

بخش

۱

ملاحظات اولیه



## فصل اول

# مقدمه‌ای بر استراتژی‌های مداخله زبانی در آفازی بزرگسالان

### تعریف مختصر آفازی

طبق تعریف بروکشایر:

«آفازی یک اختلال ارتباطی اکتسابی است که در اثر آسیب مغزی ایجاد می‌شود و بر اساس اختلال در صحبت کردن، گوش دادن، خواندن و نوشتن طبقه بندی می‌شود؛ این اختلال نتیجه نقص حسی یا حرکتی، نقص فکری عمومی، سردرگمی و یا اختلال روانی نیست.»

چیزی که برای یک تعریف کافی مهم است، ذکر چهار واقعیت اولیه است: این اختلال ۱. نوروزنیک یا عصب زاد است؛ ۲. اکتسابی است؛ ۳. بر زبان تأثیر می‌گذارد؛ و ۴. حاصل نقص‌های حسی و ذهنی عمومی نیست.

### «چارچوب‌های مفهومی آفازی»

اگرچه تعریف اصطلاح "آفازی" ساده است، اما چندین تعریف یا چارچوب عمیق برای مطالعه ماهیت آفازی وجود دارد. درک تفاوت‌های اساسی میان روش‌های مفهوم‌سازی آفازی برای توسعه یک چارچوب نظری منسجم از خود فرد ضروری است.

### ❖ چارچوب زبان هدفمند<sup>۱</sup>

بنا به گفته هولینگ جکسون، آفازی یک اختلال در توانایی فرد برای ساخت گفته‌ی هدفمند<sup>۲</sup> و یا انتقال منظور گفته‌اش است.

زبان دارای دو سطح غیرهدفمند<sup>۳</sup> و هدفمند<sup>۴</sup> است، که بر اساس دیدگاه جکسون، در آفازی آسیب در سطح زبان هدفمند است.

1 Propositional Language Framework

2 Make Proposition

3 Sub propositional

4 Propositional

- غیر هدفمند: پاسخ‌های اتوماتیک که در آفازی سالم است و در مناطق پایینی<sup>۱</sup> رخ می‌دهد.
- زبان هدفمند: برجسته‌های عقلی و ارادی و منطقی زبان تأکید می‌کند و به معنای انتقال معنا و مقاصد، با یکپارچه کردن واژه‌ها در بافت، برای بیان عقیده است، که در آفازی آسیب می‌بیند.
- ✳ ارزیابی: گفتار خود به خودی در بیان عقیده‌ای خاص
- ✳ درمان: تحریک توانایی بیمار برای استفاده از زبان هدفمند

### ❖ چارچوب عینی – انتزاعی<sup>۲</sup>

گلدشتاین<sup>۳</sup> و شرر<sup>۴</sup> (۱۹۴۸) مشاهده کردند که:

- بینش انتزاعی: همان زبان هدفمند (propositional) و قدرت بازداری عمل و عکس‌العمل و استفاده از تجارب گذشته است.
- بینش عینی: همان واکنش‌های منفعل (passive) به واقعیت‌هاست که وابسته به تجارب آنی و موقعیت و شیء و نیز شامل صداها، واژه‌ها، ترکیب واژه‌ها و عبارات اختصاصی است.

- ✳ ارزیابی: جور کردن<sup>۵</sup> شکل، رنگ، ترکیب شکل و رنگ
- ✳ درمان: تحریک بیمار برای درک و بیان انتزاعی‌تر

### ❖ چارچوب پردازش تفکر<sup>۶</sup>

وِپمن<sup>۷</sup> (۱۹۷۲) پیشنهاد کرد که آفازی اختلالی در فرآیند تفکر است که در آن، اختلال در بیان معنایی<sup>۸</sup> نتیجه اختلال در پردازش‌های فکری است که این پردازش‌های فکری به عنوان تسهیل‌گر برای بیان کلامی عمل می‌کند.

✳ ارزیابی:

(۱) بسط موضوع

(۲) دنبال کردن زنجیره افکار در گفتار خود به خودی

✳ درمان: تحریک بیمار جهت بیان افکار و تمرکز بر موضوعی خاص یا چندین موضوع / درمان تفکر محور یا محتوا محور

1 inferior  
2 Concrete-Abstract Framework  
3 Goldstein  
4 Scheerer  
5 Matching  
6 Thought Process Framework  
7 Wepman  
8 Semantic expression

### ❖ چارچوب تک بعدی<sup>۱</sup>

طبق دیدگاه تک بعدی از آفازی، رفتارهای زبانی یک ویژگی مشترک در انسان‌ها هستند و یک خروجی مشترک دارند و مولفه‌های درکی و بیانی، و همچنین مولفه‌های معنایی و نحوی زبان، جدا نشدنی هستند. این دیدگاه پیشنهاد می‌کند که آسیب به فرآیند زبانی منجر به آسیب عمومی زبان می‌شود که بر تمام جنبه‌های زبان تأثیر می‌گذارد.

یکی از محبوب‌ترین و عمیق‌ترین نظریه‌های تک بعدی، که توسط شوئل<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۶۴) پیشنهاد شده است، آفازی را یک اختلال عمومی زبان می‌داند که در تمام مدالیته‌های زبانی تأثیر می‌گذارد: صحبت کردن، گوش دادن، خواندن و نوشتن. آفازی شامل ناتوانی در دسترسی یا بازیابی کلمات و قوانین یک زبان کسب شده برای برقراری ارتباط است.

\* ارزیابی:

(۱) آزمون شوئل، مینه سوتا MTDDA (برای تشخیص افتراقی)

(۲) درک و بیان زبان از تک کلمه تا گفتار خود به خودی

\* درمان: تحریک محور: استفاده از محرک‌های شنیداری قوی و کنترل شده برای افزایش توانایی فرد در سازماندهی مجدد زبان

### ❖ چارچوب چند بعدی<sup>۳</sup>

یک چارچوب چند بعدی، آفازی را به شکل‌های متعدد در نظر می‌گیرد، که هر کدام متناظر با محل آسیب متفاوت هستند و دارای یک لیست مشخص از ویژگی‌های مشخص هستند.

\* ارزیابی

۱. WAB

۲. BDAE (بوستون): آفازی روان و ناروان

سایر انواع	آفازی ناروان	آفازی روان
آنومی	بروکا	ورنیکه
آلکسی و آگرافی	ترنس کورتیکال حرکتی (TMA)	ترنس کورتیکال حسی (TSA)
پیشرونده اولیه	گلوبال	انتقالی

1 Unidimensional Framework

2 Schuell

3 Multidimensional Frameworks

## آفازی روان<sup>۱</sup>

### ✱ ورنیکه<sup>۲</sup>

ویژگی های مهم آفازی ورنیکه عبارتند از:

گفتار روان اما پارافازی که در آن ساختار نحوی نسبتاً حفظ شده است، اختلال در درک شنوایی و درک خواندن. Logorrhea یا فشار گفتار که مشخصه آن، تولیدات کلامی بیش از حد است، پارافازی اغلب به شکل جابجایی صدا و جایگزینی کلمات است، مشکل در نامیدن وجود دارد، نئولوژیسم بیش از حد معمول است و گاهی اوقات به آن "آفازی جارگون"<sup>۳</sup> گفته می شود، مشکل در خواندن، نوشتن و تکرار کلمات و اغلب عدم آگاهی از نقص های خود را نشان می دهند. ضایعه هایی که منجر به این نوع آفازی می شوند، معمولاً در لوب تمپورال قرار می گیرند. نام های دیگر: آفازی خلفی - آفازی درکی - آفازی روان - آفازی جارگون

### ✱ انتقالی<sup>۴</sup>

گفتار افراد مبتلا به زبان پریشی انتقالی روان است، اگر چه به طور کلی، میزان گفتار آن ها از گفتار افراد مبتلا به زبان پریشی ورنیکه کم تر است. ویژگی مشخص این آفازی، اختلال در تکرار کلمات و جملات نسبت به روانی گفتار خود انگیخته است که اغلب نرمال یا نزدیک به نرمال است. درک شنیداری نیز نسبتاً خوب است. بسیاری از این بیماران کلمات را با پارافازی واجی تکرار می کنند، اما اغلب کلمات را حذف یا جایگزین می کنند و ممکن است در صورت درخواست کلمات عملکردی به جای اسم، اصلاً چیزی را تکرار نکنند. پارافازی لیترال<sup>۵</sup> به طور مکرر در گفتار اختلال ایجاد می کند.

### ✱ ترنس کورتیکال حسی<sup>۶</sup>

افراد TSA، گفتار روان همراه با پارافازی ها و نئولوژیسم های مکرر دارند. یک ویژگی کلیدی که TSA را از آفازی انتقالی متمایز می کند، توانایی تکرار سالم است. در TSA، پارافازی گلوبال بیشتر از پارافازی واجی رخ می دهد. درک شنیداری عموماً ضعیف است. آسیب در نامیدن در مواجهه وجود دارد و بیمار ممکن است یک پاسخ بی ربط ارائه دهد یا کلمات آزمونگر را تکرار کند.

1 Fluent

2 Wernicke's Aphasia

3 Jargon Aphasia

4 Conduction Aphasia

5 Literal

6 Transcortical Sensory Aphasia (TSA)

## آفازی ناروان<sup>۱</sup>

### \* آفازی بروکا<sup>۲</sup>

اغلب به عنوان "نقطه مخالف" آفازی ورنیکه در نظر گرفته می‌شود. ویژگی‌های مهم زبان‌پریشی بروکا عبارتند از: تولید<sup>۳</sup> ناروان، واژگان محدود، آگراماتیسم، درک شنیداری و خواندن نسبتاً خوب و نوشتن به اندازه گفتار آسیب دیده است. افراد مبتلا به زبان‌پریشی بروکا از کمبودهای ارتباطی خود آگاه هستند و بیشتر مستعد افسردگی و گاهی اوقات واکنش‌های فاجعه‌بار نسبت به بیماران مبتلا به انواع دیگر زبان‌پریشی هستند. ضایعه‌هایی که منجر به این نوع آفازی می‌شوند معمولاً در لوب فرونتال قرار می‌گیرند. نام‌های دیگر: آفازی ناروان - آفازی بیانی - آفازی قدامی

### \* آفازی ترنس کورتیکال حرکتی<sup>۴</sup>

در این بیماران، تکرار نسبت به گفتار، سالم است و گفتار ناروان است. این گونه بیماران پارآفازی واجی و گلوبال، خطاهای نحوی، perseveration، مشکل در تقلید و سازماندهی پاسخ‌ها در گفت و گو را نشان می‌دهند. نامیدن در مواجهه معمولاً سالم است، اما درک شنوایی مشکل دارد.

### \* آفازی گلوبال<sup>۵</sup>

آفازی گلوبال یک اختلال زبانی است که مشخصه آن درک و بیان آسیب دیده است. این بیماری اغلب به عنوان ترکیبی از زبان‌پریشی ورنیکه و بروکا در نظر گرفته می‌شود. بیماران مبتلا به زبان‌پریشی گلوبال تمایل به تولید جملات کمی دارند و واژگان بسیار محدودی دارند. آن‌ها درک کم و یا هیچ درکی در هیچ کدام از مدالیته‌های زبانی ندارند و توانایی کم یا عدم توانایی برای برقراری ارتباط موثر دارند.

\* **آنومی:** در این نوع آفازی گفتار روان است؛ به جز مواقع مکث به علت مشکل پیدا کردن کلمه. گرامر در این بیماران سالم است.

\* **آلکسی و آگرافی:** نقص خواندن در اکثر آفازی‌ها به ویژه در آفازی روان و TSA وجود دارد (به علت مشکل درکی).

1 Non Fluent

2 Broca's Aphasia

3 articulation

4 Transcortical Motor Aphasia (TMA)

5 Global

✱ **آفازی پیشرونده اولیه (PPA)<sup>۱</sup>**: در این بیماران نقص در زبان، در نشانه‌های اولیه ذکر شده است، و مهارت‌های شناختی نسبت به مهارت‌های زبانی سالم باقی می‌ماند. علت اصلی برای PPA ممکن است هر یک از بیماری‌های متعدد دژنراتیو باشد که بر مغز تأثیر می‌گذارند. بسیاری از بیماران مبتلا به این نوع زبان‌پریشی در نهایت با نقایص شناختی قابل توجه به عنوان بخشی از سندروم دمانس ظاهر می‌شوند.

### ❖ چارچوب روان‌شناسی زبان / حل مسئله / پردازش اطلاعات<sup>۲</sup>

رویکردهای روان‌شناسی زبان، سه مولفه یکپارچه و مرتبط با هم را در نظر می‌گیرند: شناخت، زبان، و ارتباط، و همچنین یکپارچگی محتوا، شکل و کاربرد زبان.

در یک چارچوب روان‌شناسی زبان، آفازی یک آسیب اکتسابی در ابعاد زیر است و در حل مسئله و پردازش اطلاعات از آن‌ها استفاده می‌شود:

۱. شناخت: تفکر همگرا<sup>۳</sup>، تفکر واگرا<sup>۴</sup> و تفکر ارزیاب<sup>۵</sup> / بازشناسی<sup>۶</sup> و درک<sup>۷</sup> / حافظه

۲. زبان: فرم، کاربرد و محتوا شامل:

(a) Figurative language (بینایی و شنیداری)

(b) Symbolic language

(c) Behavioral (بعد روانشناسی / نیاز و آرزوی انسانی)

(d) Semantic

۳. ارتباط

✱ ارزیابی: در این مدل، ارزیابی افراد مبتلا به زبان‌پریشی بر اساس تحلیل نقاط قوت و ضعف شناختی، زبانی و ارتباطی هر فرد انجام می‌شود.

✱ درمان: مداخله بر تحریک این توانایی‌ها تمرکز می‌کند، اما به طور ویژه بر تحریک فرآیندهای شناختی زیربنایی درک و تولید زبان تمرکز دارد.

1 Primary progressive aphasia

2 Psycholinguistic/Problem Solving/Information Processing Framework

3 Convergent thinking

4 Divergent thinking

5 Evaluative thinking

6 Recognition

7 Understanding



❖ چارچوب ساختار و عملکرد بدن، فعالیت و مشارکت<sup>۱</sup>

:WHO

- در گذشته: Handicap – Disability - Impairment
- در امروز: Participation – Activity – Impairment

دو سطح اولیه در آخرین طبقه‌بندی بین‌المللی سازمان بهداشت جهانی از عملکرد، ناتوانی و سلامت (ICF)<sup>۲</sup> عبارتند از: (۱) ساختار و عملکرد بدن و (۲) فعالیت و مشارکت.

بر اساس این چارچوب:

۱. آسیب عملکرد مغز ← ۲. درگیری زبان (درک و بیان و خواندن و نوشتن) ← ۳. محدودیت فعالیت و مشارکت

\* این دیدگاه در ارزیابی سلامت، همه موارد را در نظر می‌گیرد؛ شامل:

- عوامل ژنتیکی و محیطی
- عوامل خطر
- حمایت اجتماعی
- عادات زندگی و میزان مشارکت اجتماعی

\* تمرکز ارزیابی و درمان این چارچوب:

- (۱) بهبود عملکرد زبانی
- (۲) بهبود نحوه ارتباط فردی، در برطرف کردن نیازها و خواسته‌ها
- (۳) حمایت محیطی و اجتماعی، موثر بر مشارکت

1 Body structure and Function, Activity, Participation framework

2 Functioning, Disability and Health (ICF)

## نکات:

- ✓ سکته: سومین علت مرگ در آمریکا و شایع ترین علت آفازی است.
- ✓ عوامل خطر سکته: فشار خون بالا، بیماری قلبی، کلسترول بالا و رژیم غذایی سرشار از چربی و سدیم، دیابت، مصرف الکل و سیگار، استرس، سبک نادرست زندگی
- ✓ یک سوم افراد بعد از سکته و ۵۵% افراد، ۱۵ تا ۳۰ روز پس از آسیب نیمکره چپ دچار آفازی می شوند.
- ✓ شیوع سکته در مردان بالای ۸۰ سال و زنان بالای ۸۶ سال بیشتر است.
- ✓ میان برتری دست با وقوع و شدت سکته رابطه وجود دارد.
- ✓ افزایش سن، با آفازی مرتبط نیست؛ اگر چه در سن بالاتر، آفازی بیشتر است.
- ✓ قوم و نژاد و منطقه جغرافیایی بر سکته تأثیرگذار است.
- ✓ احتمال سکته از ۶ صبح تا ظهر، دو برابر است.
- ✓ بیشتر از یک دوم سکته ها، به ویژه هموراژیک ها در دوشنبه (اولین روز کاری) رخ می دهند و علت این است که تبادل اکسیژن بدن در بالاترین سطح عدم تعادل است؛ یعنی زمانی که افزایش در نیاز به اکسیژن همزمان با کاهش سطوح جریان خون وجود دارد.
- ✓ با گذشت سن ارتباط جدید بین سلول ها برای جبران از بین رفتن نورون ها ایجاد می شود.

## فصل دوم

### مبنای عصبی اختلالات زبانی

---

#### مقدمه

آفازی، نقص پردازش زبان است؛ نه یک نقص حسی، حرکتی، درکی یا...

#### هنگام آسیب در فرد راست دست:

- RH: Crossed aphasia آسیب نیمکره راست
- LH: Crossed non aphasia آسیب نیمکره چپ

#### مشخصات آناتومیکی انواع آفازی:

(۱) آفازی بروکا: آسیب در کل frontal operculum + کل insula + بسته شدن شاخ قدامی MCA

(۲) آفازی ورنیکه: آسیب در تمپورال تحتانی و میانی + بسته شدن شاخه‌های خلفی MCA که به تمپورال و پریتال خلفی خون رسانی می‌کنند و اگر آسیب شدید باشد موجب آسیب بخشی از پریتال، قسمت تحتانی سوپرامارژینال و آنگولار می‌شود و در این شرایط بهبودی کم است.

(۳) آفازی انتقالی: آسیب arcuate fasciculus ← آسیب سوپرامارژینال + کورتکس شنیداری چپ + اینسولا چپ

(۴) آفازی گلوبال شدید یا کلاسیک: آسیب insula + frontal operculum + کل MCA + B.G + کل ماده سفید زیربنایی + Pre and post central gyrus

(۵) آفازی گلوبال خفیف‌تر از کلاسیک: آسیب prefrontal یا premotor + تمپورال و پریتال خلفی و سلامت کورتکس حسی حرکتی ما بین آن‌ها

۶) آفازی TSA: ورنیکه و کورتکس شنوایی اولیه سالم است - آسیب در آنگولار و قسمت خلفی تمپورال میانی ممکن است موجب آسیب در گوشه کناری occipital یا گوشه قدامی تمپورال میانی هم ایجاد شود.

۷) آفازی TMA: آسیب Subcortical و نزدیک به watershed area (نزدیک به قسمت قدامی شاخه فرونتال بطنی طرفی) + آسیب prefrontal و premotor

۸) Atypical aphasia (شبیه گلوبال) (در هم شدن ویژگی های آفازی روان و ناروان)).

منطقه آسیب: در نیمکره چپ، در B.G چپ و در سر هسته کودیت و پوتامن، بدون درگیری ناحیه زبانی

۹) آفازی آنومیک: آسیب بخش های مختلف: Inferior temporal

A. آسیب temporal pole

• سمت راست: مشکل recognition

• سمت چپ: مشکل بازیابی<sup>۱</sup> نام اشخاص خاص و بازشناسی<sup>۲</sup> افراد

B. آسیب temporal pole + قسمت قدامی تمپورال تحتانی چپ: مشکل بازیابی نام اشخاص خاص + حیوانات

C. آسیب صرفاً در temporal pole راست: بازشناسی سالم + مشکل در بازیابی نام حیوانات

D. آسیب در Mesial occipitotemporal در نیمکره راست: مشکل بازشناسی حیوانات

E. آسیب سطح اتصال تمپورال خلفی چپ با اکسی پیتال: نقص در بازیابی واژگان ابزارهای غیر خاص

(non unique manipulating tools)

۱۰) آفازی پیشرونده اولیه

آسیب ابتدا در واژگان خاص و سپس در واژگان غیر خاص دیده می شود.

آسیب تمپورال تحتانی چپ / شروع از temporal pole / آسیب به صورت آتروفی

\* بیماری پیک: مشکل در واژه های مشخص کننده عمل<sup>۳</sup> و واژه های تعیین کننده روابط ذاتی

آسیب: آتروفی در IFG که موجب انفارکتوس IFG و در نتیجه موجب موتیسم می شود.

1 retrieval

2 recognition

3 Action