

<https://helda.helsinki.fi>

---

Muistisairaiden ihmisten kielen ja kommunikaation kuntoutus :  
Training of language and communication of the people with dementia

Pekkala, Seija

Gaudeamus  
2017

---

Pekkala , S 2017 , Muistisairaiden ihmisten kielen ja kommunikaation kuntoutus : Training of language and communication of the people with dementia . julkaisussa A Klippi , A-M Korpijaakko-Huuhka , M Lehtihalmes & P Rautakoski (toim) , Afasia : Aikuisiän kielihäiriöiden aivoperusta ja kunoutus . Gaudeamus , Helsinki , Sivut 303-312 .

---

<http://hdl.handle.net/10138/309748>

---

unspecified  
publishedVersion

---

*Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.*

*This is an electronic reprint of the original article.*

*This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.*

*Please cite the original version.*

# 23

## Muistisairaiden ihmisten kielen ja kommunikation kuntoutus

SEIJA PEKKALA

Etenevät muistisairaudet rappeuttavat aivoja ja heikentävät sekä muistia että muita tiedonkäsittelyn alueita, kuten kielellisiä toimintoja, näönvaraista hahmottamista ja toiminnanohjausta. Tällaisia sairauksia ovat muiden muassa Alzheimerin tauti, verisuoniperäinen muistisairaus, Lewyn kappale-tauti, Parkinsonin taudin muistisairaus sekä otsa-ohimolohkorappeumat. Ne johtavat muistin ja muiden kognitiivisten kykyjen heikentymiseen, joka hankaloittaa arjen toiminnoista selviytymistä ja tuo vaikeuksia sosiaaliseen ja ammatilliseen elämään.

Kielelliset muutokset ovat usein kognitiivisista muutoksista varhaisimpia, ja ne vaikuttavat eri tavoin muistisairaahan ihmisen ja hänen lähiympäristönsä väliseen vuorovaikutukseen (Bayles & Tomoeda, 2013; Bourgeois & Hickey, 2009). Yleisimpiä muutoksia ovat vaikeudet tuottaa ja ymmärtää puhetta. Näistä edelliset johtuvat sananlöytämistä vaikeuksista, heikentyneestä kyvystä tuottaa ja järjestää ideoita sekä muistiin tallentuneen tiedon rapautumisesta, koska episodinen muisti, työmuisti ja semanttinen muisti ovat häiriintyneet. Ymmärtämisen esteenä puolestaan ovat ympäristön hahmottamis- ja tunnistamisvaikeudet, heikentynyt tarkkaavuus, muistijärjestelmien muutokset sekä tiedon rapautuminen. Muutoksista huolimatta muistisairaalla ihmisellä säilyy kielellisiä taitoja, ja hänen halunsa ja tarpeensa olla vuorovaikutuksessa muiden kanssa pysyvät hyvinkin pitkään.

## KUNTOUTUKSEN PERUSTEITA

lääkkäiden ihmisten määrä kasvaa Suomessa voimakkaasti, ja vuoteen 2030 mennessä 65 vuotta täyttäneitä ihmisiä arvioidaan olevan yli neljännes väestöstä (Tilastokeskus, 2012). Samalla kasvaa muistisairaiden ihmisten määrä, kuten myös muistisairauksien aiheuttamat hoitokulut (Bayles & Tomoeda, 2013). Viime aikoina onkin alettu enemmän tutkia sitä, miten muistisairaudet voitaisiin havaita mahdollisimman varhain ja mitkä olisivat muistisairaille ihmisille sopivia kuntoutusmenetelmiä. Muistisairaiden ihmisten kuntouttaminen on hankalampaa kuin esimerkiksi aivovamman tai aivoverenkiertohäiriön saaneiden ihmisten kuntouttaminen, koska muistisairaudet ovat yleensä *progressiivisia* eli ne etenevät mahdollisista hoidoista huolimatta. Tämän vuoksi toimintoja palauttavan tai korjaavan kuntoutuksen järjestämistä muistisairaille ihmisille kyseenalaistettiin pitkään.

Useat tutkimukset ovat kuitenkin osoittaneet, että lääkehoidon lisäksi psykososiaalinen ja kognitiivinen kuntoutus esimerkiksi lievässä kognitiivisessa heikentymisessä ja Alzheimerin taudin varhaisessa vaiheessa (ks. luku 5) parantavat kielen prosessointia ja muita kognitiivisia toimintoja (Chapman ym., 2004; Requena ym., 2006). Kognitiivisen kuntoutuksen on havaittu lisänneen aivojen aineenvaihduntaa sekä kasvattaneen aivokuoren paksuutta ja valkean aineen tiheyttä (Boggio ym., 2011). Kuntoutus on myös erittäin kustannustehokasta, varsinkin jos se toteutetaan tiiviinä jaksoneuvon ja ryhmissä (Chapman ym., 2004).

Muistisairauden aiheuttamista muutoksista huolimatta ihmisäivot voivat muokkautua uudelleen (Bayles & Tomoeda, 2013). Toisaalta muutokset eivät vaikuta samalla tavalla kaikkiin oppimiseen ja tiedonkäsittelyyn liittyviin prosesseihin, joten heikentyneitä toimintoja voidaan pyrkiä kompensoimaan kuntouttamalla säilyneitä järjestelmiä. On olemassa näyttöön perustuvia menetelmiä, joiden avulla voidaan edistää muistisairaiden ihmisten aivojen muokkautumiskykyä ja siten vahvistaa henkilön kognitiivista kapasiteettia. Niinpä esimerkiksi lievän kognitiivisen heikentymisen etenemistä varsinaiseksi muistisairaudeksi voidaan viivästyttää, ja toisaalta voidaan tukea niiden ihmisten toimintoja, joilla muistisairaus on jo edennyt pitemmälle. Enää ei siis kysytä, onko kuntoutuksesta hyötyä vaan millainen kuntoutus on tehokkainta. Kuntoutuksella tuetaan muistisairaahan ihmisen kokonaisvaltaista toimintakykyä ja elämänlaatua, ja se voi olla *suoraa* tai *epäsuoraa*.

Puheterapeutin tehtävänä on arvioida henkilön kielellis-kognitiivinen ja kommunikatiivinen suorituskyky sekä auttaa (erotus)diagnoosin teossa (Bayles & Tomoeda, 2013; Kohonen & Pekkala, 2015; Loehr & Malone, 2014). Lisäksi puheterapeutti tarjoaa muistisairaalle ihmiselle ja hänen läheisilleen tietoa sairauden mukanaan tuomista kielellisistä muutoksista sekä niiden

vaikutuksista kommunikaatiokykyyn ja vuorovaikutukseen ympäristön kanssa. Kuntoutuksessa vahvistetaan olemassa olevia kielellisiä ja kommunikatiivisia taitoja. Lisäksi omaisille ja hoitohenkilökunnalle voidaan opettaa strategioita, joiden avulla he voivat selvitä arjen vuorovaikutustilanteista. Muistisairaille ihmisille suunnattu puheterapia on esimerkiksi Isossa-Britanniassa, Kanadassa ja Yhdysvalloissa jo melko yleistä, mutta Suomessa puheterapiapalveluiden kehittäminen on vasta aluillaan (Kohonen & Pekkala, 2015).

## SUORA KOMMUNIKAATIOTERAPIA

*Suorilla menetelmillä* tarkoitetaan kuntoutusohjelmia, jotka toteutetaan yksilö- tai ryhmäpuheterapiana ja joiden tavoitteena on ylläpitää muistisairaana henkilön kommunikatiivista toimintakykyä (Bayles & Tomoeda, 2013). Kuntoutuksen suunnittelun lähtökohtana on logopedinen arviointi, jossa kartoitetaan kuntoutujan kielelliset ja kommunikatiiviset taidot. Koska taidot heikenevät muistisairauden myötä, on syytä tarkistaa säännöllisesti niiden muutokset ja pohtia kuntoutuksen tavoitteet uudelleen. Tällä hetkellä muistisairauksien tutkimisessa käytetään usein afasian arviointiin suunniteltuja menetelmiä, jotka eivät ota huomioon muistisairauksiin liittyviä ominaispiirteitä, kuten heikentyvien muistitoimintojen vaikutusta kielelliseen prosessointiin ja vuorovaikutukseen (Chapman ym., 2004; Kohonen & Pekkala, 2015). Muistisairaiden ihmisten logopediseen arviointiin ja kuntoutuksen vaikuttavuuden mittaamiseen tarvittaisiinkin uusia menetelmiä.

Muistisairaiden ihmisten puheterapian kulmakivenä ovat ihmisen jäljellä olevat kielelliset ja muut kognitiiviset taidot (Bayles & Tomoeda, 2013; Loehr & Malone, 2014). Kuntoutuksessa pyritään yhtäältä vahvistamaan kielellis-kognitiivisia taitoja ja toisaalta välttämään sellaisia suorituksia, jotka edellyttävät heikentyneiden taitojen käyttöä. Kuntoutusta suunniteltaessa on hyvä pitää mielessä tietyt peruseriaatteet. Ensinnäkin on tärkeää laatia kullekin kuntoutujalle yksilöllisesti mielekkäitä tehtäviä, sillä ne lisäävät sitoutumista kuntoutukseen ja parantavat suoritusta ja oppimista. Toiseen muistisairaana ihmisen tulee voida vaikuttaa kuntoutuksen sisältöihin ja omaan oppimiseensa. Tätä edesauttaa se, että hänelle tarjotaan mahdollisuus valita erilaisia kuntoutuksellisia lähestymistapoja ja sisältöjä. Muistisairaana ihmisen henkilöhistoriaan tutustuminen helpottaa tehtävien suunnittelua. Lisäksi kuntoutuksessa kannattaa käyttää harjoitteita, jotka herättävät myönteisiä tunteita, sillä se edistää oppimista. Esimerkiksi musiikin kuuntelun on havaittu lisäävän puheen tuottamista, emotionaalisesti latautuneen sanaston käyttöä ja omaelämäkerrallisten muistojen kertomista (Haj ym., 2012).

Kielellisessä kuntoutuksessa käytettyjä keinoja ovat muun muassa virittäminen, aktiivinen osallistuminen sekä syväoppimiseen johtavien strategioiden harjoittelu (Bayles & Tomoeda, 2013). *Virittämisessä (priming)* semanttinen ennakoiva vihje (esim. sana-assosiaatio, kategoria) auttaa palauttamaan haluttu sana mieleen ja nimeämään se. Virittämisvihjeinä voivat toimia myös muistikirjat, joiden sisältämät valokuvat aktivoivat tilanteisiin ja ihmisiin liittyviä aiheita ja sanastoa.

*Aktiivinen osallistuminen oppimiseen*, kuten tekemällä oppiminen, tehostaa proseduraalista muistia, johon ovat tallennettuina ihmisen taidot ja tottumukset. Ne ovat usein säilyneet paremmin kuin episodinen, aikaan ja paikkaan sidoksissa oleva tieto. Säilyneitä taitoja voidaan käyttää hyväksi muun muassa siten, että muistisairasta ihmistä pyydetään itse luomaan omat muistivihjeensä, sillä ne toimivat arkipäivän tilanteissa (esim. ruoanlaitossa) paremmin kuin jonkun toisen laatimat muistivihjeet. *Syväoppimisen* eli asioiden ymmärtämiseen johtavien strategioiden, kuten visualisoinnin, tiedon organisoimisen, kohteeseen liittyvien ominaisuuksien listaamisen ja semanttisen tietorakenteen muodostamisen (esim. opeteltavan sanan liittäminen sitä vastaavaan semanttiseen kategoriaan), on havaittu auttavan muistisairasta ihmistä muistamaan ja oppimaan uutta. Kun tieto palauteetaan mieleen toistuvasti ja tietoisesti, muistijälki vahvistuu ja se on helpompi ”löytää”. Jos uuden oppiminen on vaikeaa, on hyvä keskittyä ylläpitämään säilynyttä tietoa (esim. lastenlasten nimet, miten hälyttää ambulanssi).

Kuntoutusta suunniteltaessa on otettava huomioon muistisairaudesta kärsivän henkilön näkö- ja kuulokyky samoin kuin kuntoutuksessa käytettävien materiaalien selkeys (Bayles & Tomoeda, 2013; Loehr & Malone, 2014). Koska muistisairaalla henkilöllä työmuistin kapasiteetti on todennäköisesti rajoittunut, tulisi harjoitteiden suoritusohjeet antaa mahdollisimman selvästi. Tehtävien tulee olla sopivan vaikeita muistisairaahan ihmisen kielellis-kognitiivisiin taitoihin nähden, eivätkä ne saa kuormittaa häntä liikaa. Puheterapeutin on myös huomioitava, minkälaisia toimintoja tehtävien suorittaminen edellyttää. Esimerkiksi käsitteen sisältämän tiedon etsiminen pitkäkestoisesta muistista tai käsitteiden vertailu on muistisairaalle ihmiselle vaativampaa kuin käsitettä vastaavan sanan tunnistaminen, ja kohteen kuvaileminen on vaikeampaa kuin siihen liittyvien ominaisuuksien tunnistaminen. Usean samanaikaisen tehtävän suorittaminen ei ole suositeltavaa, koska se voi aiheuttaa tarkkaavuuden herpaantumista, stressiä ja lähimuistin vaikeuksia ja siten estää oppimista. Kirjoitetut ohjeet parantavat suoritusta, samoin riittävän pitkän vastausajan antaminen.

## YLEISIMMÄT SUORAT KUNTOUTUSMENETELMÄT

Muistisairaiden ihmisten kommunikaation kuntoutuksessa käytetään erilaisia suoria menetelmiä, joista yleisimpiä ovat realiteettiorientaatio, virheetön oppiminen, aikavälikertaus, muisteluterapia, validaatioterapia, ulkoisten muistivihjeiden hyödyntäminen (Bayles & Tomoeda, 2014; Bourgeois & Hickey, 2009; Loehr & Malone, 2014) sekä kognitiivinen stimulaatioterapia (Aguirre ym., 2003; Woods ym., 2012).

*Realiteettiorientaatio (reality orientation therapy)* on vanhimpia muistisairaiden ihmisten ryhmäkuntoutusmenetelmiä. Siinä ihmisiä ohjataan 30 minuutin tapaamisissa suuntaamaan huomionsa vallitsevaan tilanteeseen ja ympäristöön, kuten aikaan, paikkaan, ihmisiin, säähän tai viimeaikaisiin tapahtumiin. Sen on todettu kohentavan muistisairaana ihmisen orientoitumista nykyhetkeen ja parantavan kognitiivisia ja kielellisiä toimintoja sekä itsenäistä toimintaa.

*Virheetön oppiminen (errorless learning)* nojaa käsitykseen, että muistisairaalle ihmiselle voidaan opettaa uutta tietoa estämällä tai minimoimalla virheiden määrä oppimisen aikana (Hopper ym., 2013). Virheitä vältetään, koska asioiden virheellinen oppiminen synnyttää muistijäljen, joka toistuesaan vahvistuu ja voi aktivoitua helposti. Virheettömään oppimiseen päästään tarjoamalla opittavasta kohteesta (esim. esineen tai ihmisen nimestä) tarpeeksi selviä vihjeitä (esim. sanan ensimmäinen äänne tai voimakas semanttinen assosiaatio). Ajan kuluessa niitä voidaan vähitellen häivyttää kuntoutujan oppiessa halutun asian. Virheellisen vastauksen välttämiseksi kuntoutujaa kehoitetaan olemaan arvaamatta kohdetta.

*Aikavälikertaus (spaced retrieval technique)* puolestaan perustuu virheettömän oppimisen periaatteille. Tavoitteena on oppia esimerkiksi sanoja ja nimiä ja parantaa niiden hakua muistista pitenevin aikaväleihin, kunnes henkilö oppii tavoitesanan. Puheterapeutti esittää toistuvasti saman kysymyksen (esim. *Mikä on tyttäresi nimi?*), johon muistisairas henkilö vastaa opitun mallin mukaan (*Mari*). Harjoittelukertojen aikaväliä pidennetään systemaattisesti (esim. 10 s, 30 s, 1 min, 2 min, 4 min, 8 min jne.), kunnes kuntoutuja muistaa harjoiteltavan asian. Mikäli kuntoutuja ei kykene palauttamaan sanaa tai nimeä mieleensä, puheterapeutti kertoo oikean vastauksen, kysyy kysymyksen uudelleen, pyytää vastaamaan uudelleen ja sen jälkeen toistaa kysymyksen sen aikavälin mukaan, jolloin kuntoutuja edellisen kerran muisti vastauksen oikein. Aikavälikertausta on sovellettu tuloksellisesti erilaisen tiedon muistamiseen ja taitojen oppimiseen, kuten semanttisen (kotiosoitteen muistaminen), proseduraalisen (lääkkeiden ottaminen), prospektiivisen (tulevien tapahtumien muistaminen, esim. lääkärin vastaanotolle meno) ja episodisen (henkilökohtaiset tapahtumat) tiedon muistamiseen.

*Validaatioterapia (validation therapy)* on yksi vanhimmista kuntoutusmenetelmistä, ja sitä käytetään etenkin pitkäaikaishoitopaikoissa. Validaatioterapiassa kommunikaatiokumppani vahvistaa ja kunnioittaa muistisairaana ihmisen ilmaisemia tunteita riippumatta siitä, liittyvätkö ne senhetkiseen tai johonkin aiemmin koettuun tai kuviteltuun tilanteeseen. Tavoitteena on ymmärtää muistisairaana ihmisen käyttäytymistä ja vahvistaa hänen tunteitaan. Validaatioterapiassa keskeistä on kuntoutujan puheen toistaminen, katsekontaktin ylläpito, kosketus, kehonkielen havainnointi sekä musiikin käyttö. Validaatioterapian avulla on saatu lisättyä muistisairaana ihmisen vuoro vaikutuksen määrää ja puheen tuottamista. Se on myös auttanut vähentämään itkuisuutta, vaeltelua, turvallisuutta vaarantavaa liikkumista estävien fyysisten rajoitteiden käyttöä sekä psyykenlääkkeiden tarvetta. Menetelmän vaikuttavuudesta muistisairauksien kuntoutuksessa ei kuitenkaan ole selvää näyttöä.

*Muisteluterapiassa (reminiscence therapy)* muistisairasta ihmistä tuetaan muistamaan omia elämäkokemuksiaan ja jakamaan niitä toisten kanssa. Tavoitteena on lisätä sosiaalista vuoro vaikutusta, myönteisten tunteiden ilmaisua sekä itsetuntemusta. Muisteluterapian avulla parannetaan muistisairaana ihmisen itseilmaisua ja pragmaattis-sosiaalisia taitoja sekä tuetaan aktiivista kuuntelua, puheen ymmärtämistä ja tarkkaavuutta. Sitä harjoitetaan usein ryhmissä, ja siinä käytetään muistamista tehostavina tekijöinä eri aisteja stimuloivia materiaaleja, kuten valokuvia, sanomalehtiartikkeleita, esineitä, vaatteita, videoita ja musiikkia. Keskustelunaiheiden valintaan tulee kiinnittää erityistä huomiota, jotta kaikki osallistujat pääsisivät mukaan keskusteluun ja saivat virkistettyä omia muistikuviaan. Yleisiä aiheita ovat esimerkiksi juhlapäivät, tapahtumat maailmalla, sää, perinteet, harrastukset ja matkustaminen. Tieteellinen näyttö muisteluterapian hyödyistä on melko vähäistä.

*Ulkoisten muistivihjeiden käytön* on havaittu auttavan muistisairaana ihmisen kommunikointia. Muistisairaus ei kovin nopeasti heikennä lukutaitoa, joten muistisairas ihminen voi hyödyntää kirjoitettuja viestejä ja muistutuksia kompensoidakseen pahenevia muistivaikeuksiaan. Esimerkiksi erilaisten korttien ja muistitaulujen käyttö voi vähentää tarvetta toistaa jatkuvasti samoja asioita, mikä puolestaan vähentää omaisten kokemaa stressiä. Kuvalliset vihjeet päiväjärjestyksestä (lääkkeiden otto, ruoka-ajat) tai muistilapuille kirjatut tehtävät (ohje sähkölaitteiden sammuttamisesta) sekä muistilistat (ruoka-allergiat) auttavat suoriutumaan päivittäisistä rutiineista ja selviytymään arjessa. Ulkoisten muistivihjeiden käyttö lisää muistisairaana ihmisen itsenäisyyttä ja omatoimisuutta.

## KOGNITIIVINEN STIMULAATIOTERAPIA

Muistisairaille ihmisille kehitetyistä suorista menetelmistä tehokkaaksi on osoittautunut erityisesti *kognitiivinen stimulaatioterapia* (*cognitive stimulation therapy*, CST) (Aguirre ym., 2003; Woods ym., 2012). Kognitiivinen stimulaatioterapia voi sisältää yksittäisten kognitiivisten toimintojen ja taitojen täsmäharjoittelua tai ryhmissä tapahtuvia keskusteluita ja aktiviteetteja, jotka lisäävät kognitiivista ja sosiaalista toimintaa. Kuntoutus voidaan myös räätälöidä yksilöllisesti, jolloin kuntouttaja toimii yhdessä muistisairaahan ihmisen ja hänen omaistensa kanssa opettaen heille strategioita, joiden avulla tuetaan arjessa selviytymistä. Kognitiivisella stimulaatioterapialla saadaan parhaat tulokset, jos se aloitetaan siinä vaiheessa, kun muistisairas ihminen voi vielä oppia ja soveltaa erilaisia keinoja ylläpitääkseen toimintakykyään. Menetelmän on havaittu edistävän kognitiivisten taitojen parantumista lievästi ja keskivaikeasti muistisairaille ihmisillä sekä niillä, joilla on lievä kognitiivinen heikkeneminen (Woods ym., 2012; Aguirre ym., 2013). Taidot ovat säilyneet jopa kuukausia kuntoutuksen päätyttyä.

Kognitiivinen stimulaatioterapia lisää muistisairaahan ihmisen kommunikaatiota ja sosiaalista vuorovaikutusta sekä parantaa hänen elämänlaatuaan ja hyvinvointiaan. Elisa Aguirren tutkimusryhmän (2013) meta-analyysin perusteella ei kuitenkaan ole selvää, minkä tyyppinen, kuinka intensiivinen tai minkä pituinen kuntoutus olisi tehokkainta. Kuntoutustutkimuksia on tehty vasta vähän, ja ne ovat olleet melko vaihtelevia, eikä kuntoutuksen pitkäaikaisvaikutuksista ole juurikaan tietoa. Joka tapauksessa muistisairauksien etenemistä ja siitä johtuvaa kognitiivisten taitojen heikkenemistä voidaan jonkin verran viivyttää mutta ei estää. Carmen Requenán työryhmän (2006) kaksivuotisen seurantatutkimuksen mukaan kognitiivisella stimulaatioterapialla voitiin parantaa muistisairaiden ihmisten kognitiivista toimintaa ensimmäisen seurantavuoden aikana, mutta toisen seurantavuoden kuluessa tulokset heikkenivät.

Kognitiivinen stimulaatioterapia perustuu usein ryhmämuotoiseen kuntoutukseen, ja siinä on vaikutteita muista edellä mainituista suorista menetelmistä, kuten realiteettiorientaatiosta ja muisteluterapiasta. Esimerkiksi Aimee Spectorin työryhmän (2003) tutkimuksessa oli tapaamisia seitsemän viikon ajan kahdesti viikossa (45 min/kerta). Tapaamisissa muun muassa tunnistettiin ympäristön ääniä, keskusteltiin erilaisista aiheista, kuten lapsuuden ihmisistä ja paikoista, ruoasta, ajankohtaisista tapahtumista sekä kuuluisuuksista, ja harjoiteltiin rahankäyttöön ja hintoihin liittyviä asioita. Ryhmissä tehtiin myös erilaisia kielellisiä tehtäviä, kuten lauseentäydennys-, sana-assosiaatio- ja kategorisointitehtäviä.



Kuntoutus auttoi lisäämään kommunikaatiota ja parantamaan kognitiivisia toimintoja sekä vähentämään masennusta ja ahdistuneisuutta. Muistisairaat ihmiset kokivat, että vertaisryhmässä oli turvallista jakaa asioita ja helpompi puhua. Niin muistisairaiden ihmisten itsensä, heidän perheenjäsentensä kuin hoitohenkilökunnankin mielestä heistä tuli positiivisempia, rentoutuneempia ja itsevarmempia (Spector ym., 2011).

## EPÄSUORAT KUNTOUTUSMENETELMÄT

*Epäsuoran kuntoutuksen* tavoitteena on parantaa muistisairaahan ihmisen fyysistä ja kielellistä ympäristöä siten, että se tukee hänen toimintakykyään ja kommunikaatiotaan mahdollisimman hyvin (Bayles & Tomoeda, 2014; Bourgeois & Hickey, 2009). Keskeisessä roolissa ovat omaiset ja hoitohenkilökunta (ks. luku 8). Fyysistä ympäristöä voidaan muokata vuorovaikutukselle otolliseksi tekemällä siitä turvallinen ja rauhallinen esimerkiksi minimoimalla häly ja parantamalla valaistusta.

Omaisista ja hoitohenkilökuntaa opastetaan käyttämään kommunikaation tukemiseksi ja keskustelun virittämiseksi ulkoisia muistitukia, kuten kuvia ja muistilappuja, sekä tietokoneita (Bayles & Tomoeda, 2013). Kielellisen viestinnän kannalta tärkeitä seikkoja ovat keskustelijoiden määrän rajoittaminen, puhenopeuden hidastaminen ja miellyttävän äänensävyn käyttö. Olennaista on myös yksinkertaistaa lauserakenteita ja sanastoa sekä välttää pronomineja. Viestintäytyyi ei liioin saa muuttua lapselliseksi tai muistisairasta ihmistä vähätteleväksi. Avointen kysymysten sijaan kannattaa käyttää monivalintakysymyksiä (*Otatko teetä vai kahvia?*) ja kyllä tai ei -kysymyksiä (*Onko sinulla lapsia?*). Kiusoittelevaa ja sarkasmia puolestaan tulisi välttää, sillä niiden ymmärtäminen vaatii abstraktin kielen hallintaa. Vaikuttavimmissa epäsuorissa toimenpiteissä yhdistellään ulkoisten muistitukien käyttöä sekä omaisten ja hoitohenkilökunnan kouluttamista (Egan ym., 2010).

On tärkeää edistää muistisairaahan ihmisen mahdollisuuksia olla vuorovaikutuksessa perheenjäsentensä kanssa ja ylläpitää sosiaalisia suhteitaan sukulaisiin ja ystäviin. Muistisairaille ihmisille ja heidän puolisoilleen (lähiomaisilleen) suunnattujen interventtien tavoitteena on jakaa tietoa sairaudesta ja siihen liittyvistä emotionaalisista, kognitiivisista ja toiminnallisista haasteista sekä niiden kanssa selviytymisestä (Moon & Adams, 2013). Tavoitteena on myös tukea parisuhdetta, joka toisen osapuolen sairastumisen myötä yleensä muuttuu. Keskeisessä asemassa on myös keinojen löytäminen muuttuneen vuorovaikutuksen sujuvoittamiseen. Kuntoutusmuotoina on käytetty muun muassa tukiryhmätoimintaa, konsultointia, kognitiivista stimulaatiota, taitojen harjoitteluohjelmia ja apuvälineitä, kuten muistikirjoja. Interventiot lisäävät molemminpuolista ymmärtämistä, kommunikaatiota,

parisuhteen laatua sekä puolisoiden hyvinvointia. Omaisille suunnattujen interventoiden on myös havaittu lykkäävän muistisairaiden ihmisten siirtymistä laitoshoitoon.

## PUHETERAPIAN TOIMIVUUDESTA JA TOIMIMATTOMUUDESTA

Suomessa muistisairaiden ihmisten ja heidän omaistensa asiaa ajaa Muistiliitto kymmenine paikallisyhdistyksineen. Muistiliitto toimii kansanterveys-, potilas- ja edunvalvontajärjestönä, ja se pyrkii edistämään muistisairaiden ihmisten ja heidän omaistensa elämänlaadun ja hyvinvoinnin yleisiä edellytyksiä. Muistiliitto muun muassa tarjoaa apua ja tukea muistisairaille ihmisille ja heidän läheisilleen, järjestää erilaisia tapahtumia ja koulutus-tilaisuuksia, tuottaa julkaisuja sekä luo toimintamalleja ja -suosituksia arjen tukemiseksi.

Suomessa muistisairaiden ihmisten puheterapialle ei vielä ole virallisia hoitolinjauksia tai -käytäntöjä, ja puheterapeutin työnkuva muistisairaana ihmisen kuntoutuksessa on vasta muovautumassa. Aikuisneurologista kuntoutusta tarjoaville puheterapeuteille tehdyn kyselytutkimuksen mukaan muistisairaille ihmisille suunnatut puheterapiaresurssit ovat riittämättömiä (Kohonen & Pekkala, 2015; ks. myös luku 25). Monet kuntoutuksen tarpeessa olevat muistisairaajat ihmiset ja heidän omaisensa jäänevätkin kokonaan ilman puheterapiaa. Epäsuora puheterapia oli suoraa puheterapiaa yleisempi kuntoutusmuoto. Kuntoutukseen kuului useimmiten sekä sairastuneen ihmisen että hänen läheisensä ohjaamista ja neuvontaa.

Puheterapian toteutumattomuuteen vaikuttaa ensisijaisesti viisi tekijää: resurssien vähäisyys, puheterapiaan ohjautumattomuus, asiakkaan terveydelliset syyt sekä motivoitumattomuus, muiden asiakasryhmien kuin muistisairaiden ihmisten priorisointi ja muistisairauksien kuntoutukseen liittyvän tiedon puute (Kohonen & Pekkala, 2015). Kuntoutuksen toteutumista selittivät puolestaan sellaiset seikat kuin puheterapeutin työkokemuksen pituus ja työpaikka, jossa hän voi itse vaikuttaa asiakaskuntaansa. Koulutuksen hankkiminen muistisairauksista ja niiden kuntoutuksesta lisäsivät nekin osaltaan kuntoutuksen toteutumismahdollisuuksia. On siis aiheellista pohtia, miten voitaisiin vastata muistisairaiden ihmisten ja heidän omaistensa kasvavaan puheterapiatarpeeseen ja miten kehittää keinoja, joiden avulla ylläpidetään tai parannetaan sairastuneiden kykyä vuorovaikutukseen.

Tämän luvun kirjoittajan kliiniset kokemukset muistisairaiden ihmisten kielellis-kommunikatiivisesta kuntoutuksesta ovat erittäin myönteisiä. Olen usean vuoden ajan ohjannut muistisairaille ihmisille suunnattua keskusteluryhmää, jonka toiminnan lähtökohtina ovat edellä esittelemäni realiteetti-

orientaatio, muisteluterapia sekä kognitiivinen stimulaatio. Keskusteluryhmä kokoontuu kaksi kertaa viikossa kahdeksan viikon ajan. Siihen osallistuu neljä muistisairasta ihmistä ja kaksi logopedian opiskelijaa, jotka vetävät ryhmää ohjauksessani osana klinisiin opintoihin kuuluvaa harjoittelua (ks. Pekkala ym., 2006). Keskusteluryhmän tavoitteena on tarjota muistisairaille ihmisille tilaisuus olla vuorovaikutuksessa vertaisryhmän kanssa, vaihtaa ajatuksia ja mielipiteitä, osallistua eri aiheista käytävään keskusteluun sekä tehdä erilaisia kielellisiä tehtäviä. Keskusteluryhmän vaikuttavuutta ei vielä ole tutkittu, mutta osallistujien arviot ovat olleet erittäin myönteisiä. Omaisilta ja hoitohenkilökunnalta saadun palautteen mukaan keskusteluryhmään osallistuneiden puheen tuottaminen on parantunut ja heistä on tullut sosiaalisesti aktiivisempia. Keskusteluryhmän jälkeen he ovat usein myös olleet paremmalla tuulella ja levollisempia kuin niinä päivinä, jolloin ryhmä ei ole kokoontunut.

Muistisairaiden ihmisten kognitiivisella kuntoutuksella voidaan parantaa ja ylläpitää kielellis-kommunikatiivisia taitoja sekä edistää heidän ja heidän omaistensa hyvinvointia kaikissa sairauden vaiheissa. Kuntoutuksen hyötyä lisää ryhmämuotoisten ja lyhyiden interventoiden kustannustehokkuus. Jotta kuntoutuksesta saataisiin kaikki hyöty irti, se pitäisi aloittaa mahdollisimman varhain. Parhaat tulokset tulevat yhdistelmällä, jossa ovat mukana muistisairaana ihmisen yksilöllinen ohjaus, vertaisryhmä sekä läheisten ja hoitohenkilökunnan kouluttaminen.