



Logopædisk genoptræning og rehabilitering af afasiramte personer

Jensen, Lise Randrup; Thyrsted, Trine

Published in:
Apopleksi : medlemsblad

DOI:
http://www.dsfa.dk/Dokumenter/Artikler/2008-2/Logopaediskgenop2008_2.pdf

Publication date:
2008

Document version
Også kaldet Forlagets PDF

Citation for published version (APA):
Jensen, L. R., & Thyrsted, T. (2008). Logopædisk genoptræning og rehabilitering af afasiramte personer. *Apopleksi : medlemsblad*, (2), 20-22. https://doi.org/http://www.dsfa.dk/Dokumenter/Artikler/2008-2/Logopaediskgenop2008_2.pdf

V/ Logopæd, Ph.D Lise Randrup Jensen og
Audiologopæd Trine Thyrsted
Center for Hjerneskade

Omkring 38% af patienter med apopleksi er ramt af afasi - helt eller delvist tab af sprogfunktionen (1). I de første uger og måneder efter apopleksien ses som regel en spontan bedring af sprogfunktionen, men når den klinger af, må patienten leve videre med kroniske symptomer. Logopædisk undervisning tilbydes for at hjælpe den afasiramte person til at kompensere så godt som muligt for sine vanskeligheder. En apopleksipatient med moderat til svær afasi vil ofte modtage undervisning igennem en længere periode. Den logopædiske indsats kan rettes mod følgerne af afasien på meget forskellige måder.

I de senere år er WHO's model for International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand (ICF-modellen) (2) blevet tænkt mere systematisk ind i den logopædiske tilgang til afasi med hensyn til såvel undersøgelse og genoptræning som til rehabilitering. Når ICF-modellen anvendes på afasi, ser man på følgerne af afasien på følgende niveauer og inddrager følgende faktorer:

- **Kropsligt niveau:** evnen til at producere og/eller forstå talt eller skrevet sprog
- **Aktivitetsniveau:** evnen til at indgå i hverdagsaktiviteter, der kræver kommunikative færdigheder, som at samtale med sin partner, at kunne læse et brev fra kommunen, at kunne gå på posthuset og betale en regning
- **Deltagelsesniveau:** evnen til at indgå i et aktivt samfunds- og fritidsliv, for eksempel at kunne have et arbejde, at kunne gå til forældremøde, at være aktiv i en boligforening
- **Omgivelsesfaktorer:** faktorer, som fremmer eller hæmmer den afasiramte persons funktion på de tre ovenstående niveauer, eksempelvis den pårørendes evne til at tilpasse sin kommunikation til den afasiramte person, hjælpemidler, som er til rådighed, indstilling til og viden om afasi i personens sociale netværk
- **Personlige faktorer:** social baggrund, personens coping-stil, stemningsleje, erkendelse, motivation

og disse faktorerers påvirkning af evnen til at kunne samarbejde om træning af funktionsvanskelighederne, til at kunne kompensere for dem og til at kunne tilpasse sig den nye livssituation

ICF-modellen har været medvirkende til at forskellige indsatsområder og prioriteringer kan tydeliggøres i den logopædiske tilgang til afasi. Denne artikel giver et overblik over, hvordan logopæden kan sætte ind med interventionsformer, der knytter sig til de forskellige ICF-niveauer. Nogle af disse tiltag er også relevante i den tidlige (sub)akutte fase efter apopleksien, men her fokuseres på den kroniske fase af afasien.

Kropsligt niveau: forbedring af sprogfunktionen

At arbejde på kropsligt niveau vil sige, at arbejde på forbedring af selve sprogfunktionen gennem opgaver, som træner specifikke sproglige færdigheder, som artikulation, ordmobilisering, sætningskonstruktion eller forståelse af ord eller grammatiske enheder. Opgaverne tilrettelægges, så de udfordrer den afasiramte patient på et passende niveau og udnytter intakte sproglige funktioner til at aktivere/stimulere skadede funktioner eller til at reorganisere og genopbygge dem. Sproget kommer sjældent fuldt tilbage, men forbedringer kan have stor social betydning for et menneske med alvorlige kommunikationsvanskeligheder.

Den videnskabelige dokumentation for effekten af denne form for træning er blevet styrket i de senere år, når det drejer sig om apopleksipatienter med kronisk afasi. Sproglig træning synes at have effekt, når den er intensiv med hensyn til mængde og hyppighed. Det er vist i en meta-undersøgelse (3), at undersøgelser, hvor der blev givet træning gennemsnitligt 8,8 timer om ugen i mindst 11 uger, viste effekt, mens der i undersøgelser, hvor der gennemsnitligt blev givet to timers træning om ugen, ikke kunne påvises signifikant effekt på sprogfunktionen. Det kan være nødvendigt at medtænke metoder som selvtræning, computertræning, fjernundervisning og brug af volontører, hvis danske institutioner skal kunne praktisere at give så meget træning – og det forudsætter også, at den afasiramtes helbred, motivation og livsbetingelser muliggør deltagelse i omfattende sproglig træning.

Sprogtræning af kroniske afasiramte apopleksipatienter

abilitering af afasiramte personer

ter er generelt et forskningsfelt i betydelig udvikling (4). Blandt fokusområder kan nævnes forskning i hvilke metoder, der er effektive, sammenhæng mellem sprog og motorisk handling og farmakologisk behandling af afasi.

Aktivitetsniveau: kompensatoriske strategier til kommunikation

Logopædisk undervisning på aktivitetsniveau har som mål at ruste personen med afasi til bedre at kunne forstå eller viderebringe et budskab og at kunne deltage i ønskede aktiviteter ved brug af kompenserende strategier og hjælpemidler. Det er sjældent, at afasiramte personer af sig selv benytter alternative strategier, når de ikke kan finde ord, og træning heri er derfor nødvendig. Brug af alternative strategier kan være en god støtte ved let til moderat afasi, og det kan blive den vigtigste kommunikationsform ved meget svær afasi.

Den logopædiske indsats kan bestå i at motivere den afasiramte til at bruge alternativ kommunikation og kan for eksempel omfatte struktureret undervisning i at tegne kommunikativt, at kunne orientere sig og udpege i en billedordbog, eller at udvikle et repertoire af forståelig gestik for almindelige genstande og handlinger. Andre interventionsmuligheder på dette niveau er kortlægning af de aktiviteter, som den afasiramtes person gerne vil indgå i eller kunne udføre – og hjælp til at tilrettelægge dem på en sådan måde, at sprogvanskelighederne kan omgås, for eksempel ved at udforme en personlig kommunikationsbog, eller specielle ordlister/billedmateriale, som kan gøre det muligt at udføre eller deltage i bestemte aktiviteter, som indkøb eller kortspil med familien. Træning i brug af kompenserende strategier kan ske individuelt eller i gruppe. Logopædisk intervention på aktivitetsniveau er et vigtigt indsatsområde, hvor der savnes mere metodeudviklende og metodeafprøvende forskning (5). Det er dog vist, at gruppeundervisning med sigte på at forbedre kommunikative evner har en positiv effekt sammenlignet med andre former for gruppesamvær (6).

Deltagelsesniveau: genoptagelse af et aktivt liv

Målet med intervention på deltagelsesniveau er at støtte en etablering af rammer, som giver den afasiramte person mulighed for at leve et aktivt liv – helst med adgang til kommunikativt samvær med andre

mennesker. Formålet er at forebygge social isolation - en af afasiens værste langsigtede følger - og at sikre en fortsat udvikling eller vedligeholdelse af den afasiramte persons sproglige og kommunikative evner.

Logopæden kan afdække interesseområder og inspirere til nye aktiviteter og netværk, som afasiramte personer erfaringsmæssigt kan indgå i, som eksempelvis deltagelse i sportsaktiviteter, koncerter eller opdyrkning af kreative evner som at male. Det er vist, at rehabiliteringsprogrammer, som styrker afasiramte personers adgang til aktiviteter og fællesskab med andre, kan have en positiv effekt på såvel kommunikation, social aktivitet og oplevet livskvalitet (7, 8). For nogle afasiramte personer med gode kognitive ressourcer er tilbagevenden til arbejdsmarkedet et muligt perspektiv, for eksempel i form af et flexjob. Eksisterende undersøgelser af dette område peger på, at afasiens sværhedsgrad ikke er den vigtigste faktor, men at andre faktorer har større betydning, herunder arbejdspladsens fleksibilitet, social støtte, motivation, motoriske problemer og kognitive funktioner (9). Den logopædiske indsats er her at medvirke i tilpasning af arbejdsopgaver og i samarbejde og efter aftale med den afasiramte person selv at informere om afasi på arbejdspladsen.

Omgivelsesfaktorer: hjælpemidler og viden hos pårørende

Omgivelserne er af væsentlig betydning for, hvor begrænset den afasiramte person oplever sig. Ligesom den bevægelseshandicappede kan få fysisk adgang med ramper og elevatorer, kan den afasiramte person få adgang til at deltage i samtaler og aktiviteter, hvis omgivelserne forstår at tilpasse kommunikationen ved blandt andet at sænke taletempo og give tydelige valgmuligheder, eller hvis relevante hjælpemidler er tilgængelige. Af hjælpemidler kan nævnes papir og blyant, billedordbøger, pegeplader, specialtilpassede computere og personlige kommunikationsbøger. For at lære omgivelserne at tilpasse kommunikationen til den afasiramte person rettes logopædisk intervention også mod pårørende og andre personer omkring den afasiramte person. Dels kan der undervises i kommunikation og viden om afasi, dels kan pårørende tilbydes træning i at samtale på måder, der tillader den afasiramte person at vise sine kompetencer. "Supported Conversation for Adults With Aphasia" er en velbeskre-

vet og veldokumenteret metode til træning af samtalepartners kommunikationsfærdigheder (10).

Personlige faktorer: accept og coping

At leve med afasi kræver både vilje og mod og medfører ofte en væsentlig forandring i personens selvbillede. Personlige faktorer er derfor af stor betydning for udfaldet af rehabiliteringen samt for, om personen genoptager et aktivt liv eller ender i social isolation. Logopæden kan - parallelt med de øvrige behandlere - hjælpe personen med afasi til at erkende tabet og inspirere til at tackle vanskelighederne på en konstruktiv måde. Mødet med andre afasiramte personer i gruppeundervisning kan desuden give personen mulighed for at få nuanceret sin opfattelse af egne vanskeligheder og blive inspireret til nye måder at tackle den ændrede livssituation på.

Udvikling og perspektiver

En tænketank af amerikanske forskere på afasiområdet har for nylig formuleret det såkaldte 'Life Participation Approach' (11) til afasi, hvor det understreges, at logopædisk intervention bør sigte imod realistiske forbedringer, som gør en forskel i individets evne til at have et aktivt og socialt velfungerende liv. Ved at bruge ICF-modellen som beskrivelsesværktøj er det muligt at få overblik over, hvordan og i hvilket omfang de sproglige og kommunikative problemer forhindrer individet i genoptagelsen af et aktivt og personligt tilfredsstillende liv, samt hvilke andre faktorer, der har indflydelse på afasiens konsekvenser for individet. ICF-modellen giver samtidig et overblik over bredden af logopædisk intervention og kan tydeliggøre, hvor der er behov for yderligere udvikling og forskning.

Center for Hjerneskades intensive genoptræningstilbud for afasiramte er bygget op om ICF-modellen og søger at integrere den nyeste forskning og udvikling:

Kropsligt niveau: Intensiv sprogtræning minimum 8 timer ugentligt

Aktivitetsniveau: Individuel og gruppeundervisning i alternative kommunikationsstrategier

Deltagelse: Samarbejde med arbejdsplads om arbejdsprøvning og/eller udslusning til et aktivt fritidsliv

Omgivelser: Undervisning i kommunikationsteknik af nærmeste pårørende, parsamtaler med fokus på trivsel i hjemmet, samtalegrupper for pårørende, informationsmøder for den udvidede familie og vennekreds om afasi og kommunikation med den afasiramte person

Personlige faktorer: Grupper for afasiramte med et psykosocialt fokus, psykologsamtaler, møder med "erfarne" afasiramte personer

Desuden forskes der på Center for Hjerneskade i udvikling af metoder til genoptræning af sprog og kommunikation

Af pladshensyn har vi lagt referencer til denne artikel på selskabets hjemmeside www.dsfa.dk under "Medlemsbladet" (Red.)

Referencer til Lise Randrup Jensen og Trine Thyrsteds artikel

Logopædisk genoptræning og rehabilitering af afasiramte personer

i "Apropleksi" 2008/2

1. Pedersen, P. M., Vinter, K. & Olsen, T. S. Aphasia after stroke: type, severity and prognosis. The Copenhagen Aphasia Study. *Cerebrovascular Disease*, 2004, 17, 35-43.
2. Verdenssundhedsorganisationen WHO: *ICF – International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand*. Sundhedsstyrelsen 2003. Munksgaard.
3. Bhogal, S. K., Teasell, R. & Speechley, M. Intensity of Aphasia Therapy, Impact on Recovery. *Stroke*, 2003, 34, 987-993.
4. Pulvermuller, F. & Berthier, M. L. Aphasia therapy on a neuroscience basis. *Aphasiology*, 2008, 22, 563-599.
5. Koul, R. K. & Corwin, M. Efficacy of AAC intervention in Individuals with Chronic Severe Aphasia. In R. W. Schlosser (Ed.) *The Efficacy of Augmentative and Alternative Communication – Toward Evidence-Based Practice*. Emerald Group Publishing, 2003.
6. Elman, R. J. & Bernstein-Ellis, E. The efficacy of group communicative treatment in adults with chronic aphasia. *Journal of Speech Language Hearing Research*, 1999, 42, 411-419.
7. Hinckley, J. J. & Packard, M. E. Family education seminars and social functioning of adults with chronic aphasia. *Journal of Communication Disorders*, 2001, 34, 241-54.
8. van der Gaag, A., Smith, L., Davis, S., Moss, B., Cornelius, V. & Laing, S. Therapy and support services for people with long-term stroke and aphasia and their relatives: a six-month follow-up study *Clinical Rehabilitation*, 2005, 19, 372-380.
9. Hinckley, J. Vocational and social outcomes of adults with chronic aphasia. *Journal of Communication Disorders*, 2002, 35, 543-560.
10. Kagan, A., Black, S., Duchan, J. F., Simmons-Mackie, N. & Square, P. Training Volunteers as Conversation Partners Using "Supported Conversation for Adults With Aphasia (SCA): A Controlled Trial. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 2001, 44, 624-638.
11. LPAA Project Group (Chapey, R., Duchan, J. F., Elman, R. J., Garcia, L. J., Kagan, A., Lyon, J., & Simmons, Mackie, N.) Life participation approach to aphasia. In R. Chapey (Ed.), *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders* (4th ed., pp. 235–245). Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins, 2001.