy a transzkortikális motoros a magyarok között kiemelkedő, de ez inkább a minta kis méretével magyarázható.



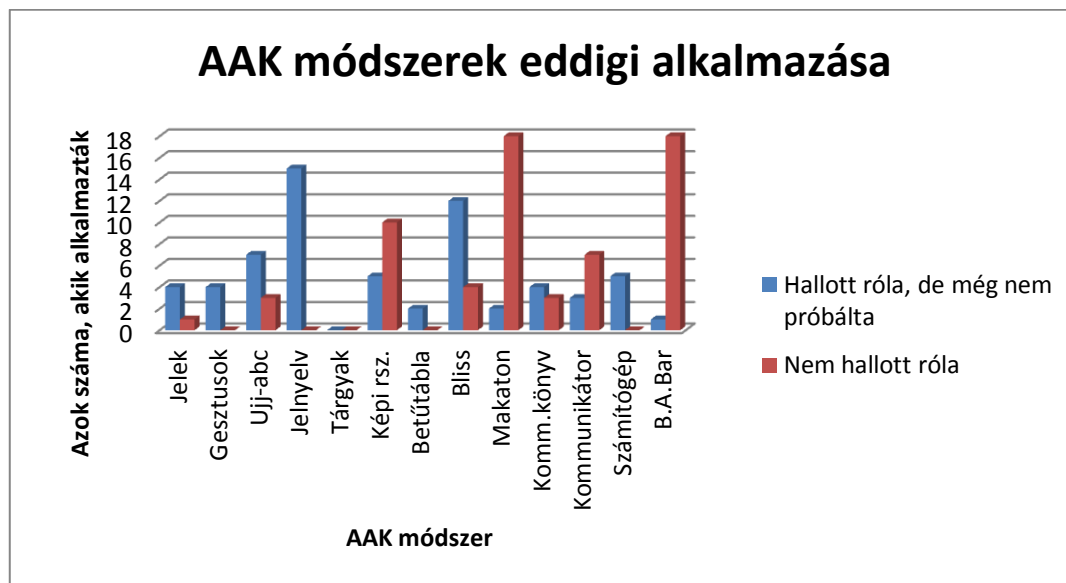
4. ábra: Általános terápiában alkalmazott módszerek száma módszerenként



5. ábra: Afáziaterápiában alkalmazott módszerek száma módszerenként

A kitöltőre vonatkozó kérdések után az AAK vált a kérdések témájává. Az adatokat 22 kitöltőre vonatkoztatva kell értelmezni, mert ezt a kérdést annyian töltötték ki. Az látszik ezekből az adatokból, hogy az AAK bizonyos elemeit gyakran használják az általános gyógypedagógiai munkában és alkalmazásuk a legtöbb esetben sikeres is. Ezzel szemben az afáziaterápiás gyakorlatban már sokkal több „ellenjavallattal” találkozunk, itt negatív tapasztalatokat is megosztottak a logopédusok. Arányaiban figyelemfelkeltő az ujj-abc és a jelnyelv esete, ahol a negatív visszajelzések vannak túlsúlyban. A jó gyakorlatok terén

mindkét terápiás szegmensben ugyanaz az öt AAK módszer emelkedik ki: jelek, gesztusok, tárgyak, betűtábla és számítógép. A hatodik helyen eltér a két terület, az általános terápiában a kommunikátorok, míg az afáziaterápiában a kommunikációs könyvek állnak. Jelentősen kicsi a Makaton, B.A.Bar aránya, ami annak tudható be, hogy kevésbé ismerik ezeket a terapeuták.



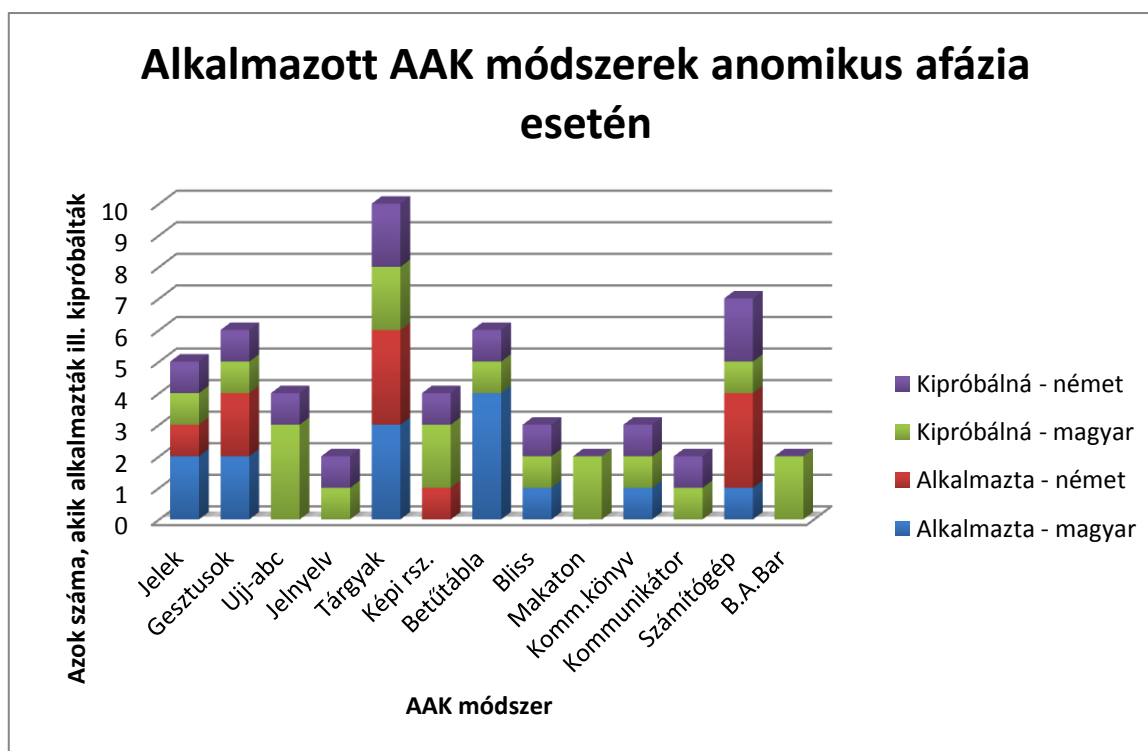
6. ábra: AAK módszerek eddigi alkalmazása

A következő ábrán éppen ez látható. Piros jelzi, ha még nem hallott róla, ami pont a Makaton és a B.A.Bar esetében látszik a legkifejezettebben. Sokan nem ismerik a képi rendszereket sem, aminek feltehetően volt hatása arra, hogy kevesen alkalmaztak ilyet akár általános, akár afáziaterápiában. Sokan ismerik a jelnyelvet, valószínű azonban, hogy itt az ismeret nem jelent nyelvtudást, hanem a nyelv távoli ismeretét, amivel még nem lehet kommunikálni. Mivel érdekesnek tartottam, hogy a fenti kérdésben közölt adatok milyen általános (nem afázia) terápiákra vonatkoznak, ezért erre külön kérdést fogalmaztam meg. A következőket említettek: autizmus, dizartria, értelmileg akadályozottak beszédindítása, nem beszélő ill. halmozottan sérült gyermekek kommunikációs terápiája, cselekvő szemléltetés, beszédapraxia, amiotrofikus laterálszklerózis, locked-in miatti kommunikációs zavar terápiája.

4.3. AAK alkalmazása afáziaprofilonként

Az afáziaterápiára vonatkozó részt külön kérdéssel vizsgáltam. Mind a nyolc afáziaprofil esetében külön megkérdeztem az egyes AAK-módszerhez kötődő tapasztalatokat. Erre a kérdésre összesen 22 kitöltő adott választ. Ezeknek eredményeit diagramokon szemléltetem, ahol az adatoknak nem a 34-hez, hanem a 22-höz kell viszonyítani. Az ábrákat

mindig úgy kell szemlélni, hogy az egyes AAK módszerek esetében együttesen mutatja magyar és német tapasztalatokat, ill. a múltbeli tapasztalatokat és a jövőre vonatkozó szakmai elképzeléseket. Kék szín jelzi azokat a magyarokat, akik már alkalmaztak AAK-t. Piros szín jelzi azokat a németeket, akik már alkalmaztak AAK-t. Zöld szín jelzi azokat a magyarokat, akik kipróbálnák az adott módszert és végül lila szín jelzi azokat a németeket, akik kipróbálnák az adott módszert. Ezeket lehet együtt kezelni, mivel, aki már alkalmazta, az gondolta, hogy ez a módszer jó lesz és ezért alkalmazta. Aki kipróbálná, azért próbálná ki, mert értelmesnek tartja és látja benne a lehetőségeket. Az elemzésnél először azt nézem meg, hogy hányan alkalmazták vagy próbálnák ki az egyes rendszereket. Utána azt nézem meg, hogy ténylegesen hányan alkalmazták, majd azt, hogy a magyarok és a németek mit alkalmaztak legtöbbször. Mind a 8 afáziaprofilnál ezt az elemzési rendszert használom és ez alapján vonok le következtetéseket. A fluens afáziákkal kezdem a bemutatást.

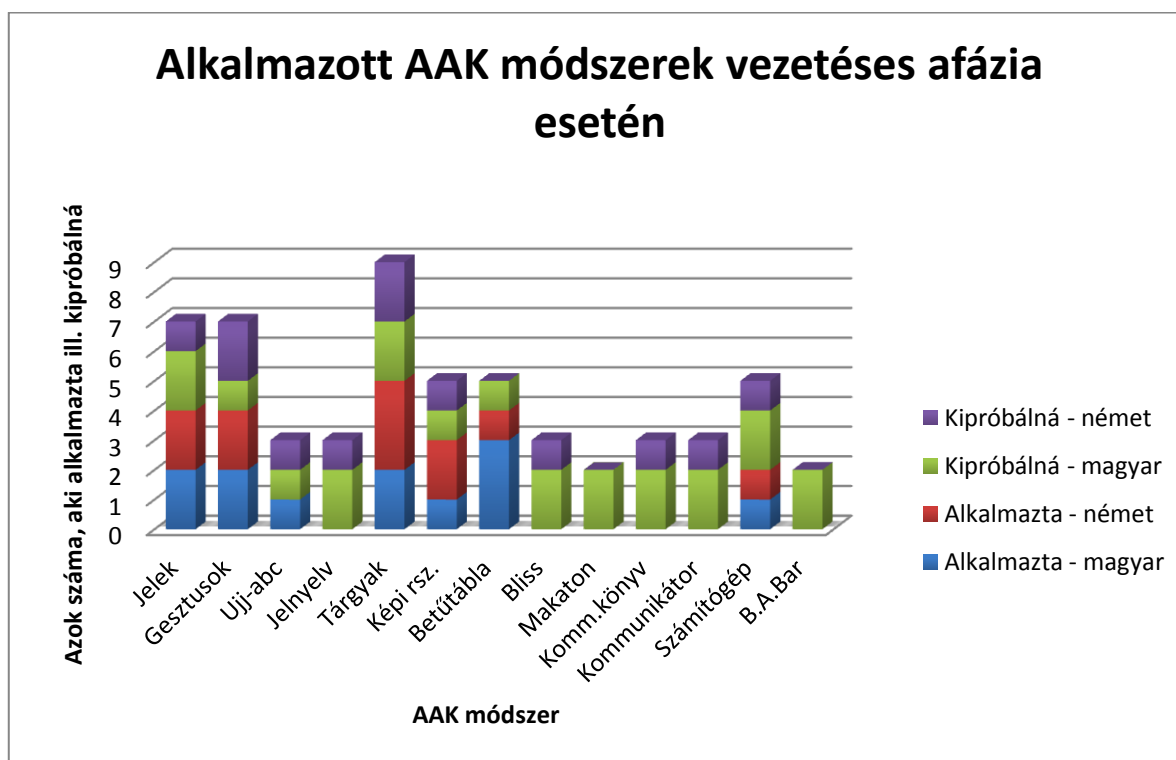


7. ábra: Alkalmazott AAK módszerek anomikus afázia esetén

Az anomikusnál legtöbbször a tárgyakat jelölték meg, összesen 10 válaszadó. Utána következik a számítógép 7, majd a gesztusok és a betűtábla 6-6, a jelek 5, az ujj-abc, a képi rendszerek 4-4, a Bliss és a kommunikációs könyv 3-3, végül a jelnyelv, a Makaton, a B.A.Bar 2-2. Érdekes azonban megnézni azt is, hogy, ha nem számoljuk hozzá a jövőbeli elképzeléseket, hanem csak a múltbeli tapasztalatokat vizsgáljuk, akkor hányan választották az egyes módszereket. Legtöbbször itt is a tárgyakat választották 6, ezután következnek a

gesztusok, a betűtábla és a számítógép 4-4, a jelek 3, végül a képri rendszerek, Bliss, kommunikációs könyv 1-1. Az anomikus esetében, ahol az értés jól funkcionál és a produktív oldal is általánosan jól működik, főként a szóelőhívások jelentenek problémát. Ezért itt az AAK célja a szóelőhívás megsegítése. Nézzük meg, hogy mit választottak legtöbbször a magyarok és a németek. A magyar logopédusok a betűtáblát használták legtöbbször. Az olvasás, írás intaktsága mellett ez akkor kézenfekvő és hasznos az afáziás számára, ha a logogén modell szerinti grafikus output ép, viszont az auditív output sérül. Sokszor azonban a sérülés nem ennyire elhatárolt és a szó lexikonból történő lehívása nem megy írásban sem, ezért nem segít a betűtábla. A német logopédusok a tárgyakat és a számítógépeket jelölték meg. A tárgyakkal jól lehet segíteni a konkrét dolgok megmutatását, de akár az előhívását is. Az elvontabb dolgok megmutatására azonban ez már nem alkalmas. A számítógépeket írták még legtöbbször a német szakemberek közül, ezzel le is írhatja a szót, ha tudja, vagy lerajzolhatja, esetleg kereshet róla egy képet a tárolt képek között. A jövőre nézve nyitottak voltak a logopédusok, hiszen mindegyik módszert lett volna, aki kipróbálja.

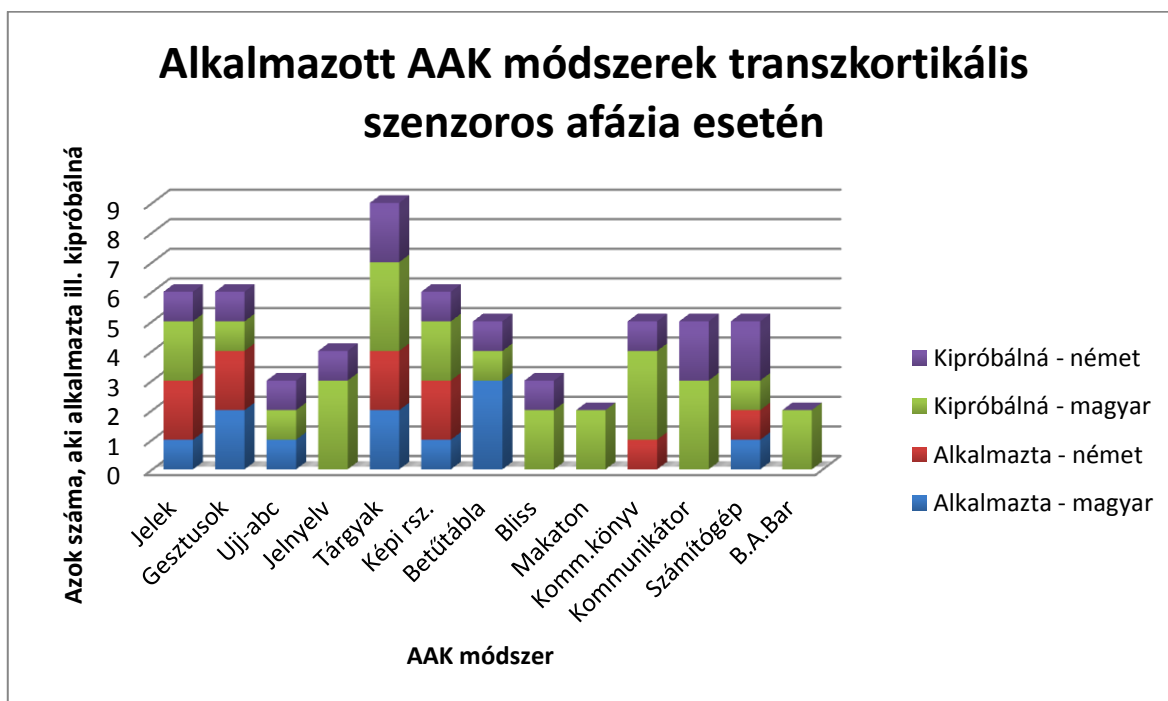
Tehát az anomikus esetében az eddigi tapasztalatok alapján találó AAK módszerek a gesztusok, a tárgyak, a betűtábla és a számítógép.



8. ábra: Alkalmazott AAK módszerek vezetékes afázia esetén

A vezetésesnél legtöbbször a tárgyakat jelölték meg 9, ezt követik a jelek és a gesztusok 7-7, a képi rendszerek, a betűtábla és a számítógép 5-5, majd az ujj-abc, a jelnyelv, a Bliss, a kommunikációs könyv, a kommunikátor 3-3, végül a Makaton és a B.A.Bar. Nézzük meg azt is, hogy ebből mennyit alkalmaztak már ténylegesen. Legtöbbször a tárgyakat alkalmazták 5, utána a jeleket, a gesztusokat és a betűtáblát 4-4, a számítógépet 2 és végül az ujj-abc-t 1. A vezetéses afázia esetében a spontán beszéd és a beszédértés is jó szinten megőrzött, az utánmondás sérült, amiből az adódik, hogy a hétköznapi kommunikációban nem adódnak súlyos problémák, amik az AAK-t indokolnák. Az utánmondás hétköznapi élethelyzetekben ritkán kerül elő. Látszik is, hogy az alkalmazott arány alacsony, inkább a „kipróbálná” emeli az értékeket. Ugyanakkor a vezetéses afáziánál is találkozunk szótalálási nehézségekkel, amiknek kiküszöbölésére a jelek, a gesztusok és a tárgyak a leggyakoribb válaszok. Nézzük meg, hogy mit használtak legtöbbször a német és a magyar logopédusok. A németek a tárgyakat, a magyarok pedig a betűtáblát alkalmazták. Látható, hogy a jelnyelv, Bliss, Makaton, kommunikációs könyv, kommunikátor, B.A.Bar nem is kerülnek szóba egy vezetéses afáziás ember kommunikációs lehetőségeinek javításakor.

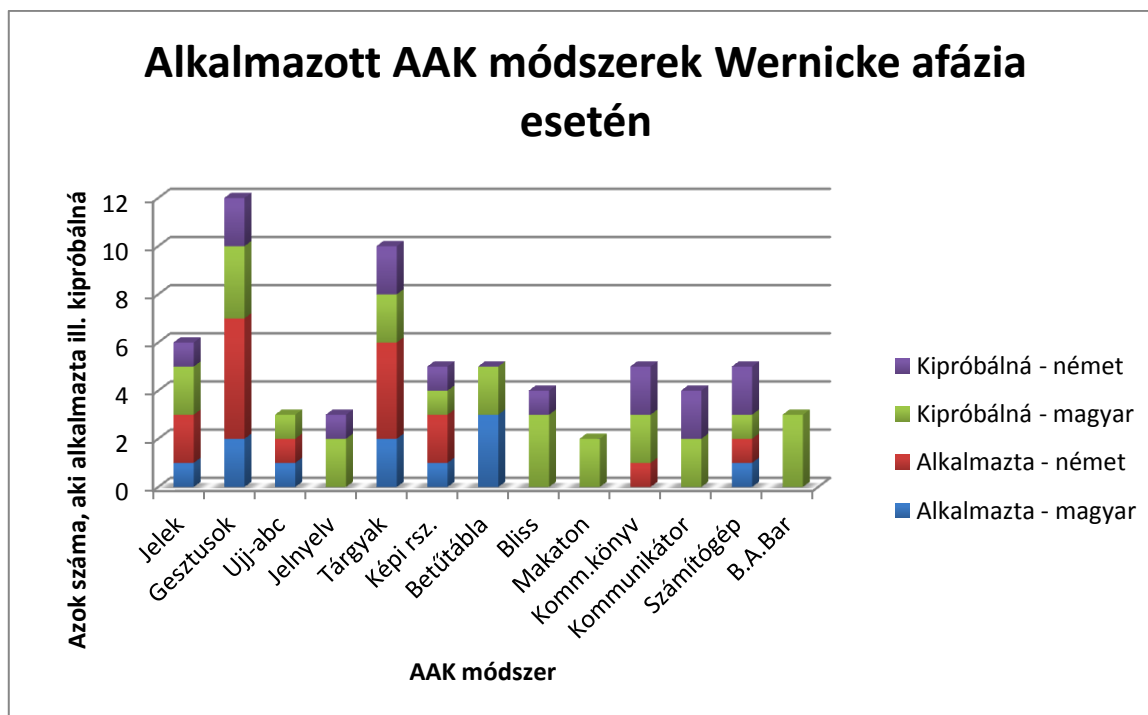
A vezetéses afázia esetén tehát a következő módszerek alkalmazása tűnik ésszerűnek: a tárgyak, a jelek és a gesztusok, a képi rendszerek, a betűtábla és a számítógép.



9. ábra: Alkalmazott AAK módszerek transzkortikális szenzoros afázia esetén

A legtöbben a tárgyakat választották 9, majd a jelek, a gesztusok és a képi rendszerek következnek 6-6, ezután a betűtábla, a kommunikációs könyv, a kommunikátor és a számítógép 5-5, utána jelnyelv 4, majd az ujj-abc, a Bliss 3-3, végül a Makaton és a B.A.Bar 2-2. Ha a tényleges alkalmazásokat nézzük, akkor a következőt látjuk: a gesztusok és a tárgyak 4-4, a jelek, a képi rendszerek, a betűtábla 3-3, a számítógép 2 és az ujj-abc, a kommunikációs könyv 1-1. A németek a jeleket, a gesztusokat, a tárgyakat és a képi rendszereket alkalmazták főként 2-2. A magyaroknál a betűtábla emelkedik ki a többi közül. A transzkortikális szenzoros esetében, ahol a beszédprodukció és az utánmondás viszonylag érintetlen, de a beszédértésben problémák mutatkoznak, komoly létjogosultsága lehet az AAK-nak méghozzá a beszédértés támogatása területén. Ezzel szemben a kérdőív tapasztalatai azt mutatják, hogy nem vagy alig alkalmaztak AAK-t a transzkortikális motoros afáziásoknál. Jeleket, gesztusokat, ujj-abct, tárgyakat, betűtáblát és számítógépet alkalmaztak, de az arányuk elenyésző. Ezt indokolhatja az, hogy a transzkortikális szenzoros afázia nem gyakori típus, ezért kevesebb tapasztalatuk van vele a logopédusoknak. Az adatokból látszik egy általános nyitottság és kísérletező kedv, hiszen mindegyik módszert szívesen kipróbálnák a logopédusok.

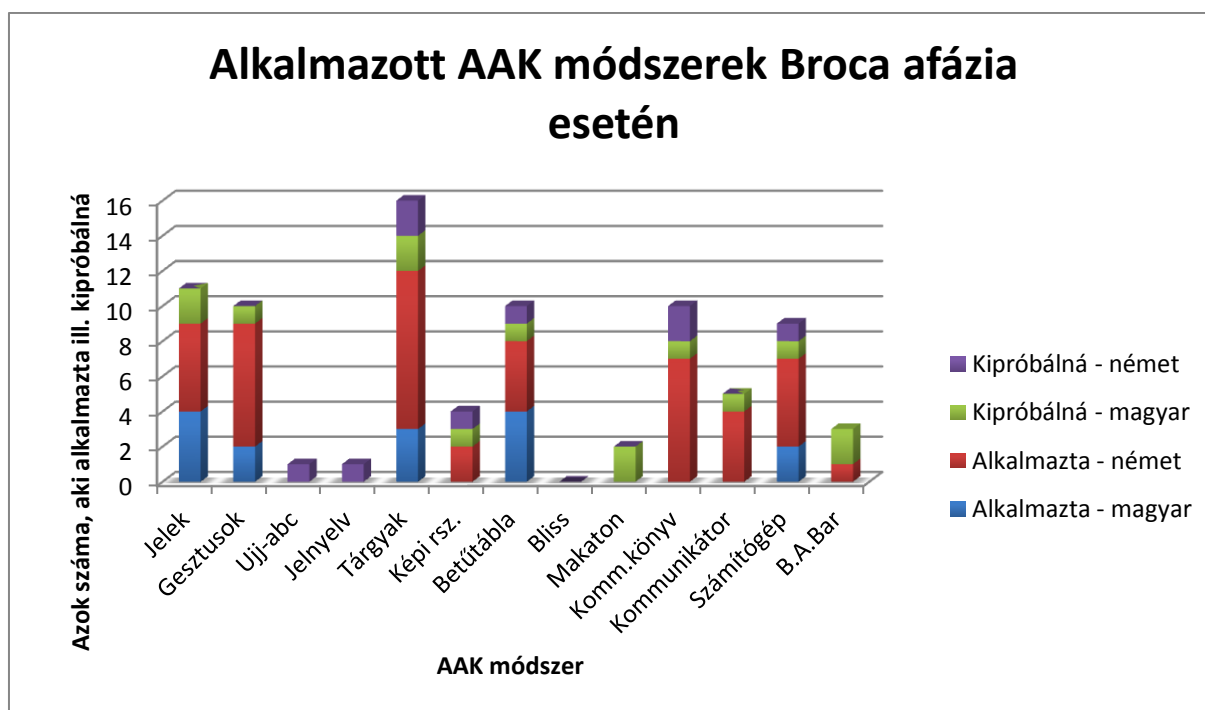
Mindenesetre a transzkortikális szenzoros esetében a jelek, a gesztusok, az ujj-abc, a tárgyak, a betűtábla és a számítógép tűnik ésszerű AAK módszernek.



10. ábra: Alkalmazott AAK módszerek Wernicke afázia esetén

Az utolsó fluens afáziatípus a Wernicke-afázia. Itt a legtöbben a gesztusokat jelölték meg 12, majd a tárgyakat 10, ezt követi jelentős lemaradással a jelek módszere 6, ezután a képi rendszerek, a betűtábla, a kommunikációs könyv és a számítógép 5-5, majd a Bliss és a kommunikátor 4-4, az ujj-abc, a jelnyelv és a B.A.Bar 3-3, legvégül a Makaton 2. Nézzük meg azt is, hogy ténylegesen hányan alkalmazták a módszereket. Legtöbben a gesztusokat 7, a tárgyakat 6, majd a jeleket, a képi rendszereket 3-3, az ujj-abc-t, a számítógépet 2-2, végül a kommunikációs könyvet 1. A német és magyar gyakorlatot összevetve azt látjuk, hogy a németek a tárgyakat és a betűtáblát alkalmazták, míg a magyarok a betűtáblát. A Wernicke gyakori típus, ezért jól ismert és sok tapasztalat fűződik hozzá. Ennek esetében a tünetek a fluens produkció leple alatt a beszédmegértés és az utánmondás zavara körül összpontosulnak. Habár a beszéd folyamatos, a beszédértés zavara miatt hiányzik belőle a kontroll, ezért sokszor értelmetlenné válik. A neologizmusok és halandzsa-nyelv miatt erősen nehezített a kommunikáció. Ezt lehet konkretizálni és AAK-val segíteni, hogy a beteg kommunikációja érthetőbbé váljon. A kérdőív válaszadói alkalmaztak jeleket, gesztusokat, ujj-abc-t, tárgyakat, képi rendszereket, betűtáblát és számítógépet. Ezek közül a jelek, gesztusok, képi rendszerek és a számítógépek segíthetik a konkretizálást és javítják a beszéd követhetőségét. A többi (ujj-abc, betűtábla) azonban a nyelvi modalitást váltja fel. A Wernicke afázias ember nyelvi nehézségei, pl. a neologizmusok itt ugyanúgy megjelenhetnek.

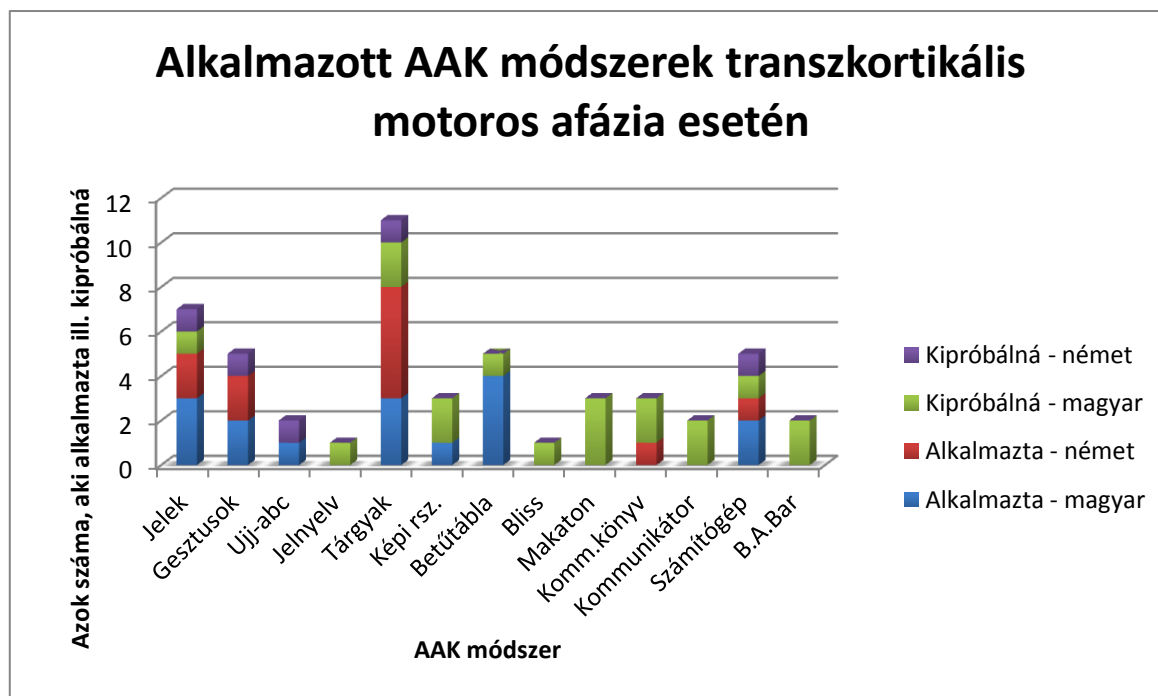
Az érdeklődést összesítve az alkalmazott és kipróbálandó válaszokat összeadva láthatjuk, hogy a jelek, gesztusok és tárgyak relevánsak a Wernicke esetében.



11. ábra: Alkalmazott AAK módszerek Broca afázia esetén

A fluens afáziák után rátérek a non-fluensekre. Az első a Broca-afázia, ami igen gyakori és ezért a Wernickehez hasonlóan sok tapasztalat kötődik hozzá. Itt a legtöbben a tárgyakat adták meg 16, ami igen magas szám az eddigiekhez képest. Ezt követik a jelek 11, majd a gesztusok, a betűtábla és a kommunikációs könyv 10-10, a számítógép 9, a kommunikátor 5, a képi rendszerek 4, a B.A.Bar 3, a Makaton 2, végül az ujj-abc és a jelnyelv 1-1. Ha csak a tényleges alkalmazást vesszük, akkor is magas értékeket tapasztalunk: a tárgyak 12, a jelek és a gesztusok 9-9, a betűtábla 8, a kommunikációs könyv és a számítógép 7-7, a kommunikátor 4, a képi rendszerek 2 és a B.A.Bar 1. Az országok szerinti bontást nézve a németeknél a tárgyak és a gesztusok emelkednek ki, 9, ill. 7. A magyaroknál a jelek és a betűtábla domináns, de számuk jóval kisebb, mint a németeknél, 4. A Broca jellemző a viszonylag jó utánmondás, a sérült produkció és a beszédértés zavara. A válaszok alapján azt látom, hogy itt sok dolgot kipróbáltak már, főként a német logopédusok, viszont a „kipróbálná” arány itt alacsony. Ebből az látszik, hogy a Broca esetében már letisztultak a tapasztalatok és kialakult, hogy mit érdemes ebben az esetben alkalmazni. Legtöbben tárgyakat használtak, majd jeleket, gesztusokat, betűtáblát, kommunikációs könyvet. Ezek az AAK-eszközök hatékonyan tudják segíteni a Broca-afáziás ember kommunikációját. A produkciót és a megértést előreviszi a kommunikáció elemeit megjelenítő jelek, gesztusok és a kommunikációs könyvbe rendezett képek, ábrák használata. A betűtábla abban az esetben előnyös, ha a grafikus modalitás érintetlen.

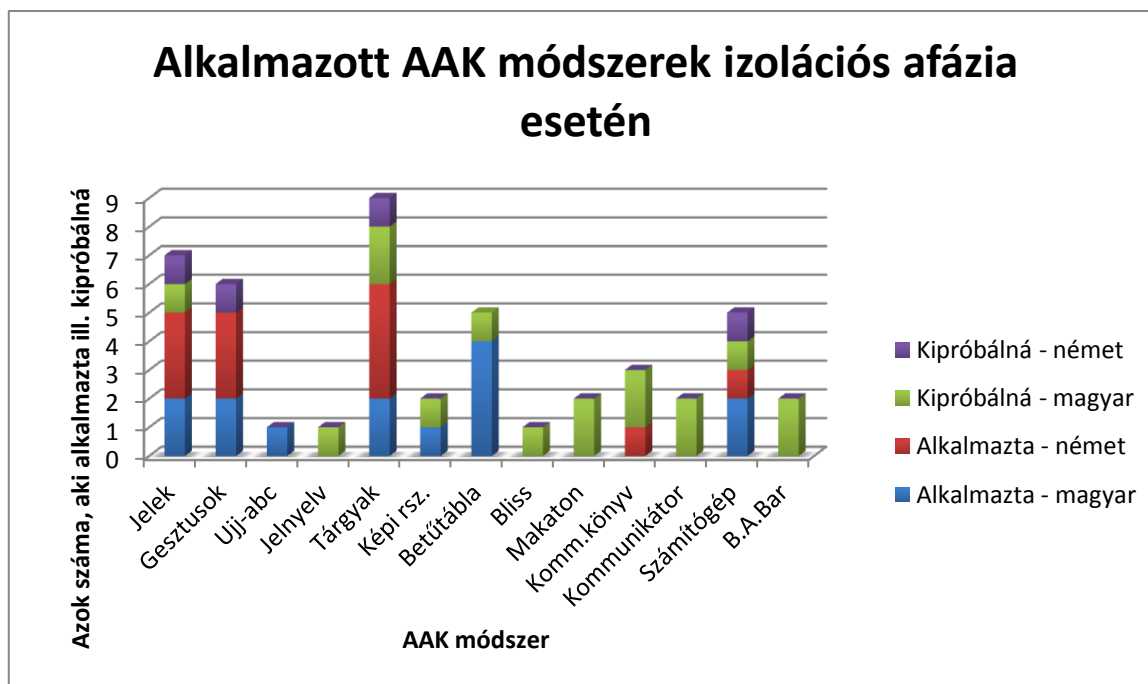
A Broca afázia esetében tehát az alkalmazandó AAK módszerek a tárgyak, a jelek, a gesztusok, a betűtábla, a kommunikációs könyv és a számítógép.



12. ábra: Alkalmazott AAK módszerek transzkortikális motoros afázia esetén

A transzkortikális motoros esetében a legtöbben a tárgyakat választották 11, majd a jeleket 7, a gesztusokat, a betűtáblát és a számítógépet 5-5, a képi rendszereket, a Makatont, a kommunikációs könyvet 3-3, az ujj-abc-t, a kommunikátort és a B.A.Bart 2-2, végül a jelnyelvet és a Blisst 1-1. Ha csak a tényleges alkalmazást vesszük, akkor már sokkal kisebb számokról beszélünk, legtöbben a tárgyakat alkalmazták 8, a jeleket 5, a gesztusokat és a betűtáblát 4-4, a számítógépet 3, végül az ujj-abc-t és a képi rendszereket 1-1. Ha a német és magyar válaszokat hasonlítom össze, akkor az látszik, hogy a németek főként tárgyakat alkalmaztak, míg a magyarok betűtáblát. A transzkortikális motoros afázia esetében a fő tünetek a beszédprodukció zavarában jelennek meg, a beszédértés és az utánmondás relatíve intakt. Ez az afázia típus azért szerencsés, mert a jó beszédértés remek alapot biztosít a kommunikációnak. Ha megadjuk a kellő eszközöket, akkor a beszédprodukció támogatására, ill. kiegészítésére szolgáló AAK eszközökkel jó teljesítményt érhetünk el. A már alkalmazott AAK-módszerek közül a jeleket, gesztusokat és tárgyakat használták többen. A magyarok legtöbben a betűtáblát használták. Ha a kipróbálási szándékokat is hozzáveszem, akkor a transzkortikális motoros afáziánál a jelek, gesztusok és tárgyak relevánsak.

A transzkortikális motoros esetében tehát a tárgyak, a jelek, a gesztusok, a betűtábla és a számítógép tűnik ésszerű AAK módszernek.

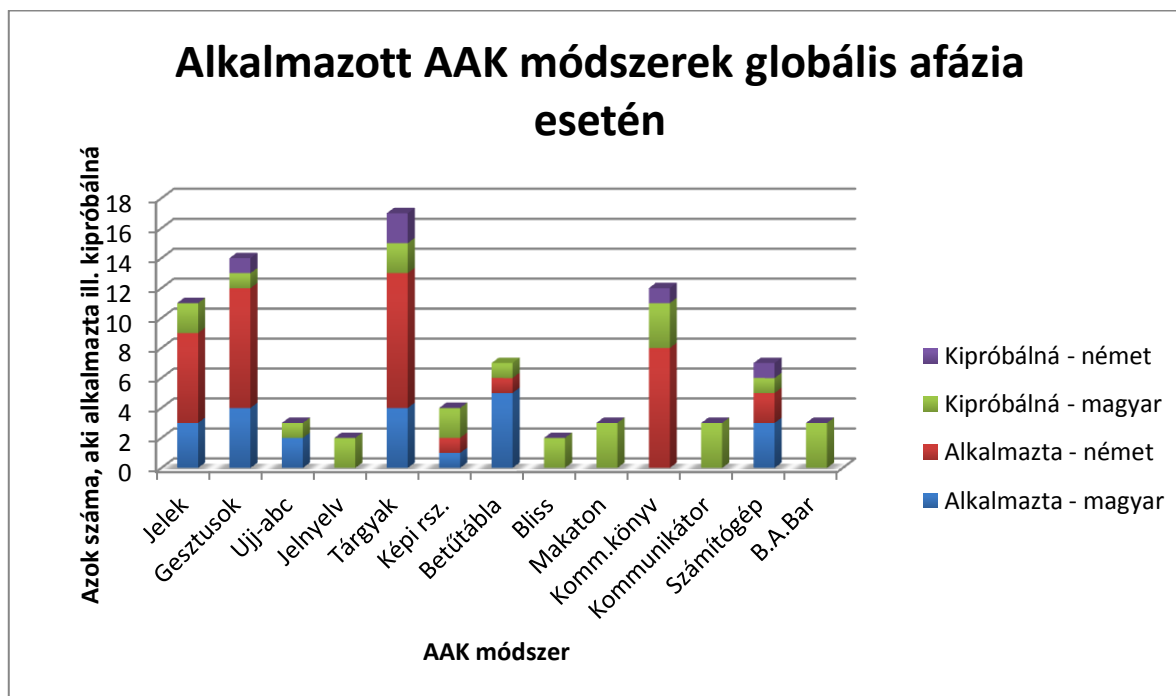


13. ábra: Alkalmazott AAK módszerek izolációs afázia esetén

A következő non-fluens afáziatípus az izolációs, másik nevén kevert transzkortikális. Itt legtöbbször a tárgyakat adták meg 9, majd a jeleket 7, a gesztusokat 6, a betűtáblát, a számítógépet 5-5, a kommunikációs könyvet 3, a képi rendszereket, a Makatont, a kommunikátort és a B.A.Bart 2-2, az ujj-abc-t, a jelnyelvet és a Blisst 1-1. Sok válasz ebből csak a jövőbeli kipróbálásra vonatkozik, ezért ezeket levonva is szemléljük meg az adatokat. Legtöbbször a tárgyakat alkalmazták 6, majd a jeleket, a gesztusokat 5-5, a betűtáblát 4, a számítógépet 3, az ujj-abc-t és a képi rendszereket 1-1. A német és magyar válaszokat külön vizsgálva azt láthatjuk, hogy a németek a jeleket, a gesztusokat és a tárgyakat alkalmazták főként, míg a magyarok a betűtáblát. Az izolációs esetében sem a produkció, sem a beszédértés nem funkcionál jól, ellenben az utánmondás mint egy izolált képesség megmaradtan működik. A hétköznapi életre vonatkoztatva az utánmondás nem sokat segít a kommunikációban, ezért fontos a kommunikáció alternatív útjainak keresése. Az izolációs nem tartozik a gyakori afáziatípusok közé, ezért valószínű, hogy kevés ilyen jellegű AAK-terápia áll rendelkezésünkre. Ezek alapján azonban a következő következtetéseket lehet levonni. Ennél a típusnál is a jelek, gesztusok és a tárgyak a legjelentősebbek. A többit nem alkalmazták eddig sokan, habár látszik a kipróbálási hajlandóság. Érdekes a német és magyar kitöltők eltérő viszonyulása. A németek csak azokat próbálnák ki, amiket mások már

alkalmaztak, míg a magyarok olyanokat is, amiket eddig nem alkalmaztak. Kérdés, hogy mi áll ennek a hátterében. Az, hogy a németek látják az utat, csak eddig nem volt ilyen betegük és ezért nem tudták kipróbálni az adott módszert? Vagy az, hogy a magyarok több dologban is lehetőséget látnak? Erre a kérdőív saját ismeretek értékeléséről szóló kérdésénél térek ki.

Visszatérve az alkalmazott módszerekre az izolációsnál a jelek, a gesztusok, a tárgyak és a betűtábla tekinthető ésszerű AAK módszernek.



14. ábra: Alkalmazott AAK módszerek globális afázia esetén

Az utolsó afázia típus a globális, ez szintén igen gyakori, pláne azért, mert sok afázia indul így és utána a spontán remisszió során szelídül Brocavá vagy más típusú. A krónikus fázisban globálisként fennmaradó afázia sokszor teljes kommunikációs gátat jelent, amit kötelességünk minden lehetséges eszközzel feloldani. Ezért játszanak itt kiemelten fontos szerepet az AAK-módszerek. Nézzük meg, hogy itt milyen válaszok születtek. Legtöbbször a tárgyakat választották 16, majd a gesztusokat 14, a kommunikációs könyvet 12, a jeleket 10, utána jelentősebb lemaradással a betűtáblát és a számítógépet 7-7, a képi rendszereket 4, az ujj-abc-t, a Makatont, a kommunikátort és a B.A.Bart 3-3, végül a jelnyelvet és a Blisszt 2-2. Ha kivonjuk ebből a kipróbálásra vonatkozó értékeket, akkor azt látjuk, hogy legtöbbször a tárgyakat írták be 12, majd a gesztusokat 11, a jeleket 9, a kommunikációs könyvet 8, utána következik a betűtábla 6, a számítógép 5, végül az ujj-abc és a képi rendszerek 2-2. Ha megkülönböztetjük a német és magyar logopédusok válaszait, látható válik, hogy a

németeknél jelentősek a jelek, a gesztusok, a tárgyak és a kommunikációs könyv, míg a magyaroknál a betűtáblát alkalmazták. A válaszok alapján látszik, hogy jeleket, gesztusokat, tárgyakat és kommunikációs könyvet sokan alkalmaztak. Főként a németeknél látjuk ezt, hiszen az ezt a kérdést megválaszoló 9 német logopédus közül mind alkalmazott már tárgyakat a globális afázia terápiájában. Felmerül bennünk a kérdés, hogy a magyar logopédusok miért csak négyen. Mivel nyilvánvaló, hogy egy expresszív és receptív oldalról egyaránt akadályozott emberrel csak külső segédanyagokkal, azokból is a legkonkrétabbakkal vagyis a tárgyakkal tudok elkezdni egy kommunikációs tréninget, ezért ezt a különbséget a németek előrehaladottabb ellátórendszerének tulajdonítom. A magyarok minden módszerre nyitottak, kipróbálnák őket. A németek ismét csak azokat próbálnák ki, amiket már eddig is alkalmaztak. Ez visszautal az izolációsnál felvetődő kérdésre, hogy ez jelent-e előrébb járást a szakmai gyakorlatban.

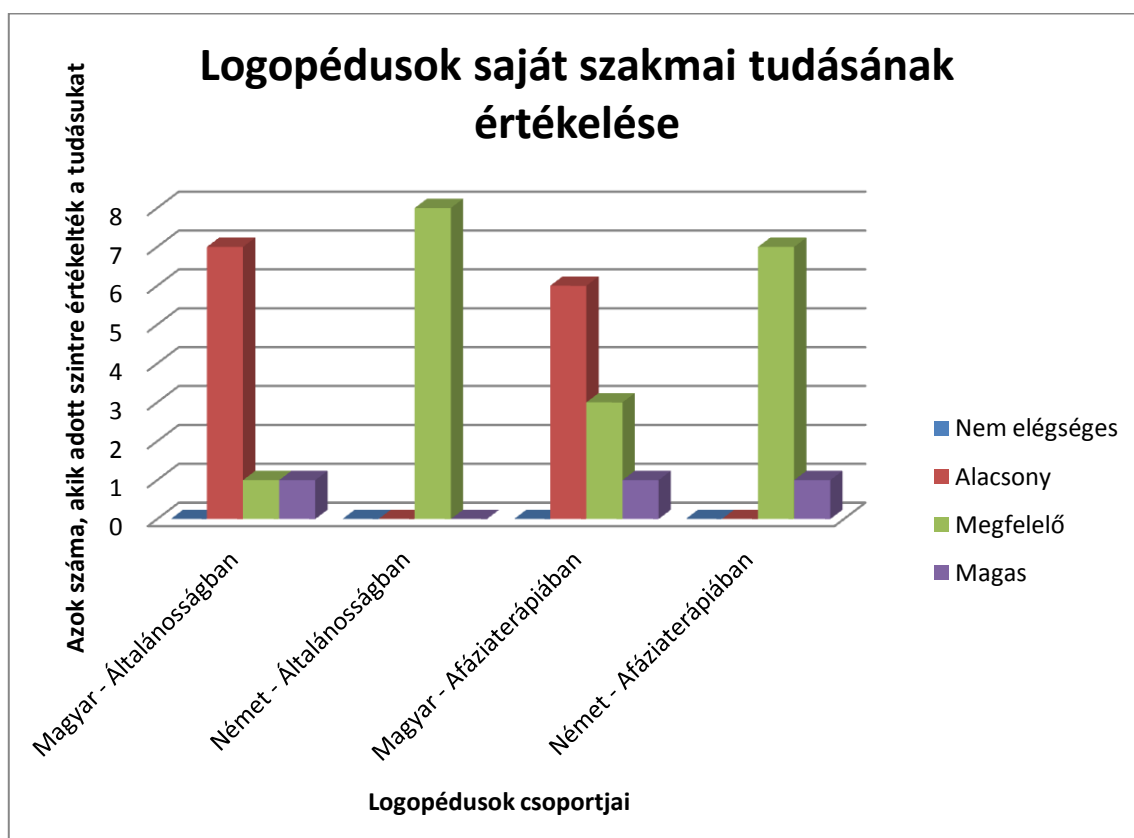
Profil	Közös	Magyar	Német
Anomikus	Jelek, gesztusok, tárgyak	Betűtábla	Számítógép
Vezetékes	Jelek, gesztusok, tárgyak	Betűtábla	Képi rendszerek
Transzkortikális szenzoros	Jelek, gesztusok, tárgyak	Betűtábla	Képi rendszerek
Wernicke	Jelek, gesztusok, tárgyak	Betűtábla	-
Broca	Jelek, gesztusok, tárgyak, betűtábla, számítógép	-	Képi rendszerek, kommunikációs könyv, kommunikátor
Transzkortikális motoros	Jelek, gesztusok, tárgyak, számítógép	Ujj-abc, képi rendszerek, betűtábla	Kommunikációs könyv
Izolációs/kevert	Jelek, gesztusok, tárgyak, számítógép	Ujj-abc, képi rendszerek, betűtábla	Kommunikációs könyv
Globális	Jelek, gesztusok, tárgyak, képi rendszerek., betűtábla, számítógép	Ujj-abc	Kommunikációs könyv

6. táblázat: Összefoglaló tábla az egyes profiloknál alkalmazott AAK módszerekről

Ha összefoglaló táblázatba rendezzük a 8 profilt, akkor ezeket az eredményeket látjuk. Általánosan az látszik, hogy mindegyik profilnál fontosak a jelek, a gesztusok és a tárgyak. A Brocanál ezt egészíti ki a betűtábla és a számítógép, a transzkortikálisnál és az izolációsnál csak a számítógép, a globálisnál a képi rendszerek, a betűtábla és a számítógép. A következő oszlopban az látható, hogy a magyarok és németek által is alkalmazott módszereken felül

miért alkalmaztak csak a magyarok. Az ujj-abc és a betűtábla kerül elő szinte az összes esetben, ami azért érdekes, mert mindkettő a modalitások helyettesítésére törekszik, nem hoz be új nyelvi rendszert. Hiszen a betűket mutatja meg táblán, ill. a kezein. Ehhez jönnek még hozzá a képi rendszerek, amik a transzkortikális motorosnál és a globálisnál jelennek meg. Az utolsó oszlopban az látható, hogy a közösen alkalmazott módszereken felül miket alkalmaztak csak a németek. A kommunikációs könyv nagyon jelentős, amit kiegészítenek a képi rendszerek, a számítógépek és a kommunikátorok. Látszik, hogy az alapvető módszereken kívül a magyar és a német gyakorlat jelentősen eltérő. Kérdés, hogy mi áll ennek hátterében. Azt gondolom, hogy a németek által alkalmazott módszerek szélesebb skálán mozognak, hiszen nem csupán a modalitást változtatják meg, hanem teljesen új rendszert hoznak be.

4.4. További kérdések



15. ábra: Logopédusok saját szakmai tudásának értékelése

Az ábrán azt látjuk, hogy az általános területen a magyarok alacsonynak ítélik az AAK tudásukat, míg a német megfelelőnek. Az afáziaterápia területén a magyarok javarészt alacsonynak tartják tudásukat, megjelenik még 3 megfelelőnek ítélt tudás és 1 magas is. A németek ezzel szemben megfelelőnek tartják saját AAK ismereteiket és 1 magasnak ítélt tudás is megjelenik. A saját ismeretek értékelésére vonatkozó kérdésre már utaltam korábban,

amikor az volt a felvetés, feltételezhetjük-e, hogy a német logopédusok szakmailag előrébb járnak, mint a magyarok. Ha bízhatunk abban, hogy a logopédusok reális önértékeléssel rendelkeznek, márpedig ez eléggé alapvető a szakmában, ráadásul nem fűződött érdekük ahhoz, hogy jobb színben tüntessék fel magukat, mint amilyen a tudásuk valójában, hiszen anonim volt a kérdőív, akkor ezeket az adatokat alapul vehetjük a szakmai tudás összehasonlítására. A magyar logopédusoknál a tudás alacsony megítélése jellemző, míg a németeknél a megfelelő. Ez igaz általánosan és speciálisan az afázia területére is. Azok, akik magasnak ítélik saját tudásuk szintjét, azoknak száma kicsi. Ez alapján arra következtethetünk, hogy a német logopédusok valóban több szakmai ismeretekkel rendelkeznek az AAK területén.

A következő kérdésben azt vizsgáltam, hogy a logopédusok szerint egyes tényezők milyen irányban hatnak az AAK afáziaterápiában történő terjedésére. A kérdésre 8 német és 8 magyar logopédus adott választ. Ezek alapján 5 megállapítást vonok le.

1) A logopédusképzésben elérhető AAK kurzusok száma pozitívan befolyásolja az AAK terjedését az afáziaterápiában.	
2) A továbbképzésben elérhető AAK kurzusok szintén pozitív hatással vannak a folyamatra.	
3) A logopédiai ellátás finanszírozása is pozitívan hat rá.	
4) Az ellátást biztosító intézmények szemlélete pozitív hatással bír.	
5) A magyar logopédusok szerint az intézményekben elérhető AAK eszközök száma pozitívan hat, míg a német terapeuták szerint semleges a hatása.	

16. ábra: Az AAK terjedésére ható tényezők

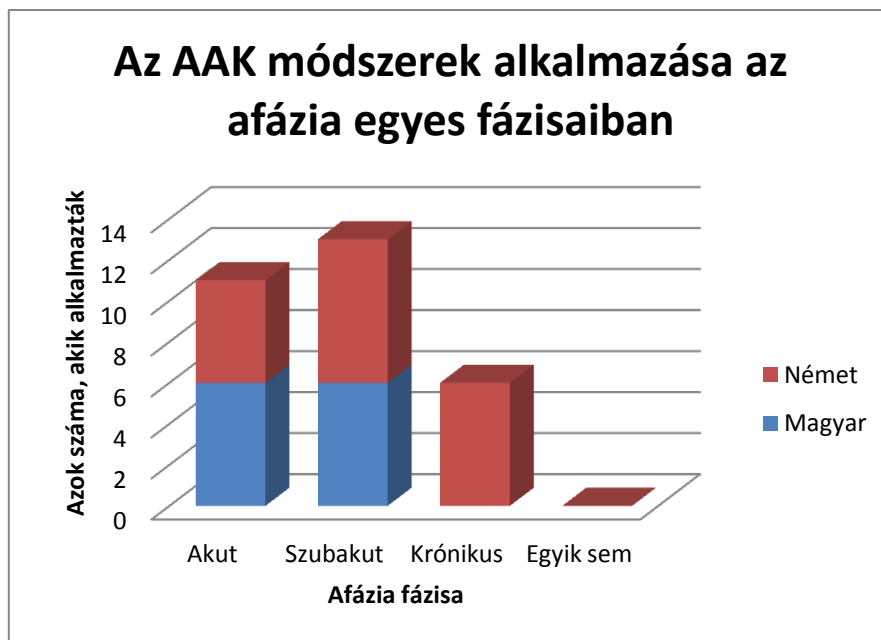
Ezek az állítások jellemzik a válaszadókat összességében. Az utolsó állításban megjelenő eltérést azzal magyarázom, hogy Németországban több az elérhető eszköz, ezért nekik ennek nincs fontos hatása, semlegesnek tekintik. Lehetőséget adtam még további tényezők megnevezésére, ahol egy-egy embernek a válaszai alapján újra előjött a finanszírozás kérdése. A német esetben különösen nehézkes, hogy az egészségpénztár vállalja az AAK eszköz költségét. Negatív hatásként említik a félelmet az ismeretlentől. Pozitív hatásúnak tartják a további tájékoztatást, a reménykedést a szemléletváltásban, a beteg és környezetének motivációját és a munkahelyen elérhető AAK eszközök számát. Ezzel a kérdéssel az volt a

célom, hogy lássam, milyen úton lehet előmozdítani az AAK ilyen terű terjedését. Hiszen nem elég, ha ez a tanulmány feltárja az AAK eszközök hasznosságát afáziások számára. Célszerű és kívánatos, hogy útmutatást és támpontokat adjon arra nézve, hogy ezt hogyan lehet a gyakorlatban előmozdítani. Ezek a pozitív tényezők biztosítják az utat a terjedés elősegítésére.

Arra is kíváncsi voltam, hogy a jelenlegi képzés milyen lehetőségeket teremt az AAK ismeretek elsajátítására. Külön kérdést tettem fel a képzésre és a továbbképzésre vonatkozóan. A magyarok közül rendkívül kevesen adtak választ erre a kérdésre, akik mégis válaszoltak, azok azt írják le, hogy keveset vagy semmit nem hallottak az AAK-ról a képzésük során. Egy kitöltő említette, hogy az egyetemi képzésben hallott erről. A németeknél viszont egész más képet látunk. Itt konkrét módszereket említenek: kommunikációs könyv, betűtábla, képek, szimbólumok, kommunikátorok, jelnyelv, és ami nagyon fontos: az egyes eszközök zavarspecifikus használata. Ezek alapképzésben és továbbképzésben egyaránt megjelentek. Egyedül egy kitöltő számolt be arról, hogy nem tanult az AAK-ról alapképzésben, viszont ő is végzett továbbképzést a kommunikátorokról. Látható tehát, hogy jelentős különbség van a német és a magyar képzés között. A németeknél sokkal több az AAK-ismeret, ami nyilvánvalóan hozzájárul a két ország közötti AAK-tudásban és AAK alkalmazásában megjelenő eltéréshez.

A következő kérdéssel a logopédusok attitűdjét vizsgáltam. A kérdésre 17 válasz érkezett a kitöltőktől. Egyértelműen látszik, hogy pozitívan viszonyulnak az AAK afázias használatához. A legtöbben ezzel értettek egyet: „Hiszem, hogy az AAK fontos szerepet játszik az afáziások kezelésében.” A németek közül volt egy kitöltő, aki negatív viszonyulást fogalmazott meg. Ketten voltak azonban, akik az alkalmazás betegspecifikusságát emelték ki. Egy kitöltő írta, hogy tapasztalatai szerint a betegek mindenképpen a hangzó beszédre törekednek, nem kedvelik az AAK eszközöket és inkább nem beszélnek egyáltalán.

„Hiszem, hogy az AAK fontos szerepet játszik az afáziások kezelésében.”



17. ábra: Az AAK módszerek alkalmazása az afázia egyes szakaszaiban

Fontosnak tartottam elkülöníteni az AAK alkalmazását az afázia fázisait tekintve. Ezért külön megkérdeztem, hogy melyik fázisban látják értelmét. A kérdésre 17 választ kaptam, 9 magyar és 8 német logopédustól. Az akut fázisban, ami közvetlenül az esemény utáni időszak, 17-ből 12-en alkalmaznának AAK-t. A szubakut fázisban, ami 50 nappal, tehát kb. 7 héttel a sérülés után jelenti, 13-an alkalmaznák. Ez a legtöbbet megjelölt fázis. A krónikusban a magyarok egyáltalán nem alkalmaznának AAK-t, a németek viszont a 8 válaszadóból 6-an. A fázisok között az a különbség, hogy az akut fázisban még erőteljes a természetes regenerálódás, majd a szubakutban lassul ez a folyamat, a krónikusban pedig beáll és stagnálni kezd. A németek lényegében minden szakaszban jónak tartják az AAK alkalmazását. Érdekes, hogy a magyarok a krónikusban nem, hiszen ott jut el a terápia arra a pontra, amikor a nyelvi terápia már nem képes új célokat kitűzni és érdemes legkésőbb ilyenkor az alternatív módszer bevezetése.

Ehhez a kérdéshez tartozik a következő, mely az előzőleg adott válasz háttérére kérdez rá. Nagyon érdekes válaszokat kaptam, ezeket szeretném összefoglalni.

Negatív válaszok:

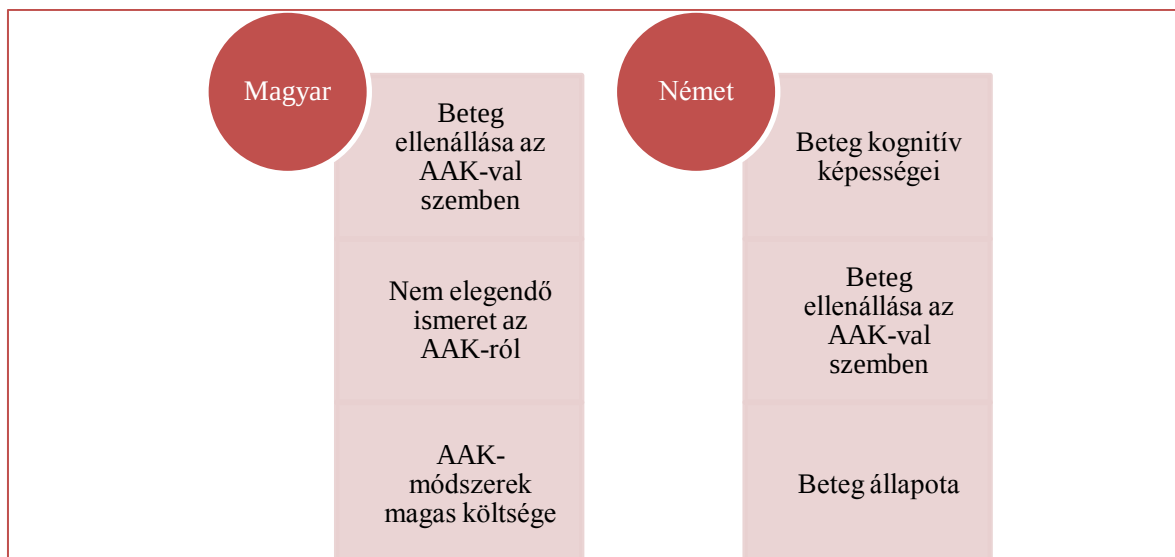
- Az AAK korai bevezetése csökkenti a verbális megnyilatkozás motivációját
- Csak akkor, ha már nem történik előrelépés és nem marad más választás

Pozitív válaszok:

- Az AAK segítheti a kezdeti lépéseket, felkelti a kommunikációs kedvet
- Közvetlenül a sérülés után hasznosak az AAK eszközök a hozzátartozókkal való kommunikációra
- AAK jó a foglalkozások színesítésére és az önállóságra nevelésre
- Az AAK pozitív hatással van a sérült nyelvi deficitekre, a terápiás folyamat része
- Motivációt jelent, áthidalja a beteg igényei és lehetőségei közötti szakadékot
- Ha a beteg tud kommunikálni az AAK-val, akkor az megemeli az életminőségét
- Minél korábban bevonjuk az AAK-t, annál hamarabb létrejön a hétköznapi élet alapvető kommunikációja
- AAK nem kell, hogy helyettesítse a verbális kommunikációt, hanem ezeket támogatnia kell és megóvni a beteget az elszigetelődéstől

18. ábra: Az AAK alkalmazásának ill. nem alkalmazásának háttére

Láthatjuk, hogy alapvetően pozitív az AAK-hoz való hozzáállás, mégis előkerül az is, hogy a verbális kommunikációra kell törekedni és az AAK használata csökkenti ennek motivációját. Ez tipikus érv az AAK alkalmazása ellen, de rendkívül egyszerűen cáfolható. Egyik AAK módszer sem tudja minőségben azt nyújtani, amit a hagyományos beszéd, hiszen vagy szókincsében, vagy tempójában, vagy más vonatkozásában elmarad a beszédétől. Ezért a betegnek mindig ott lesz a motivációja, ha van reális esélye a beszéd újra-elsajátítására.



19. ábra: Az AAK alkalmazása ellen szóló tényezők

Mivel minden éremnek két oldala van, mindenképpen szerettem volna, hogy a kérdőívből kiderüljenek azok a tényezők, kvázi „piros lámpák”, amik az AAK afáziás alkalmazása ellen szólnak. A lehetséges előre megadott tényezők közül kellett hármat kiválasztani ill. új tényezőket megnevezni. A magyar kitöltők között az első három tényező a következő volt: beteg ellenállása az AAK-val szemben; nem elegendő ismeret az AAK-ról; AAK-módszerek magas költsége. A német terapeuták válaszaik alapján nekik a beteg kognitív képességei, szintén a beteg ellenállása az AAK-val szemben ill. a beteg állapota minősíti kedvezőtlennek az AAK alkalmazását. Ebből az látszik számomra, hogy a magyarok esetében az akadály oka inkább az ellátásban keresendő: a terapeuták kevés ismerettel rendelkeznek és nálunk drágának számítanak ezek az eszközök. E mellett megjelenik az a szemlélet, hogy a betegnek önrendelkezése van, és ha ellenáll, akkor nem dolgozunk vele AAK-val. A németeknél szakmaibb okok vezetnek a döntéshez. A három legfontosabb a beteg körül forog: hajlandósága, állapota és kognitív képességei. Ez az, ami nagyon fontos, mert nem fogják erőltetni az AAK-t, ha a beteg kognitíve nem képes elsajátítani az eszköz használatát, pl. nem tudja pontosan észlelni a képeket, nem tudja megjegyezni a gesztusokat vagy az emlékezete annyira sérült, hogy elfelejti, amit előző nap megtanult.

A kérdőív utolsó kérdése lehetőséget adott a kitöltőknek, hogy leírják, milyennek látják az AAK jövőjét az afáziaterápiában. Különböző érdekes, rövid válaszok születtek:

- Csak súlyos dizartriánál és beszédapraxiánál van értelme az AAK-nak
- A hétköznapi kommunikáció javításában fontos szerepet játszik
- A magas költségek miatt csak speciális esetekben kerül alkalmazásra
- Az AAK-t már egészen korai stádiumban be lehetne vezetni, de korlátozzák a kognitív képességek vagy az apraxia
- Növekvő szerepe van, de hátránya, hogy a személyes terapeuta-beteg kapcsolat csökken miatta
- Fontos szerepet játszanak, részben alternatíva nélküliek és gyorsan alkalmazhatóak
- Lehetővé teszi a kommunikációt, ami kihat a verbális, expresszív teljesítményekre, viszont arra kell vigyázni, hogy a terápia a verbális kommunikációt ne helyettesítse, hanem támogassa és elősegítse
- Amint az intézmények olcsóbban hozzáférnek az eszközökhöz, sikeresen lehet majd őket alkalmazni
- Kisegítő, kommunikációt megindító szerepe lehet, a rehabilitáció része kellene, hogy legyen
- Mivel az afáziás betegek száma minden bizonnyal emelkedni fog, ellátásukhoz, rehabilitációjukhoz minden segítséget meg kell(ene) adnunk
- Ha szélesebb körben elterjedne a szakemberek körében, jobb eredménye lenne a terápiának

20. ábra: Az AAK jövője az afázia tükrében

Látható, hogy pozitív és növekvő szerepet látnak az AAK afáziás alkalmazása számára. Egy válasz volt, mely egyértelműen elutasította az afáziaterápiás felhasználást, a többi viszont amellet, hogy felhívta a figyelmet a hátrányokra, veszélyekre kedvezően tekint előre.

5. Következtetések, jövőbeli lehetőségek

A dolgozat során azt akartam megtudni, hogy milyen lehetőségeink vannak az AAK afáziaterápiában történő alkalmazásában. Megtutunk sok dolgot erről a kérdésről. Megismertük külön az AAK-t és az afáziát, majd e két terület kapcsolódási lehetőségeit. A nemzetközi szakirodalom alapján azt láttuk, hogy az AAK afáziaterápiában való alkalmazásának nemcsak, hogy létjogosultsága van, hanem egyre terjedő gyakorlatnak látszik, és sok kutatás foglalkozik vele. Az is bemutatásra került, hogy milyen afáziafajtahoz milyen AAK-módszert érdemes alkalmazni, tehát egészen konkrét segítség van a kezünkben. A kérdőív alapján kiderült, hogy Németországban az afáziasok ellátása előrébb jár, mint hazánkban és láttuk azt is, hogy ott is része ennek az AAK. Beigazolódott a hipotézisem, hogy a finansziális hátrány befolyásolja az AAK magyar használatát. Annak okait keresve, hogy Magyarországon miért nem elterjedt az AAK az afáziaterápiában több választ is kaptam, nem lehet egy jelenséget egyértelműen okként megnevezni.

Magyarországon az afáziasok kezelése zavarosan működik, továbbá az is jelentős, hogy az AAK nem kap nagy hangsúlyt a logopédusképzésben, ezért a szakemberek nem rendelkeznek a szükséges ismeretekkel. A helyzetet továbbviszi a kedvezőtlen finanszírozási háttér, mely hátráltatja az AAK alkalmazását. Mindezt egybevetve azt látom, hogy szükséges a szakma figyelmét felhívni az AAK afáziasok számára nyújtotta lehetőségekre. Szükség lenne az AAK-ismeretanyag képzésben történő fokozására, fejlesztésére, továbbképzésekre. További kutatásoknak, tanulmányoknak kellene születniük a témában. Mindenképpen szükséges, hogy az AAK-t felhasználjuk ezen a területen is, mivel az életminőség és hétköznapi kommunikáció javítására remek lehetőségeket rejt.

Vannak még nyitott kérdések, további kutatások szükségesek a témában, hogy többet tudjunk meg az egyes eszközök alkalmazásáról. Az is fontos, hogy magyar nyelvű kutatásokon keresztül és magyar nyelvű szoftverfejlesztéssel a főként angol nyelvű eszközöket meghonosítsuk itthon. Érdemes lenne azt is tovább kutatni, hogy milyen kognitív és szociális tényezők mellett alkalmas a beteg az AAK alkalmazására.

Bízom abban, hogy a dolgozatom ezen folyamat elősegítésében szerepet játszhat, mert személyesen is fontosnak tartom ezen kiaknázatlan lehetőségek feltárását. Remélem, hogy már a kérdőív elgondolkozásra készítette azokat a logopédusokat, akikhez eljutott és a TDK-munka további olvasói megpróbálják majd az itt feltárt ismereteket átültetni a gyakorlatba.

Irodalomjegyzék

- Axistive.com. (2007.06.24.): *B.A.Bar for Reading Barcodes* <http://www.axistive.com/b-a-bar-for-reading-barcodes.html>, letöltve: 2012. aug. 2.
- Bahr, E. (2008): Light Technology Augmentative Communication for Acute Care and Rehab Settings. In: *Topics in Stroke Rehabilitation*. 15. évf. 4. sz. p. 384-390.
- Balandin, S., Iacono, T. (1998): AAC and Australian Speech Pathologists: Report on a National Survey. In: *Augmentative and Alternative Communication*. 14. évf. 4. sz. p. 239-249.
- Bauer, Angelika; Auer, Peter (2009): *Aphasie im Alltag*. Georg Thieme, Stuttgart.
- Beck, A. R., Fritz, H. (1998): Can People Who Have Aphasia Learn Iconic Codes? In: *Augmentative and Alternative Communication*. 14. évf. 3. sz. p. 184-196.
- Corwin, M. (2011): Efficacy of no-technology-based AAC intervention approaches In: Koul, Rajinder (2011) (szerk.): *Augmentative and alternative communication for adults with aphasia*. Emerald Group, Egyesült Királyság. p. 79-92.
- Crystal, David (2003): *A nyelv enciklopédiája*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Demoszthenesz.hu (2012): *Logopéduskereső*. <http://demoszthenesz.hu/logopedus-kereso>, letöltve: 2012. aug. 5.
- Erdélyi Andrea (2001): *Nézd a kezem! Egyszerű gesztusjelek gyűjteménye nem beszélő emberekkel való kommunikációhoz*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
- Erdélyi Andrea (2009): *A gesztusnyelv kommunikációelméleti alapjai*. Eötvös Kiadó, Budapest.
- Garret, K. L., Beukelmann, D. R. és Low-Morrow, D. (1989): A Comprehensive Augmentative Communication System for an Adult with Broca's Aphasia. In: *Augmentative and Alternative Communication*. 5. évf. 1. sz. p. 55-61.
- Ho et al. (2005): The effect of Remnant and Pictographic Books on the Communicative Interaction of Individuals with Global Aphasia. In: *Augmentative and Alternative Communication*. 21. évf. 3. sz. p. 218-232.

Johannsen-Horbach, H. et al (1985): Treatment of Chronic Global Aphasia with a Nonverbal Communication System. In: *Brain and Language*. 24. évf. p. 74-82.

Kálmán Zsófia (1989): *Kommunikáció Bliss-nyelven*. Bliss Alapítvány. Budapest.

Kálmán Zsófia (1997): Augmentatív és alternatív kommunikáció – szócikk. Báthory Zoltán – Falus Iván (főszerk.): *Pedagógiai Lexikon*, I. Kötet. Keraban Könyvkiadó, Budapest.

Kálmán Zsófia (2006): *Mással-hangzók... Az alternatív és augmentatív kommunikáció alapjai*. Bliss Alapítvány, Budapest.

King, J. M., és Hux, K. (1995): Intervention Using Talking Word Processing Software: An Aphasia Case Study. In: *Augmentative and Alternative Communication*. 11. évf. 3. sz. p. 187-192.

Kirshner, Howard (2009): *Aphasia*. eMedicine. Feltöltés: 2009. július 17., letöltés: 2011. március 5. <http://emedicine.medscape.com/article/1135944-overview>

Koul, R.K., Harding, R. (1998): Identification and Production of Graphic Symbols by Individuals with Aphasia: Efficacy of a Software Application. In: *Augmentative and Alternative Communication*. 14. évf. 1. sz. p. 11-24.

Koul, Rajinder (2011) (szerk.): *Augmentative and alternative communication for adults with aphasia*. Emerald Group, Egyesült Királyság.

Lasker, J. Et al (1997): Variations on the Written Choice Communication Strategy for Individuals with Severe Aphasia. In: *Augmentative and Alternative Communication*. 13. évf. 2. sz. p. 108-116.

Lingraphica.com (2012): *Products for Aphasia*. <http://www.aphasia.com/products>, letöltve: 2012. aug. 5.

Mayer-johnson.com (2012): *C Speak Aphasia*. <http://www.mayer-johnson.com/c-speak-aphasia>, letöltve: 2012. aug. 5.

Origo.hu (2010.03.31): *Évente 42 ezer magyar kerül kórházba stroke miatt*. <http://www.origo.hu/archivum/20100331-evente-42-ezer-magyar-kerul-korhazba-stroke-miatt.html>, letöltve: 2012. aug. 5.

Osmánné Sági Judit (1991): Az aphasia klasszifikációja és diagnosztikája II. Az aphasia egyes kategóriáinak jellemzői. In: *Ideggyógyászati Szemle*. 44. sz. 351-362.

Russel, A. és McAllister, S. (1995): Use of AAC by Individuals with Acquired Neurologic Communication Disabilities: Results of an Australian Survey. In: *Alternative and Augmentative Communication*. 11. évf. 3. sz. p. 138-146.

Sutherland, D. E., Gillon, G. G., Yoder, D. E. (2005): AAC Use and Service Provision: A Survey of New Zealand Speech-Language Therapists. In: *Augmentative and Alternative Communication*. 21. évf. 4. sz. p. 295-307.

Szentkúti-Kiss Katalin (2010): A verbális kommunikáció zavarai felnőttkori, szerzett agysérülés következtében. In: Vekerdy-Nagy Zsuzsanna (szerk.): *Rehabilitációs orvoslás*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, p. 412- 419.

Touchspeak.co.uk (2012): *Welcome to TouchSpeak a leader in high-tech assistive technology*. Letöltve: 2012. aug. 5. <http://www.touchspeak.co.uk/>

Van de Sandt-Koenderman, W. M. E. (2011): Aphasia rehabilitation and the role of computer technology: Can we keep up with modern times? In: *International Journal of Speech-Language Pathology*. 13. évf. 1. sz. p. 21-27.

Wehmeyer, Meike; Grötzbach, Holger (2010): *Aphasie – Wege aus dem Sprachdschungel*. 4. kiadás. Springer, Heidelberg.

Yanak, K, Light, J. (1992): Use of Augmentative Communication With Persons With Brocas's Aphasia: A Case Study. In: *National Student Speech Language Hearing Association Journal*. 19. évf. p. 27-34.

Ábrajegyzék

1. ábra: Kitöltők munkahelyi eloszlása.....	19
2. ábra: Logopédiai szakmai tapasztalatot számszerűsítő adatok.....	20
3. ábra: Az afáziaprofilok gyakorisága a terápiában.....	21
4. ábra: Általános terápiában alkalmazott módszerek száma módszerenként	22
5. ábra: Afáziaterápiában alkalmazott módszerek száma módszerenként	22
6. ábra: AAK módszerek eddigi alkalmazása	23
7. ábra: Alkalmazott AAK módszerek anomikus afázia esetén	24
8. ábra: Alkalmazott AAK módszerek vezetékes afázia esetén.....	25
9. ábra: Alkalmazott AAK módszerek transzkortikális szenzoros afázia esetén.....	26
10. ábra: Alkalmazott AAK módszerek Wernicke afázia esetén	27
11. ábra: Alkalmazott AAK módszerek Broca afázia esetén	29
12. ábra: Alkalmazott AAK módszerek transzkortikális motoros afázia esetén	30
13. ábra: Alkalmazott AAK módszerek izolációs afázia esetén.....	31
14. ábra: Alkalmazott AAK módszerek globális afázia esetén	32
15. ábra: Logopédusok saját szakmai tudásának értékelése.....	34
16. ábra: Az AAK terjedésére ható tényezők.....	35
17. ábra: Az AAK módszerek alkalmazása az afázia egyes szakaszaiban	37
18. ábra: Az AAK alkalmazásának ill. nem alkalmazásának háttere	38
19. ábra: Az AAK alkalmazása ellen szóló tényezők	39
20. ábra: Az AAK jövője az afázia tükrében	40

Táblázatjegyzék

1. táblázat: Az afázia különböző okainak előfordulási gyakorisága	8
2. táblázat: Az afáziaprofilok jellemzői a fluencia, megértés és utánmondás szempontjából	9
3. táblázat: Az egyes afáziaprofilok kifutása a szubakut stádiumban, 4 ill. 7 hónap után	12
4. táblázat: A magas technológia igényű AAK eszközök afáziaterápiás tapasztalatainak összefoglalása	15
5. táblázat: Az alacsony technológia igényű AAK eszközök afáziaterápiás tapasztalatainak összefoglalása.....	16
6. táblázat: Összefoglaló tábla az egyes profiloknál alkalmazott AAK módszerekről	33