

Variációk a beszédre

A megváltozott beszédprodukciónak, ahogyan a logopédus látja

Magyar szakos egyetemistaként felismertem, hogy bár nagyon közel áll hozzám a nyelvtudomány, mégis valami „emberibb” dolgot szeretnék művelni a nyelvvel. Így kerültem a logopédia bűvkörébe. Ez az a terület, ahol az ember és a nyelv, a nyelv és a beszéd, a beszéd és a hang meztelenre vetkőzve szétválík, találkozik, összeolvad, a logopédus pedig az a személy, akinek megadatik, hogy jelen legyen ennél a találkozásnál.

A legtöbb ember által ismert, klasszikus logopédiai tevékenység a szájüregben zajló folyamatokra összpontosít. Ennek megfelelően az emberek többségében az a kép él, amely szerint a logopédus az a személy, aki ül a gyermekkel a tükör előtt, majd előbb-utóbb mindketten furcsa grimaszokat vágnak, ajak- és nyelvgyakorlatokat végeznek, végül a logopédus megtanítja a hibásan képzett hang helyes artikulációját. És persze mindig van valami kis ajándéka a gyerek számára, ami a zizi kukoricapehelytől a matricáig széles skálán mozoghat. Igen, ez is a logopédus. Munkánk ezen a területen az egészen nyilvánvaló pösze-terápiáktól az összetett, organikus háttérre visszavezethető, a veleszületett vagy szerzett, alakilag megváltozott artikulációs szervek okozta beszédképzési rendellenességek kezeléséig terjed. Gondolok itt a túlságosan nagy nyelvvel, vagy éppen ellenkezőleg, a túlságosan kis nyelvvel született gyermekek terápiájára, a lenőtt nyelvfék okozta artikulációs rendellenességek kezelésére, a fogsor és a fogsorzárodási eltérések következtében megjelenő beszédhibák javítására, az ajak- és szájpadhasadékkal született gyermekek komplex logopédiai terápiájára. Az ezen a területen dolgozó szakemberek a köznevelési szférában mozognak, rendkívül leterheltek, legfőbb panaszuk, hogy igen nehéz feltételek mellett kell sikereket elérniük, mégpedig alacsony óraszámban sok gyermekkel eredményt produkálni, ha meg akarnak felelni annak az elvárásnak, hogy beszédképzési rendellenességgel gyermek ne kerüljön iskolába.

A logopédus azonban más szférában is tevékeny. Ott, ahol talán még a közoktatásban megszokottnál is mostohábbak a körülmények, de a szükség éppoly nagy a munkájára. Az előzőekhez képest minden más; más a helyszín, mások a munkatársak, mások a kliensek – de a logopédus ugyanaz, csak itt nem tanárként, hanem terapeutaként van jelen. Továbbá van még egy különbség: a munkáját kevésbé ismerik a hétköznapi emberek.

Képzeld el, hogy a következő pillanatban képtelen vagy beszélni a családdal, nem tudod elolvasni az újságot, ha a postás hoz egy ajánlott levelet, nem tudod hitelesíteni az aláírásoddal az átvételt, vagy nem érted meg a hozzád beszélők szavait: ekkor tudnod kell, hogy ez nem valaminek a vége, de mindenképpen valami újnak a kezdete. Afázia. Legsúlyosabb formája, amikor az ember kapcsolata teljesen megszakad a nyelvvel, annak szinte minden komponensével, többnyire érintetlen kognitív funkciók mellett. Az afázia egy nyelvi, kommunikációs károsodás, amit általában agyi érrendszeri katasztrófa (*stroke*) okoz. Mialatt az intelligencia érintetlen, a beszédkihivitelezési és/vagy a beszédértési képesség, az olvasás-, írástudás megromlik, esetleg elvész. A zavarhoz legtöbb esetben társulhat depresszió, szociális izoláció, felmerülhetnek házastársi problémák, családi kapcsolatok szakadhatnak meg. A nem kezelt afáziával együtt élő egyén elvesztheti személyes identitását, szembesülhet az alkalmazhatatlanság problémájával (vö. Kagan 1998: 816). A kommunikációtól való megfosztottság börtönszerű frusztrációs helyzetet eredményez, gyakran az egyén totális izolációjához vezet. Az esetek nagy részében a kommunikációs akadályok mellé jobb oldali mozgáskárosodás és szintén jobb oldali látótérkiesés is társul.

Anna 38 éves nő, három kiskorú gyermek édesanyja. Egyik reggel szikralátása volt, majd összeesett a konyhában. Ezt követően arra ébredt a kórházban, hogy ugyan nem tudja mi történt vele, csak tapasztalja, hogy nem tud beszélni, nem érti meg a körülötte zajló beszédet, nem tud mozogni, nem érzi kellemes semmit a jobb oldalon, és pelenkában van. Hete-kig azt hitte, haldoklik. Nem értette, hogy ilyen állapotban miért keresi őt fel majd minden nap egy bizonyos személy, képeket, betűket, számokat mutogatva neki, amit ráadásul számára teljesen idegenül hangzó folyamatos beszéddel kísér. Hosszas elutasítás után, és látószólag egyoldalú beszélgetéseket követően sikerült megértenie, hogy nem haldoklik, életben marad, viszont ha nem működik együtt, ebben az állapotban kell leélnie hátralévő életét. A logopédus volt az, aki erre ráébresztette. Annának a kezdetekről csupán két emléke volt rólam. Hogy „mindig jövök”, és hogy megtudta tőlem: nem haldoklik. A képekre, betűkre, számokra, amelyeket mindig olyan nagy lelkesedéssel mutogattam neki, sajnos – közölte, már nevetve, a rossz hírt – nem emlékszik. Nekem a kezdetekről a közös küzdelemünk maradt meg. A dilemma, hogy hogyan juttassam el Annához azt az információt, hogy dolgoznia kell velem, hogy felépüljön. Viszont ezt a küzdelemélményt megszépítette az a pillanat, amiért a mai napig hálás vagyok neki. Hálás vagyok azért a pillanatéért, azért a személyes találkozásért, amit átélhettem vele, amikor is az első jelentések találkoztak, kapcsolatba léptek a szóképekkel, a szavak hangalakjaival, amikor Anna újra találkozott a nyelvvel, és ez visszatükröződött a tekintetében. Két év terápiás folyamat után Anna aktív részese tud lenni a konverzációs folyamatoknak, de beszéddallamának monotonitása és szótalálási nehézsége tanúskodik a mögötte lévő időszakról. Ma már csupán két dolog zavarja: az, hogy nem érez ízeket, és jobb kezének mozdulatlansága.

Imre 51 éves férfi, kalandos életének minden percét imádta, míg egyik nap rosszul lett munka közben. A kórházban ébredt, Annához hasonlóan globális afáziával. Míg Anna beszédmegértési képességével párhuzamosan javult beszédkihivitelezési képessége, addig Imre néhány nap elteltével folyékonyan beszélt ugyan, de valamilyen számunkra értelmezhetetlen nyelven, verbális zsargonnal. Továbbá a mi nyelvünkől ő semmit nem értett (Wernicke-afázia). Majd több hónapos terápiás folyamatot követően létrejött a találkozás. A szavak értelmet nyertek, a verbális zsargon és a mindvégig tisztán maradt káromkodás között megbújtak tisztán értelmezhető szavak, amelyek még nem mindig voltak adekvátak a helyzet-

hez, de szavak voltak, hangalakkal és jelentéssel. Vidámságát nem veszítette el, egy év terápiás folyamatot követően kommunikációja tünetmentes. Születésnapom volt. Kérdezte, hány éves vagyok. Mondtam. Mire ő: látszik. A szemedben. Jobban mondva a tekintetedben. Majd végül nevetve kérdezte: ugye már bánod, hogy újra megtanítottál beszélni? Nem bánom, pedig volt még néhány ehhez hasonló „humoros” bókja. Afáziás, örök életére afáziás marad, de – a konverzáció minden komponensét a tudatosság felügyelete alá vonva – tünetmentes. Nem minden szenzoros érintettséget elszenvedett beteg ennyire kooperatív, mint Imre. Van olyan páciens, aki rendkívül agresszív, hiszen nem ért semmit a körülette zajló eseményekből, és őt sem érti meg senki, az első időkben bizony még a logopédus sem, ami viszont nagyon dühítő a páciens szempontjából, és ezt megfelelően (egy hirtelen mozdulattal) ki is fejezi. Nem egyszerű megérteni, mikor a beteg gombostű helyett *gangasztót* mond, vagy a csavarhúzózt *vasztazazökszőnek* nevezi. Meg kell figyelniük szó- és mondatisméltés-próbával, hogy követ-e a beteg valamilyen szabályszerűséget neologizmus-alkotáskor. Van, amikor konzekvensen szóösszerántás eredménye a neologizmus: az „első honvéd tüzérezred” mondatnál a honvéd és tüzér szavakból keletkezett a *tünnvéd*. Előfordul, hogy egy sikeresen kiejtett szó mintájára alkot egy másikat: „csöngött a telefon” helyett „*csöngött a csengerlő*”. Nem ritka a fonémikus és szemantikus parafázia sem: ágy – *áj*, száj – *káj*, hógolyó – *hátgolyó*, bokor – *bok-
ra*. Nagyon érdekes a talamuszsérülés okozta, szenzoros komponensű beszédzavar. A páciens folyékonyan beszél, értelmes magyar szavakat fűz értelem nélküli mondatokká, továbbá kreatív szóalkotásai vannak. Zsolt, már javuló talamuszafáziásként, próbálta elmagyarázni, hogy a mellékhelyiségből hiányzik valami: „tudod, tudod, az a, a, a *vécéerőmű*.” Látta a mikrókamból az értetlenséget. „*Most hülyeséget mondtam, ugye? Gyere, megmutatom inkább, mi hiányzik.*” A vécékefe hiányzott. Gyönyörű példa, végezetül, a szemantikus parafáziára: „Kérlek, ismételd meg: A pékínas részeg volt”. Erre ő: „*a tésztaember ittas*”. Zsolt 40 éves, Alexander-terapeuta volt. Sajnos a jobb oldala lebénult, így korábbi munkáját nem tudja végezni. Társalgásra képes, csupán a nevekkel, személyek megnevezésével van problémája egy év elteltével: a feleségét *anyámnak* hívja, Angelika nevű gyógytornászát pedig *Edinának*.

Emil 32 éves férfi, operaénekes. Egy autóbalesetet követően két héttel rosszul lett. Majd a jobb oldalát nem tudta mozgatni, és képtelen volt beszélni. Viszont majdnem mindent hibátlanul megértett. Első perctől kezdve rendkívül kooperatív volt, minden erőfeszítéséből a gyógyulni akarás vágya sugárzott. A vizsgálatot követő két terápiás ülésen több sérülésspecifikus afáziaterápia sem hozott eredményt. Majd megtaláltuk az utat, aminek bejárásával Emil újra hangalakkal tudta ellátni a mindvégig benne kavargó szavakat. Aztán lépésről lépésre folyamatossá vált a beszéde, fél év elteltével a beszéddallam kifejezőerejének növelésére végzünk beszédtechnikai gyakorlatokat. Mikor megkérdeztem tőle, hogy mire gondolt, amikor tudomást szerzett az állapotáról, azt válaszolta, hogy első perctől biztos volt benne, ő nem maradhat ebben az állapotban. És a kezdeti terápiás kudarcok, amelyek valószínűleg csak a logopédus harcai voltak önmagával, vajon megmaradtak benne, átérezte? Szerencsére nem. Pedig én nagyon izgultam. Csak egy sárga autóra emlékszik azokról a terápiás ülésekről. Én arra nem. Viszont amikor először megszólalt, arra a pillanatra, arra a találkozásra, mindketten pontosan emlékszünk.

Az agykéreg sérülése rendkívül változatos kommunikációs zavarokat képes előidézni, amelynek logopédiai rehabilitációja akár öt évig is elhúzódhat. A logopédiai terápia tüneti kezelés, hiszen az elhalt kérgi terület működését semmi nem képes visszaállítani, viszont sérülésspecifikus terápiával a megsemmisült funkciót tudjuk reprodukálni. De „az anyanyel-

vem már nem az enyém” érzése megmarad a páciensben, amellet, hogy szerencsés helyzetben kommunikációja a kívülálló számára tünetmentesnek hangzik. Ha a terápián megtörténik a találkozás – sérüléstől függően – a jelentés/szókép/hangalak és a kezelt személy között, az mindkét fél számára felejtethetlen élmény, olyan kötődés jön létre logopédus és páciens között, amit sem idő, sem távolság nem semmisít meg.

Mária 54 éves vezető könyvelő. Egy egyszerűnek tűnő hasi műtétet követően agyi infarktust szenvedett. A történetben a kisagya sérült. A beszédet kiválóan értette, de nem tudott megszólalni – bár nem bénult le, de a mozdulatait nem tudta irányítani. Az agykéreg alatti sérülések *dysarthriát* okoznak, Máriánál annak is az ataxiás formája következett be. Esetében épen maradt a nyelvi rendszer, megtartott volt a szavaknak mind a hangalakja, mind a jelentése, de az artikulációs mozzanatokot a központi idegrendszere nem tudta irányítani, megfelelően koordinálni. Másfél éve volt ebben az állapotban, és próbálkoztak már három logopédussal is. Az első vizsgálat alkalmával Mária nem volt képes a szája kinyitására sem. Az első hónapban szinte semmit nem haladtunk. Éreztem, hogy valami ellen rendkívüli módon tiltakozik az asszony, de nem tudtam rájönni, mi lehet az. Majd beszélgettem a családdal arról, hogy milyen volt azelőtt Mária. Elmondták, hogy nagyon precíz, pontos, maximalista, önmagára minden tekintetben nagyon igényes. Ruhájára, hajára, körmére, arca ápoltságára különösen figyelt. Ekkor kitisztult a kép. A tükörrel van a baj. Mária nem bírta elviselni azt a nőt, aki visszanézett rá a tükörből. Ő a régi önmagát akarta látni; azzal a személylyel, akinek folyik a nyála, akinek akaratlanul furcsa mozgásképet mutatnak az arcizmai, nem akart találkozni. A következő terápián beültünk a szoba egyik sarkába, ahonnan nem láthattuk magunkat a tükörben. És Mária kinyitotta a száját, hangot adott. Még egy dolog zavarta. Én. Engem sem akart látni, és azt sem akarta, hogy én lássam őt. Így szakítva minden hagyománnyal, ezt követően nem vele szemben, hanem mellé ültem le, és úgy diktáltam a gyakorlatokat. Megbeszéltem mind vele, mind a családdal, hogy pszichológiai terápiára is szükség lenne. Elfogadták. Mária kezdi megszeretni mai önmagát; még nem fogadta el, de egy kicsit már szereti. Majd’ féléves tradicionális logopédiai gyakorlatok és sérülésspecifikus *dysarthriaterápia* hatására eljutottunk az egy-, két-, majd három szótagú szavak hangoztatásáig. Mária megfelelő légzéstechnikával képes lett a verbális hangos információközlésre, már szembe mer nézni az emberekkel. Volt még egy hatalmas támogatóerő az esetében: a csoport. A csoportterápiás közegben nyitott lett, beszédmotivációja jelentős mértékben fokozódott, hatalmas információközlési vágya találkozott a már elsajátított beszédalakítási technikával, artikulációs mozdulatait tudatos irányítás alá tudta vonni.

Szintén agykéreg alatti történet, az agyidegek magvainak agyi infarktusa okozta sérülése áll az 56 éves György beszédkezelési akadályozottsága hátterében. György egy több száz alkalmazottat foglalkoztató cég tulajdonosa, vezetője. Nem kezelt magas vérnyomása vezetett az agyi érrendszeri katasztrófához. A történet bekövetkeztével a jobb oldala meggyengült, jobb oldali látótérkiesést szenvedett, a beszéde elkent, monoton, a hangszíne orrhangzós lett. Munkája középpontjában a beszéd állt, így – a látótérprobléma okozta kellemetlenségek mellett – ezt a kiesést élte meg a legrosszabbul. Gyógyulni akarása, terápiára való motiváltsága nagyban segítette közös munkánkat. Két együtt töltött terápiás hónapot követően bulbáris *dysarthriája* rendeződött, beszéde még valamivel lassúbb tempójú korábbi beszédéhez viszonyítva, de artikulációja pontos, orrhangzós hangszíne megszűnt. Ma napi több órás telefonbeszélgetés mellett is érthető a beszéde, a kívülálló nem érzékeli a beszédzavarát, ő viszont egy-egy hosszabb beszélgetés után rendkívüli fáradtságra, kimerültségre panaszkodik.

dik. Tünetmentes, de artikulációs mozzanataira a tudatosság jellemző, minden egyes hang pontos kiejtése hatalmas figyelmet és koncentrációt igényel a részéről, így a beszédprodukciónak igen fárasztó tevékenység a számára. Tanult, művelt, jómódú, kedves ember. Azt kérdezte tőlem, miért nem mondta el neki senki, hogy ezt kell átélnie, ha nem kezelte a vérnyomását. Hiszen akkor ő megtette volna. De mivel nem okozott panaszt a mindennapokban, természetes állapotnak vette a magas vérnyomást. Nem is hallotta még soha életében az afázia, *dysarthria* szavakat, nemhogy a kórképet ismerte volna. Jogos, amit mond. Nem reprezentatív mintavétellel a Corvinus Egyetem hallgatói körében végzett kérdőíves kutatás eredményeképpen kiderült, hogy a megkérdezettek 80%-a egyáltalán nem is hallott a kifejezésről, 13,6%-a hallotta már, de nem tudja, mit jelent, és 5,4%-nak van csupán egy felszínes tudása az afázia mibenlétével kapcsolatban. Miért? Hiszen, bár nincs pontos magyarországi adat, de ha az amerikai arányokból indulunk ki, nálunk több mint 40 000 ember szenved afáziában. És ez csak egy óvatos becslés, mert nálunk a kiváltó ok, a stroke aránya magasabb, mint az USA-ban. Még ijesztőbb a kép, ha a közvetlenül érintettek körét is számba vesszük. Az afáziás betegeket gondozó családokat is beleszámolva ez a szám már kb. négyszer annyi, 160 000, de mivel egy embernek szerteágazó kapcsolatai is lehetnek, így ha nem csupán a közvetlenül érintettekre gondolunk, hanem a tágabb családra, a baráti kötetlékekre is, akkor a negyedleges érintettekkel az arány 25%, tehát a teljes magyar lakosság egynegyede kerül/kerülhet közvetlen kapcsolatba afáziával együtt élő személlyel. A Parkinson-kórról hallott már az olvasó? Biztosan. Körülbelül 20 000 Parkinson-kóros beteg van Magyarországon. Évi 1500–2000 új beteg várható. Afáziás betegből csak Budapesten van évi 5000 új eset. Az afázia, *dysarthria* tehát egy súlyos nyelvi-kommunikációs zavar, általában agyi infarktus vagy agyvérzés váltja ki, a beteg egy drámát él át, hiszen egyik napról a másikra elveszti a kommunikációs képességét, amihez többnyire mozgászavar is társul, miközben általában az intellektusa érintetlen. A külvilág nem érti őt, pedig ő nagyon is jól tudja, mit akar mondani. Beszűkül számára a világ, az emberek között válik hajótörötté. Tudnunk kell, hogy mindez nemcsak időse emberekkel történhet meg, a pácienseim között volt 30-as éveiben járó aktív kommunikációs szakember (szóvivő), fiatal fodrász, költő, mérnök. Ennek ellenére sajnos kevés a professzionális segítség, illetve, még ha a szakmai segítség rendelkezésre is állna, az állam egyelőre nem finanszírozza a betegek hosszú távú, komplex kezelését.

Az agykéreg és a kéreg alatti magvak, idegek sérülése okozta afázia, *dysarthria* mellett léteznek egy másik, ugyancsak logopédiai ellátást igénylő probléma, a hangképzés rendellenességei. Ritkábban szintén központi idegrendszeri érintettségéből fakadóan, többször perifériás egyoldali gégeizom/izmok bénulásának következményeként előfordulhat, hogy hangszalagjaink nem képesek a záródásra, a hangszalagokat mozgató izmok beidegződési rendellenességének következtében bénulhat az egyik oldali hangszalag, ezért nem tudja a másik hangszalagot érinteni, vagyis nem tud tiszta zöngé, gégehang képződni. A tüdőből a légcsövön keresztül kiáramló levegőoszlop hiába érkezik a gégebe, nem képes olyan mértékű hangszalagrezgést előidézni, aminek következtében a két hangszalag érintkezhetne. A kórképet *recurrens paresis*nek, féloldali hangszalagbénulásnak nevezzük. Ebben az esetben a beteg vagy egyáltalán nem képes hangot adni, vagy a hangja rekedtes, monoton lesz, a hangterjedelem beszűkül, korlátozott *dynamia* tapasztalható. A páciens gyakran félrenyel (elsősorban folyadékot), amikor is köhögése a folyadék visszaáramoltatásához elégtelen effektusú. A kórkép – etiológiájától függően – kezelhető konzervatív logopédiai hangterápiával, de szóba jöhet orvosi kezelés is, gyógyszeres terápiától egészen a műtéti beavatkozásig, ami

után a posztoperatív logopédiai hangterápia ugyancsak nélkülözhetetlen. Előfordul hangszalagbénulás intubációt követően is. Volt egy hölgy beteg, aki nem is tudott róla, hogy van még rá lehetőség, hogy később újra beszéljen. Az orvostól azt a tájékoztatást kapta, hogy örüljön, hogy életben maradt, és „megúsza” annyival, hogy nem tud beszélni. Sajnos azt kell mondanom, hogy a páciensek ezt nagyon nem így látják. Nem örülnek az effajta „megúsásnak”, amikor lépten-nyomon akadályokba ütköznek a beszédképzés hiánya miatt. Életminőségük a hang elvesztésével jelentős mértékben romlik. Korábbi munkájukat majdnem biztos, hogy elveszítik, hiszen elég kevés az olyan munkalehetőség, ahol nem szükséges beszélni. Új munkát nem valószínű, hogy találnak, de még csak fogyatékosági támogatást sem kapnak, hiszen a Magyar Államkincstárnál a „beszéd fogyatékos”, mint olyan, nem létezik. Valaki lehet mozgásfogyatékos, lehet értelmi fogyatékos, érzékszervi fogyatékos, de még autista is, viszont ha olyan szerencsétlenül jár, hogy nem bénul le valamelyik végtagja, csak éppen beszélni nem tud, akkor még fogyatékkal élőknek sem tekinthető. Ezáltal a beszéd fogyatékosok (merthogy Magyarországon kívül élnek így a világban néhány millióan) hazánkban mestersegesen szegénységben vannak tartva, társadalmunk peremén élnek, többnyire teljes szociális izolációban. Egzisztenciájuk romlik, miközben társas kapcsolataik a kommunikáció hiánya miatt megszakadnak.

A központi idegrendszeri érintettség okozta nyelvi, beszéd- és hangrendellenességek mellett számos hangrendellenességnek funkcionális oka van. A gégénéél és a gégehang képzésénél maradvá találkozzhatunk a hangképzés funkcionális zavarával. „A funkcionális *dysphoniák* általánosító fogalma alatt ma általában azt a hangképzési zavart értjük, amely hibás hanghasználat következménye, és amelynek nincsen nyilvánvaló pozitív gégelelete. [...] Néha a túlterhelés vagy helytelen hanghasználat, máskor pedig ideges, neuraszténias zavar, vagy állandó, meg nem alapozott félelemérzés valamilyen betegségtől – ideges tünetként jelentkező állandó torokköszörülés, krákogás, köhécseles miatt – a hangszalagok ingerlését okozza, és ez hosszabb idő után organikus elváltozásokhoz is vezethet” (Frint 1993: 16). A kórkép jellemzője a hangszín megváltozása (általában rekedtség), valamint a hang *dinamiai*jának, a gége terhelhetőségének csökkenése, a gége strukturális eltérése nélkül. Mindezt általában paresztéziás panaszok kísérik. A funkcionális *dysphonia* leggyakrabban megjelenő formája az úgynevezett *phonoponos*, ami helytelen hanghasználat, a *fonatiós* apparatus túlzott igénybevétele következtében kialakuló hangképzési zavar. Vezető tünete a fokozatosan kialakuló romló hangminőség, a rekedt hang, ami pihentetés után panaszmentessé válik. A páciensnek állandó krákogási és nyelési kényszere van, azt érzi, hogy „gombóc van a torkában”, a nyakon fájdalomérzet jelentkezik. Hangindítása kemény, bár a hangterjedelme normál, hangtartása megrövidül, hangerőfokozásra korlátozott mértékben képes. Artikulációs mozgásai feszesek, a légzése szabálytalan, feszes mellkasi légzés. Mind az arc, nyelv, állkapocs, nyak feszes, a nyaki vénák teltek beszéd közben. A gégeben a hangszalagokon az erős feszítés következtében kifejlődhet hangszalagcsomó, amit kezdeti alakjában logopédiai hangterápiával meg tudunk szüntetni, de kemény, hosszabb ideje fennálló hangszalagcsomó esetén műtéti eltávolítás jöhet szóba. Fontos megtanítani a páciensnek a lágy hangindítás technikáját, illetve a „rossz szokások”, például krákogás, torokköszörülés elhagyására felhívni a figyelmet. A krákogást kiváltó idegentest-ézés a hangszalagokon más módon is megszüntethető, például hosszan hangoztatott *r* hanggal és az azt követő erőteljes nyeléssel. A technika rendkívül egyszerű, a hangszalagok megtisztulnak anélkül, hogy kárt okoznánk bennük. A *dysphonia* (kóros rekedtség) nemcsak a felnőtteket érintő hangképzési rendellenesség, ha-

nem igen nagy számban fordul elő a gyermekek körében is. Egyre többféle zajártalomban nőnek fel a gyerekek, akik ezért egyre hangosabban, rossz hangképzési technikával „üvöltenek”. Hangszínük már óvodás korban magán hordozza a hangmegerőltetés tüneteit. A szülőknek ezt észre kell venniük, tudniuk kell, hogy minden három héten túl tartó rekedtség, ami megfelelő terápia hatására nem múlik el, kóros, ezért a gyermeket gégész-foniáter szakorvoshoz szükséges vinni. Gyermekkorban, a felnőttekhez hasonlóan, a helytelen hanghasználat, a fonatiós apparátus túlzott igénybevétele következtében kialakuló hangképzési zavart nevezünk *juvenilis dysphoniának*. Vezető tünete a rekedtség, a hang mélyülése, a krákogás. A gyermek beszédritmusa felgyorsul, artikulációja pontatlan lesz, légzése szabálytalan mellkasi légzés. A felnőttekhez hasonlóan ebben az esetben is feszes a nyak, arc, nyelv, állkapocs, a nyaki vénák teletelnek beszéd közben. Kezelése ugyancsak a felnőttek terápiájához hasonló (vö. Mészáros és Bánó 2005: 233–234). A *phonoponosis*hoz hasonló tüneteket képes előidézni a pszichogén *dysphonia*, ami pszichés eredetű okból, hangterheléstől függetlenül kialakuló, változó mértékű rekedtséget jelent. Ebben az esetben sem találunk a gégeében strukturális eltérést, kezelésében a hangterápiával kiegészített pszichoterápia hozhat eredményt. A teljesség igénye nélkül, a gége rendellenességeihez köthető kórképek közül végezetül a gégedaganat miatti operatív beavatkozások utáni hangrehabilitációt említem. A totál *laryngectomia* (teljes gégeeltávolítás) után a beteg nem képes az addig megszokott hangadásra, hiszen a műtétet követően nem rendelkezik gégeével, ezáltal hangszalaggal sem, légcsöve a gége magasságában ki van vezetve. Ilona 62 éves nagymama. Gégedaganat következtében elveszítette hangját, és emellett szembe kellett néznie az elmúlással. A műtétet követő hetekben elutasító volt, logopédiai terápiára nem tartott igényt. Majd, mígnem egyik nap kopogott az ajtón, és nonverbálisan jelezte: beszélni szeretne tanulni. Amellett, hogy nagyon örültünk kooperatív magatartásának, érdekelt, vajon mi indította ennek a lépésnek a megtételére. A család elmondása szerint Robika, a négyéves unoka egyik nap megállt nagymamája ágya mellett, és ösztönös felháborodással a következőt kérdezte: „Mama, te már soha többé nem fogod nekem mondani, hogy Robika?” Az ezt követő napon jelentkezett Ilona logopédiai foglalkozásra. A terápián *oesophagus* (nyelőcső) póthangképzés kialakítását végeztük, vagyis a lenyelt levegő visszaáramoltatása után artikulációs mozdulatokkal megformált hanghelyettesítő „hangzót” formáltunk. Ilona 2 hét gyakorlást követően „beszélt”.

Eljutottunk az agykéregtől az agyidegeken keresztül egészen a gége károsodásáig; látható, hogy számos klinikai kórkép okoz beszédben megjelenő tüneteket. A logopédus tevékenysége nélkülözhetetlen a klinikumban, és ezt láthatóan felismerte az orvosi rehabilitációs szakma, hiszen több klinikai osztály szakmai minimumfeltétele között is szerepel logopédus alkalmazásának szükségessége. Sajnos nagyon kevesen ismerik a logopédia ezen oldalát, és a „nagyon kevesek” alatt az orvosokat is értem. Ha tudomásuk is van arról, hogy létezik egy szakma, ami az ő tevékenységüknek egy társszakmája, a valódi logopédiai munkáról már nincs tudásuk, a logopédia orvostudományban való alkalmazhatósági területeiről pedig sajnos több esetben sejtelmük sincs. Azon szerencsés kórházi osztályokon, ahol találnak logopédus munkatársat, megtapasztalhatják a logopédiai tevékenység jótékony hatását mind a diagnosztikai, mind a terápiás fázisban. Ennek ellenére azt gondolom, hogy mégsem használják megfelelő mértékben. A jelenleginél sokkal nagyobb kooperációra lenne szükség. Az orvos szubjektív döntése, hogy bevonja-e a logopédust a diagnózis felállításának folyamatába és a terápiás tevékenység megtervezésébe. Ha bevonja, igen sikeres lehet az együttműködés. Számos olyan neurológiai kórkép létezik, ahol elsőként a tünetekből következtethe-

tünk magára a kórképre. Ilyen például a Huntington-kór, a Parkinson-betegség, a *sclerosis multiplex* és így tovább. A tünetek pedig legtöbbször elsők a mozgás és a beszéd/kommunikáció megváltozásában mutatkoznak meg. A logopédus – hiszen tüneti kezelést végez – pontosan ismeri ezeknek a kórképeknek a beszédben megnyilvánuló tünetegyüttesét, sok esetben ki tudja egészíteni szakvéleményével az orvosi diagnózist, talán még egy újabb utat nyit meg az addig fel nem derített kórkép vizsgálatához. Logopédiai vizsgálat közben a logopédus észleli a páciens akaraton kívüli mozgását, ami nemcsak a végtagokban, hanem a *respiratóban*, a *fonatóban*, az artikulációban is jelentkezik. Felismeri ennek a mozgásnak a furcsaságát, rendellenességét, amit talán a beszédprodukciónak még inkább nyilvánvalóvá tesz a végtagok mozgásának megfigyeléséhez képest. Megfogalmazza, hogy ez egy *chorea* (vitustánc), továbbá észleli az artikulációban részt vevő szervekben a *myoclonust* (izomrángást, hirtelen, villámlásszerűen megjelenő izomösszehúzódnást), esetleg tapasztal néhány *fonatios* tikket, *dystoniát* (izomtónus-rendellenességet), figyel az éles, préselt, tremortól sem mentes hangra. És a szimptóma összeáll, a logopédus felteheti a kérdést az orvosnak, hogy esetleg kivizsgálható lenne-e a beteg a Huntington-kór irányában, esetleg meg tudja-e vizsgálni a *basalis ganglionok* érintettségét? Ennek ellenére, ha tovább keressük a kérdésre a választ, hogy mennyire ismerik az egészségügyi alkalmazottak a logopédiai tevékenységet, egészen elképesztő válaszokat kapunk. Álljon itt csak egyetlen példa a munkába álló logopédus fogadtatására: „megérkezett az angoltanárra” (rehabilitációs osztályon dolgozó ápolótól hangzott el). Az egészségügyben kifejezetten mostohák a logopédiai ellátás tárgyi feltételei, az eszközöket a logopédus többnyire a saját költségén vásárolja, logopédiai kezelőhelyiség a legtöbb kórházban nincs, a logopédus a pácienssel többnyire a betegágy mellett, a folyosón, az ebédlőben tud foglalkozni. Ennek ellenére azt gondolom, hogy aki egyszer beöltözik, beáll az egészségügybe, az a mostoha körülmények ellenére sem fog többet megválni tőle. Talán pontosan ezért működik még mai napig is az egészségügyi ellátás hazánkban.

A teljesség igénye nélkül ugyan, de mégis láthattuk a szerteágazó logopédiai tevékenységi köröket a gyermekek artikulációs hibáinak javításától egészen az agykérgi sérülés okozta komplex kommunikációs zavarok ellátásáig. És az átoperált transzszexuálisok hangterápiájáról még szó sem esett (l. Vecsey 2010: 193–203).

Az az ember, akinek sérül vagy teljesen elvész kommunikációs kompetenciája, segítségre szorul annak érdekében, hogy a fogyatékkal élő emberből ne váljon akadályozott ember. A fogyatékos – így a beszéd fogyatékos is – szükségszerűen funkciókieséssel jár együtt, de gyógypedagógiai rehabilitációs-rehabilitációs technikákkal pótolni, helyettesíteni tudjuk a kiesett funkciót. Abban az esetben, ha az érintett személy megkapja a számára szükséges ellátást, a funkciózavar nem fogja maga után vonni az információtól való megfosztottságot, ezáltal nem válik hátrányos helyzetűvé, akadályozott emberré. Azt, amire a legnagyobb szüksége van a beszéd fogyatékkal élő embernek a sérülésspecifikus logopédiai terápiákon túl, a komplex kommunikációs csoportterápiás üléseken kaphatja meg. Hiszen számára a legnehezebb annak a helyzetnek a megélése, hogy nincs kivel beszélgetnie. Többnyire nem talál a közvetlen környezetében olyan embert, aki hosszú időt tudna szánni arra, hogy meghallgassa őt, vagy megpróbálja minden eszközzel úgy eljuttatni hozzá az információkat, hogy azt ő is megértse. Viszont ha az egyén egy csoportba kerül, olyan értékekkel, célokkal, normákkal találkozhat, amelyek jelentős mértékben képesek hatni. A csoporttag viselkedése megváltozik, társas igényei megerősödnek, konverzációs gátlásai csökkennek (vö. Elman 1999: 10). A csoportterápiának a következő jótékony hatásai vannak az egyénnel

nézve: a) *Reménykeltő szerep.* Vagyis a kliens, ha belép egy csoportba, láthatja, hogy léteznek rajta kívül olyan emberek, akiknek hozzá hasonló problémáik vannak. Az ezzel való szembesülés pozitív változást eredményez a kliensek gondolkodásában. Addig ugyanis elszigetelten éltek, többnyire egy szoba négy fala között, egy televízió társaságában. Mikor első alkalommal találkoztak az egy időben kezelt pácienseim, megjegyezték, hogy nem is gondolták, hogy ilyen sok sorstársuk van. Pedig csak nyolcan voltak jelen. b) *Univerzalitás.* A csoport segít a személynek felismerni azt, hogy nincs egyedül a stroke-kal. A felismerés után várhatóan a családi életben is kedvező változás következik be. Nem beszélve arról, hogy a páciens valaki hozzá a terápiára, így szükségszerűen a hozzátartozók is találkoznak, akiknek ezeken az alkalmakon lehetőségük van tapasztalatcserére. A hozzátartozók oktatásával sajnos senki nem foglalkozik, így pusztán ösztönös szeretettel tudják csak gondozni a hozzátartozó-jukat, ami persze nem kis dolog így sem. c) *Önzetlenség.* A csoport megfelelő keretet biztosít ahhoz, hogy az afáziával együtt élő személynek lehetősége legyen megérezni azt, hogy képes segítséget nyújtani egy másik csoporttagnak. Egészen rendkívüli élmény, mikor a féldoldali, de már támaszkodóbot segítségével közlekedő páciens kerekés székes társát tolja át egyik terápiás helyiségből a másikba. Segített, és hálás azért, hogy segíthetett. Hiszen talán évek óta már csak azt az érzést tapasztalja meg, hogy neki segítenek. Segít továbbá kimondani a nehezen artikuláló társának a szót, ha a többiek nem értik, és boldogsággal tölti el, hogy ő megértette, segíthetett társának neki eljuttatni a közlendőjét a többi csoporttag felé. d) *Információközlés.* Egy csoportban a vezető információt szolgáltat, maga a csoport pedig egy olyan jármű, ami szállítja a segítő technikákat, instrukciókat a csoporttagoknak. Mindemellett a csoporttagok is közölnek információt a többi taggal, leginkább a múltbeli tapasztalatokról. A csoportterápia meghatározó funkciója, hogy a résztvevőknek mindig több információval kell rendelkezniük a csoportulás végén, mint a találkozó kezdetén. Egymásnak pedig nem csak az ülésen, hanem a találkozók előtt és után is adnak (és fogadnak is egymástól) információkat, ami többnyire a mindennapok megélése, túlélése téma köré szerveződik. e) *Társas készségek.* Egyes kliensek jól kommunikálnak egy-egy szituációban, például a terapeutával, vagy egy meghatározott témában, de elkerülik a kommunikációt egyéb társas szituációban, például barátokkal vagy a családdal. A csoport lehetőséget ad arra, hogy különböző szituációban a résztvevők fejlesszék és használják interperszonális készségeiket, és kiterjesszék ezeket az élet más területeire is. f) *Érzelmek felszabadulása.* Az afáziával együtt élő személyeknek ki nem mondott, rejtetegetett félelmeik vannak, amelyek meghallgatására nem afáziás személyeknek csak limitált idejük van. A csoportban viszont a kliens elmondhatja ezeket az érzéseket, benyomásokat. Itt nem csak a frissen megtapasztalt érzelmek jönnek elő. János mozdonyvezető volt, akinek a csoportterápián tört felszínre egy húsz évvel azelőtti emléke. Hatalmas tehervonatot vezetett, amikor meglátott egy három év körüli kislányt a sínek között. Fékezett, dudált, de képtelen volt megállni. Percekig nem tudta, hogy mi történt a kislánnyal. Mikor végre megállt a vonat, kiszállt, rohant megnézni a gyereket, aki valamilyen csoda folytán megmenekült. Akkor nem, de most zokogott. Elmondta. El tudta mondani. A csoporttársak biztosították támogatásukról, megértésükről. Tette ezt ki verbálisan, ki nonverbálisan. g) *Összetartozás.* A csoportterápiában ez a tényező legalább annyira fontos, mint az egyéni kezelésben a bizalom. Az összetartó csoportok együtt, egymásért dolgoznak. Az a jó csoport, ahol, ha egy csoporttagnak problémája van, érzi, hogy azt a csoport elé lehet vinni, tudja, hogy társaitól nagy valószínűség szerint segítséget kaphat (Marshall 1999: 10–12). Az összetartozás érzése olyan erők felszabadulásá-

hoz vezethet, hogy akár évekig nem beszélő ember csoportterápiás közegben megszólal. István bácsi két éve nem beszélt. Az egyéni terápiában, feladathelyzetben, értünk el sikereket, de a spontán beszéde lényegében nem javult. Bevittem őt is a csoportba, ahol kedves egyéniségével rögtön mindenki kedvence lett. Tettem egy szótalálási próbát. Tárgyképeket mutattam a csoporttagoknak, mindenki megnevezte a soron következő képet. István bácsi is. Mintegy hatvan tárgyképet, mindenféle fonemikus vagy taktilis segítség nélkül. A csoportársak tapsban és örömujjongásban törtek ki. István bácsi azóta el tudta még azt is mondani, hogy mi volt az első munkahelye.

A logopédusnak ahhoz, hogy jó diagnosztika és terapeuta lehessen, kötelessége figyelni a beszéd, beszédhang megváltozásának jelzéseire. Meg is teszi ezt, többnyire ösztönösen figyel rá. De hogy miért érdemes bárkinek is figyelni arra? Mert „a beszéd közvetlenül vagy közvetve mindig az egész embert, annak időszerű és állandósult testi-lelki állapotát, változásait jeleníti meg. [...] a hosszabb-rövidebb ideig tartó betegségeknek is van beszéd (és természetesen hang) megmutatkozása” (Vékássy 2004: 40). Van adatunk róla, hogy milyen a neurózis beszédjellemezője, milyen a szorongásé, a depresszióé. De ismerjük azt is, hogyan árulkodik a hang a pszichopátiáról. „A pszichopátiára a beszédbeli hajlékonyság a jellemző. Ennek alkotórészei a gyengült, lágy hangerő és hangkapcsolatok, a kimódoltan modoros artikuláció, az erős kézzetettességű, de monoton áthatóság (emiat szuggesztív a pszichopata). A precíz artikuláció miatt a beszéd személytelen (érzelemmentes). Adataink szerint a pszichopátákra a beszéd simulékonyasága-hajlékonysága a jellemző, ami mozgékony, proporcionált nem verbális keretben jelenik meg” (Vékássy 2004: 45). Azonban nem csak pszichés érintettséget mutató betegségekre következtethetünk, ha odafigyelünk a hangra. Megjelenik beszédbeli tünete a *hypertireos*nak, vagy akár a gyomorfekélynek is. „A gyomorfekélyes beteg beszéde gyenge és illeszkedő hangerejű, a beszéd kézzetése és sebessége lassú. Artikulációja pontos, a magánhangzók röviden ejtettek (érzelmi visszafogottság), a mássalhangzók keményebben és zárt szájjal ejtettek (feszültség). A hang magasabb, fátyolos. Az egész beszéd adinamiás, visszafogottan bizonytalan. Adataink szerint a gyomorfekélyes betegen a megélt feszültség látható-hallható, a beszéd dinamikai és mozgásos korlátozottságával (a beteg az állandósult feszültsége miatt viselkedését erős ellenőrzés alatt tartja, beszédmagatartása a leegyszerűsített konvenciókban jelenik meg)” (Vékássy 2004: 46).

A nyelvi rendszer és a beszédhang kommunikációban testet öltött formája behálózza mindennapjainkat. Míg a részünket képezi, természetesnek vesszük. El sem tudjuk képzelni, milyenek lennénk nélküle. Sőt nem is akarjuk elképzelni, eszünkbe sem jut elképzelni, olyannyira természetes folyamatként éljük meg a kommunikációt, hiszen velünk, a személyiségünkkel együtt teljesedett ki. Viszont ha elhagy minket, azonnal észleljük a hiányát. Akkor tapasztalja meg az ember, hogy olyannyira szüksége van a beszélésre a jólétkezés teljességének eléréséhez, mint szervezetének a levegővételre. Beszéd nélkül az élet már nem olyan, mint azelőtt volt. Minőségileg más valami. Tesztekkel igazolható, hogy a kommunikációs zátonyra futott ember személyisége is megváltozik. A beszédzavar rendkívül változatos formában jelentkezhet, érintheti a globális nyelvi rendszert, de megmutatkozhat csupán egyetlen apró artikulációs mozzanat eltéréseben is. Különböző súlyosságú lehet, és állandóan képes a változásra. Mivel mindenki tud beszélni, mindenki kompetensnek érzi magát a nyelv- és beszédfejlesztésben. Részben egyébként az is. De azért ne felejtjük el, van egy szakma, ami tudatosan végzi a megváltozott nyelvi-kommunikációs apparátus fejlesztését; úgy hívják: logopédia.

Hivatkozott irodalom

- Elman, Roberta J. (1999): *Group Treatment of Neurogenic Communication Disorders: The Expert Clinician's Approach*. Boston: Butterworth–Heinemann.
- Frint Tibor (1993): *A funkcionális dysphoniák*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó.
- Kagan, Aura (1998): Supported conversation for adults with aphasia: methods and resources for training conversation partners. *Aphasiology* 12(9): 816–838.
- Marshall, Robert C. (1999): *Introduction to Group Treatment for Aphasia: Design and Management*. Boston: Butterworth–Heinemann.
- Mészáros Krisztina és Bánó Zsuzsanna (2005): A funkcionális dysphonia kezelésének értékelése az RBH-szisztéma segítségével. *Otorhinolaringologia Hungarica* 51(4): 233–234.
- Vecsey Katalin (2010): Transzszexuális „hangterápia”. *Gyógypedagógiai Szemle* 2010(3): 193–203.
- Vékássy László (2004): Betegségek beszédjellemezői. *Beszédgyógyítás* 15(1): 40–47.