

AFAZİ

Dr. Temel Pamir

Hacettepe Üniversitesi
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü

TANIM

«Söz yitimi» anlamına gelen afazi, diğer kişilerle anlaşmamızı sağlayan sesli, yazılı ve diğer sembolik süreçlere ilişkin belirgin bellek yitimi gösteren bir iletişim bozukluğu olarak görülmektedir (Delp ve Ralph, 1963). Bir beyin örsentisi sonucu ortaya çıkan, sözel ve işitsel iletişimi etkileyen, motor ve duysal dil bozukluklarını içeren genel bir terimdir (Truex ve Carpenter, 1969, s. 673). Dilde yer alan sözcükleri söylemeden ayrı olarak dil sembollerini kullanabilmede görülen yetersizlik durumudur. Bu yönüyle bir konuşma bozukluğu olmaktan ötede bir dil (lisan) sorunudur.

AFAZİ - BEYİN BAŞATLIĞI YERLEŞİM İLİŞKİSİ

Afazili hastanın yetersizliği sembolik süreçlerin biçimlenme ve kullanılmasında gözlenir. Dilin kullanımı ve sembolik süreçleri içeren tüm işlevler karıştırılabilir. Bu işlevler okuma, yazma, konuşma ve dilin algılanmasını kapsar. Söz konusu işlevlerden biri, diğerinden mutlak ya da görel olarak daha çok etkilenebilir.

Afazi kendi içinde bir hastalık değildir. Beyin dokularının bir seri nedenle incinmesine bağlı, oldukça karmaşık bir belirtidir. Beyin örsentisinin yeri ile afazi arasında ilişki, ilk kez Gall ve Spurzheim tarafından tartışılmış, ko-

nuşma işlevinin kaynaklandığı yer ön beyin lobunun altı olarak gösterilmiştir. 1826 yılında Marc Dax, dil bozuklukları ile sağ hemipleji (sağ kol ve bacağın inmeli durumu) arasındaki ilişkiyi gözlemiştir (Subirana, 1964, s. 215). Klinik bir belirti olarak 1861'de Broca'nın otopsi çalışmaları ile tanılanmıştır. İzleyen yıllarda afazinin sol beyin yarıküresindeki örselenmelerden oluştuğu sayılı Broca, Hughlings, Jackson ve Wernicke tarafından tartışılmıştır. 1874'de Ogle ve Jackson sol elini kullanan ve afazisi sağ beyin yarıküresi örsentisine bağlı örnekler göstermişlerdir (Subirana, 1964, s. 215 - 217).

Eski düşünceye göre sembolik dil işlevini denetleyen beyin yarıküresi sağ elini kullananlarda sol; sol elini kullananlarda sağ yandadır. Humphrey ve Zangwill (1952, s. 184), II. Dünya Savaşında yaralanan ve sol elini kullanan on kişi üzerinde şu sonuçları açıklamışlardır: Hastaların beşinde sol, beşinde sağ yarıküre örsentisi vardır. Sol yarıkürede örsenti olan vakaların tümü; sağ yarı kürede örsenti olanların dördü afazili olarak tanılanmıştır. Sol yarıküre incinmesinde afazi, diğerlerine göre daha ileri olarak derecelendirilmiştir.

Penfield ve Roberts (1959, s. 93), 0 - 2 yaş grubunda sol beyin yarıküre incinmesi belirlenen 175 çocuktan 128'ni (yüzde 73.1), sağ beyin yarıküre incinmesi bulunan 211 çocuktan yalnız iki-

sini (yüzde 0.9) afazili olarak değerlendirmiştir. Sözkonusu oran 0.001 olasılık düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

İlgili yayınlar sağ elini kullanan ve sağ yarıküre örsentisi olanlarda afazi oranının yüzde 1, sola bağlı olanların ise yüzde 67 olduğunu göstermektedir. Afazi, el kullanmaya bağlı olmaksızın sol yarıküre örselenmelerinde daha sıklıkla belirtilmektedir. Geschwind ve Levitsky (1968, s. 186-187), işitilenlerden ve yazılı sembollerden anlam çıkarma ile görevli Wernicke alanının sol beyin yarıküresinde önemli miktarda büyük olduğunu göstermiştir. Yeni görüşlerde, büyük olasılıkla beyin içinde konuşma merkezi olarak belirli alanlar yoktur. Fakat belirli alanlardaki örsentilerin, belirli tip-te afaziye yolaçtığı gösterilmiştir.

SINIFLANDIRMA

Literatürde klinik, teorik ve tedaviye yönelik boyutlarda çeşitli afazi sınıflandırmalarına rastlanmaktadır. Konuşma işlevinin öncelikle algılanma sürecinden düşünceye erişen boyutu ile ulaşılan düşüncenin sözcüklerle belirli bir gramatik yapıda biçimlenmesi sürecinde değişik düzeylerde izlenen bozukluklar dikkate alınarak, genellikle üç geniş tip tanımlanabilir :

1. Motor afazi (*Ekspresif afazi*)
2. Duysal afazi (*Reseptif afazi*)
3. Amnesik ya da nominal afazi

Bu üç geniş tipin yanında bir de karışık afaziden sözedilebilir. Bu türde motor ve duysal afazi bir arada görülür.

1. *Motor Afazi* : Expressive, verbal ya da Broca afazisi olarak da isimlendirilir. Verici, açıklayıcı söz yitimi anlamındadır. 1861 yılında Broca, sol önbeyin lobunun ikinci ve üçüncü bölgelerinin gerisindeki örsentileriyle ilgili iki afazi vakası tanıtmıştır. «Aphemia» adını verdiği bu tablo, konuşmanın açıklayıcı - expressive yönü için

ilk anatomik yerleştirme olmuştur. Bu türde afazili kişi çevresini anlar, ne var ki, düşüncelerini konuşma ya da el hareketleri ile çoğu kez ifade edemez. Motor afazinin ileri şekillerinde bütün konuşma ve yazma dili bozulmuştur.

Bu afazi tipi, yazma bozukluklarını (*agraphia*), aritmetik becerilerin yitimini (*acalculia*); ses, şive ve ritim düzensizliğini (*dysprosody*); sembol ve tümce yapı bozukluklarını (*paraphasia*) kapsar. Hastaya yöneltilen bir sorunun yanıtında, bir öncekinden kısımlar bulunabilir. Belirli bir tümcede direnme (*perseveration*) görülebilir.

2. *Duysal Afazi* : «Receptive» ya da «Wernicke afazisi» olarak isimlendirilebilir. Algılamaya ilişkin sözyitimi anlamındadır. 1874 yılında Carl Wernicke, anatomik çizimler kullanarak 41 ve 42 nci beyin yoresinin konuşulanı algılama ve anlam kazandırmaya olan ilgisine değinmiştir (Wilkins, Brody ve Durham, 1970, s. 279).

Duysal afazi yazılan ve veya konuşulan dili anlama yetisinin yitimidir. İşitme - sözcük afazisi, sözel ve basılı sözcükleri anlayamama (*alexia*); görsel, işitsel ya da dokunmayla ilgili algılama - tanıma yetisinin bozulması (*agnosia*) bu tür afazi içinde tanımlanır. Sözcükleri işitme afazisi, sesler duyulduğu halde konuşulan dili anlayamayacağı içeren bir terimdir. Alexia, okuma yitimi bozukluğudur. Birincil alexia, aynı zamanda görme, agnostik alexia olarak isimlendirilir. İkincil alexia dildeki yitime bağlıdır. Agnosia ileri düzeyde algı bozukluğu olan tanıma yetisinin yitimidir. Belli bir uyarıcıya karşı kavram işlevinin yokolmasıdır.

3. *Amnesik ya da Nominal Afazi* : Anımsama yetersizliğine bağlı sözyitimi anlamındadır. Broca, amnesiyi sözcük belleğinin yitimiyle sonuçlanmış bir konuşma bozukluğu olarak tanımlamıştır. Nesnelere uygun isimlerini anımsamada yetersizlik görülür. Ancak, hasta çıkaramadığı bir nesne ismini, belirli

bir grup sözcük içinden bulabilir. Gerçek karşılığını anımsayamadığı nesne isimleri yerine işlevsel birtakım yakıştırmalar yapar.

Afazının bir parçası da «apraxia» dır. Liepmann tarafından 1900 yılında tanımlanmıştır. Duyu yitimi, inme ve eşgüdüm bozukluğu olmaksızın bazı öğrenilmiş hareketlerin yapılmamasıdır. Kavram apraxia'sı belli bir hareketin yapılması için gerekli kinestetik bellek örüntülerinin yitimidir. Düşünsel - motor apraxia, verilen bir davranışın doğru yapılmamasıdır. Taklit etme bu tipin özelliğidir. Çizim apraxia sı, görme imajının bozukluğudur. Basit geometrik şekilleri çizme, blokları yerleştirme becerisi yitirilmiştir.

AFAZİ TANISI

Afazının tanılanmasında, benzer tablolardan soyutlanmasında şu noktalar belirleyici olabilir (Bickerstaff, 1973) :

1. Bilinci yerinde olmasına karşın hasta konuşmak ya da ses çıkarmak için hiçbir çaba göstermiyorsa, tablo «mutism» olarak nitelenebilir. Psikolojik bir sorun olarak nitelendirilebilir. Ancak ön beyin lobunun iki yanlı olarak iç arka yüzleri örselenmelerinde de görülebilir.

2. Hasta, fısıltı konuşma dahil eğer hiç ses çıkaramazsa bu «afoni» olarak değerlendirilebilir. Sorun gırtlak ya da ses bantlarının hastalanmasından kaynaklanabilir. Buna karşın hasta normal olarak öksürebiliyorsa, bu durum büyük olasılıkla konversiyonel reaksiyon kökenlidir.

3. Konuşmanın içeriği ve sesin tonu normalse, buna karşın bazı sözcük ve tümcelerin eklenmesi (*artikülasyonu*) bozulmuş görünüyorsa, tablo «disartri» olarak tanımlanabilir. Konuşmayı gerçekleştiren kasların denetiminde bozukluk sözkonusudur. Örsenti, alt ve üst motor sinirlerinde ya da kasların kendisinde bulunabilir.

4. Düşünceler sözcük ve tümceler düzeninde uygun biçimde ve yerli yerinde kullanarak ifade edilemezse eklemleme durumunun yeterli olması dikkate alınmaksızın tablo «afazi» olarak değerlendirilebilir.

Motor ve duysal afazileri, ağırlaştıkları oranda birbirinden ayırmak güçtür. Ne var ki afazi sıklıkla hafif derecededir. Tanılamada gerek duyulan ön bilgiler arasında ağırlık taşıyanlar genellikle şunlar olabilir :

Anadili, eğitim düzeyi, daha önceki okuma, yazma ve aritmetik yeteneği, hangi elini kullandığı, sağ elini kullanıyorsa bunun çocukluğunda çevresi tarafından bir değiştirme sonucu olup olmadığı, hangi ayağı üzerinde sekebileceği, hangi gözünü tercih ettiği anlamlı bilgiler verebilir. Bu aşamada kullanılacak ölçekler arasında A - B - C Vision Test, Goldstein Soyut ve Somut Düşünce Testi, Bender - Gestalt Görsel-Motor Testi, Eisenon Afazi Testi, Bay Testi, Boston Diagnostik Afazi Testi, Porch İndeks sayılabilir. ITPA-İllinois Psikolinguistik Yetenek Testi çocuklar için tanılama ve sağıltım aşamalarında etkili ve yaygın kullanım değeri taşır. Kişisel sağıltım amaçlarına dönük olarak, belirli sınırlılıklar içinde PPVT - Peabody Resim - Sözcük Testi ve Lincoln - Oseret-sky Psikomotor Ölçeğinden yararlanılabilir.

Hasta serbestçe konuşurken dilediğinde tamamlayıcı bilgiler elde edilebilir. Öyküsünü anlatırken sözcük ve tümcelerin yapımına dikkat edilir: Bunlar doğru mu? Anlam çıkıyor mu? Doğru ve gerekli sözcükleri kullanıyor mu? Tam doğru olmayan sözcükler var mı? Varolmayan sözcükler geçiyor mu? Kullandığı sözcüklerin anlamını istemsiz olarak yineliyor mu? Belirli bir sözcüğü bulma güçlüğünden kaynaklanan uzun tümceler mi kuruyor? Direniş (*perseverasyon*), sözlü yanıtlarda ve sözel komutları yerine getirmede göz-

lenebilir. Örneğin, dudaklarını gösteren hastanın parmağını boynuna götürmesi söylendiğinde tekrar dudaklarını göstermesi beklenebilir. Belirli nesnelerin ismini, geçmişte öğrendiği haftanın günleri, yılın ayları gibi serileri sorma ile otomatik dilin niteliği ölçülebilir. Gözleri kapalı durumda belirli sesleri tanıma, sağ - sol kavramını ayırtetme, okunan bir tümcenin anlamını açıklama, gözleri kapalı durumda bir sözcüğü yazma afazi, agnozi ve apraksi tanısında yardımcı olabilir (Benton, 1967, s. 42-44).

İşitme yitimi, zeka geriliği ve çocuk beyin inmesinden (*cerebral palsy*) kaynaklanan gecikmiş konuşma, benzer sonuçları bakımından afazi tanısını güçleştirebilir. Aileden alınan öykü sürecinde, bu konuda aydınlatıcı bilgiler edinilebilir. Örneğin, annenin gebeliğin özellikle ilk üç ayında geçirdiği kızamıkçık, ateşli hastalıklar, ailede işitme yitimi bulunan kişilerin varlığı olası bir sağırliği açıklayabilir. Çocuğun konuşma gelişim evrelerinde çıkardığı sesler üzerinde de kestirim yapılabilir : Konuşma gelişim evreleri, anaçizgileriyle 0-2 ay arası ağlama, 3-6 ay arası babıldama (*lalling*), 6-12 ay arası yankılanma-çağıldama (*echolali*), heceleme ve konuşma basamaklarından oluşur. Ağlama evresinde çocuğun işitmeye gereksinimi yoktur. Bu evredeki sesler refleks ve içrel uyaranlara tepki niteliğindedir. Ancak 3-6 aylar arasında uzanan babıldama (*lalling*) evresinin niteliği, refleksif ağlamaların yanısıra, bebeğin seslerle oynamaya başlamış olmasıdır. Seslerle oynama sırasında bebek, rastgele de olsa, konuşma seslerinin birçoğunu çıkarabilir. Bu bakımdan sözkonusu evre rastgele artikülasyon dönemi olarak da isimlendirilir. Çevresel uyaranlara tepkide bulunmaya başlar. Sesini dikkat çekmek ve istediğini belirtmek için kullanmaya çalışır. Bu nedenle işitme önem kazanır. İşitme yitimi bulunan çocuk, bu evrede takılır. Daha genel olarak, sözkonusu evrelerden herhangi bir-

rinde takılma da işitme yitimi kuşkusu- nu getirebilir. Ancak 6-12 aylar arasında uzanan yankılama - çağıldama (*echolali*) evresinden öteye geçememe, işitme yitiminden çok afazinin varlığına işaret edilebilir. Ayırıcı tanıya, koşullu tepki ilkesine dayanan psikogalvanik deri tepkili odimetrelerle varılabilir.

Diğer yandan, afazili çocuklarda bir kol ve/veya bacağın inmeli ya da görelî güç yetersizliği, tanılama açısından aydınlatıcıdır. Konuşma gelişim evreleri ile motor gelişim arasındaki paralellik; çocuğun birkaç sözcüğü öğrenip, sonra uzun bir dönem yeni sözcük kazanmaması, kısıtlı dikkat alanı, çevresel ilgi, konuşma gelişim gecikmesinde zekâ geriliği ile afazi arasında sınırlı bir tanılama yapılmasında etkili olacak bilgiler verebilir. Ayrıntılı tanı için nörolojik inceleme ve değerlendirme gereklidir.

Afazi ile ilgili Davranışsal Değişiklikler :

Afazili bireyin davranışlarında gözlenen değişikliği, özünde beyin kabuğu örselenmesi geçiren bir genel kümenin ortak davranış özellikleri olarak yorumlamak olasıdır (Bloom, 1962, s. 11). Bazı bireysel ayrıcalıklara karşın, beyindeki bir incinmenin doğrudan sonucu olarak ortaya çıkan değişiklikler incelenebilir :

1. *Artan Ben-Merkezcilik* : Beyin incinmesi kişiler, kendilerine dönük, benliğine yönelik (*ego-oriented*) olma eğilimindedir. Bu eğilimin, hastalıktan önce de varolduğu durumlarda, örsenti sonucu daha da yoğunlaşması sözkonusudur. Bazı durumlarda, hasta o anda kendisini ilgilendirmeyen konu ya da olaylarla ilgilenmeyi ve dikkatini yönlendirmeyi gereksiz ve güç bulur. Bu kişi çoğunlukla kendisi için önem taşıyan ve elinin altında bulunan somut durumlarla ilgilenmeyi yeğler. Bu özellik bazan o denli yoğunlaşabilir ki, örneğin hasta eğer kahvaltıda süt ya da çay içme alışkanlığında ise, «kahvaltıda kahve içerim» gibi bir tümceyi yineliyemez.

Hasta eğer motor yetenekleri yönünden yönelim sınırlılığı içindeyse, tam anlamıyla erişebileceği bir dünyada yaşamaya dönük bir eğilim geliştirir. Eğer belirli bir işitme yitimi nedeniyle konuşmaları izleyemiyor ve duyabildiği gürültülerle kafası karışıyorsa, duyması ve anlaması zorunlu olan durumlardan kaçmaya, onları dışarda bırakmaya başlayabilir. Değinen eğilim, hastanın rehabilitasyon önemli sorunlar oluşturabilir.

2. *Soyut Tavrıda Değişme* : Beyin kabuğu incinmeye uğrayan hastalar, soyut kavramları ele almada artan bir güçlük gösterirler. Bu güçlük kalıcı nitelik de taşıyabilir. Benton (1967, s. 43), gerçek güçlüğün, soyut durumları ele almada kesin bir yitimden çok, soyut durumlarla ilgilenmeye karşı artan bir isteksizlik olduğuna inanmaktadır. Konuşma gibi, soyut kavramların sembolik süreçleri yitime uğradığında, Benton'ın tanımladığı isteksizliğe eklenen yitim, karmaşık bir sorun yaratmaktadır.

Soyut kavramları ele almada çekilen güçlük, hastalar kendilerini imgesel durumlara uyarlayamadıkları ya da yansıtamadıkları zaman belirginleşmektedir. Kendi alışkanlığı çay veya süt içmek olduğu için «kahvaltıda kahve içirim» diyemeyen hasta, kendini, örnek tümcedeki imgesel duruma uyarlamakta zorluk çekmektedir. Böyle bir hastanın sağaltımı, hastanın, terapistin görüş açısını benimseyememesi nedeniyle güçleşmektedir. Hasta kendi geçmişine ve o anki yaşantılarına sıkı sıkıya bağlanmakta ve başkalarının yaşantılarından yarar sağlamamaktadır.

Soyut tavrı takınmaya karşı gösterilen isteksizlik, uygun ve yeterli güdülemeyle altedilebilir. Bu hastalarla, o anki gereksinimleri ve çevreleri açısından somut olarak ilgilenilmeli, günlük yaşamlarındaki nesne ve olaylar ele alınmalıdır. Terapistin soyut görüş açısını benimseyemeyecekleri için, terapist onları oldukları gibi kabul edebilmelidir.

Soyut tavrıda gözlenen bir başka görüngenü, hastanın belli bir bütüne ilişkin parçası kavramada gösterdiği yelemenlere tek tek tepkide bulunarak bir anlam çıkarmayı başaramaz ve anlamlı tepkilerde bulunamaz. Sözkonusu algılamada hasta, bir ormanı göremez, çünkü ancak ağaçları tek tek görebilmektedir. Gösterilen bir orman resmi ne verilen yanıt «ağaç» olabilecektir.

Bir başka bozukluk, bir bütünü parçalarına ayırarak çözümlenme ve daha sonra bu parçalardan bütünü oluşturacak birleşime ulaşma yetersizliğidir. Aynı ayrı sesler sözcükleri, sözcükler dizisi tümceleri oluşturur. Bu parçalar, beyin örsentili hastalarca bir bütün olarak kavranamayabilir. Böyle bir çocuk duyduklarını anlayamaz, yetişkin ise bir zamanlar anladığı şeyleri algılamada bozukluk gösterir.

Soyut davranışın konuşulanı anlama ve düşünme açısından özel anlamı olan bir diğer biçimi, ortak özellikleri farklı durumlarda da görebilme yeteneğidir. Ortak özellikler, genellemelerin temelini oluşturarak, aynı sözcüklerin tümüyle birbirinin eşi olan durumlar yanısıra, benzer durumlara da uygulanmalarını sağlar. Bazı beyin örsentili kişiler, bu yeteneklerinde, belirli ölçüde bir bozukluktan yakınmaktadır. Sözkonusu yetersizlik, bireyin genellemeye yönelik davranışlarında derece derece yetersizliğe yol açabilmektedir. Penfield (1959), soyut davranışta ortaya çıkan bozuklukların geçici olabileceğine, dil gelişimi ve eğitim yoluyla iyileşebileceğine değinmektedir.

3. *Direnış* : Beyin incinmesi olan kişilerde en sık görülen davranış değişikliklerinden biri «Direnış - perseveration» olgusudur. Bu, belli bir davranışın, o andaki duruma artık uygun olmamasına karşın sürdürülmesine yönelik bir eğilimdir. Direniş içerisindeki hasta, değişen koşullardaki durumun gereklerine göre davranışını değiştirememektedir. Karşıt olarak, bir önceki durumun gereklerine uygun tepkide direnmektedir.

Bu tür eğilim, genellikle, durumun kendisinden kaynaklanan güçlükler ya da değişen durumların birbiri ardından çok çabuk gelmesi sonucu, hastanın o durumu başa çıkamayacağı karar zor bulması halinde izlenmektedir. Direniş bir önceki tepkinin yinelenmesi ya da hiçbir tepkide bulunmama şeklinde ortaya çıkabilir. Birey, çoğu kez tepkilerinin uygun olmadığını farkındadır ama bunları değiştirememektedir (Kreindler ve Fradis, 1968, s. 79). Örneğin, «ayağına ne giyersin?» sorusunu doğru yanıtlayan bir hasta, bunun ardından gelen «başına ne giyersin?» sorusunu yanıtlamakta zorluk çekebilir. Alfabeyi sayması istendiğinde bunu başaran bir hasta, bunu izleyen günleri sayma istemini zor bulup, yine alfabeyi saymada direnebilir. Bazı hastalarda, bir dizi toplama işlemi yaptırıldıktan sonra, önceden çıkarma işlemlerini de çözümlmelerine karşın, toplama işlemi ardından verilen çıkarma işlemini başaramadıkları gözlenebilir.

Direniş eğiliminde olan afazili, sözkonusu durumdan kendisi ayırmayı zor bulduğunda, ne durumun gerekleriyle, ne de kendi istekleriyle tutarlı olmayan bir yönde davranış geliştirebilir. Hastanın, bu yetersiz davranışının bilincinde olması, onda, boşuna uğraşma gibi duyguların yaşanmasına yol açar. Sonuçta kendini düşüklüğü ve sıkıntıya sokmak tansa hiçbirşey yapmamayı yeğleyecektir.

4. *Duygulanımsal Davranış* : Genelde afazili kişiler içlerinden geldiği biçimde davranır. Bu değişimin farkında olabilen bazı hastalar, kendilerini rahatsız edeceğinden çekindikleri ortamlardan kaçınabilirler. Bir grup hasta, hastalık öncesi eğilimleri doğrultusunda, açık saldırganlık geliştirebilir. Duygulanımsal davranıştaki değişmeler, hastalık öncesi eğilimlerin abartılmış şekilleri olarak görülür. Kreindler ve Fradis (1968, s. 81) göre, bu kişiler eğilimlerinden çok, eğilimlerini denetim ye-

tenesindeki düşüş açısından değişime uğramışlardır.

5. *Yılgınlık Tepkisi* : Goldstein (1942, s. 71) tarafından psiko-biyolojik bir tepki kalıbı olarak tanımlanan yılgınlık tepkisi (*catastrophic response*), başağrısı, yorulma, kaçma eğilimi, saldırganlık ve bunlara eklenen kan dolaşımındaki değişmeleri kapsar. Bu değişmeler, afazili bireyin şaşkırtıcı durumdan kaçmak veya sakınmak için yaptığı girişimler olarak yorumlanabilir. Söz konusu tepkiler, bireyin o durumdan sakınmamasına yardımcı olamıyorsa, ani duysal ve motor yitimlerin yanısıra ileri düzeyde bilinç yitimi görülebilir.

İletişim yeteneği azalmış ya da tümüyle ortadan kalkmış bir afazili, iletişim bozukluğu bulunmayan bir beyin incinmeli kişiden daha çok yılgınlık tepkisi gösterme eğilimindedir. Konuşma sağaltımında, hastanın bu tür tepki geliştirmesi, sağaltım yöntemlerine ve yaklaşımlarına ilişkin bir yanıtı olarak değerlendirilmelidir.

6. *Dikkat ve Bellek* : Beyin incinmeli kişilerde sık rastlanan yakınmalar, dikkat ve bellek güçsüzlüğüne ilişkindir.

Dikkat, kişinin belli bir tip uyarıcı seçip ya da diğerlerini eleyip, ona tepkide bulunma durumu olarak görülmektedir. İnsan organizmasında, tepkilerin seçimi, büyük ölçüde beyin kabuğu tarafından belirlenir. İncinmiş bir beyin kabuğu bu işlevini yerine getiremez. Eğer hastanın algılamasında bozukluk varsa, dikkat işlevindeki bozukluğun derecesi de artar. Algıladıklarını değerlendirmede zorluk çeken afazili hastada, neyi algıladıklarında önemli bir etken olan dikkat odaklaştırma gücü de eklenir. Beyin örsentisi sonucu afazili kişiler, çevrelerinin yetersiz gözlemcisi olurlar. Özellikle sol hemiplejikler, inmeli tarafla ilgili etkinliklerde dikkatsizdirler. Sol yanlarından gelen uyarılara tepkileri sınırlıdır. Görel olarak, sol görüş alanındaki uyarılardan çok nesnelere sağ taraflarını algırlar.

Burt (1970, s. 1026 - 29), bu algı sınırlılığını, nesnelere tanıma yetersizliği (*agnosi*) değil, amorfosintez olarak isimlendirmiştir.

Bellek, daha önce dikkat odaklaşımında ortaya çıkan özürden dolayı güçsüzleşmiş olabilir. Afazili hasta için bellek, sözel zorunluktan kaynaklanan nedenlerle de zayıflayabilir. Yeterli iletişimden yoksun bir yaşantı, afazili birey tarafından yeterince özümlemez. Önceki yaşantıların anımsanması, iletişimde karşılaşılan zorluktan dolayı bozuk olarak değerlendirilebilir. Hasta olayları anımsayabilir, ne var ki, bu anıları aktarma yeteneği oldukça kısıtlanmıştır. Afazili kişiler fazla dikkat ve bellek gücü gerektirmeyen yalın etkinlikler gösterebilirler. Örneğin, emosyonel durumlarda küfür sözleri; otomatik dil kapsamında çocukluk şarkıları, dualar; seri dil kapsamında yılın ayları, haftanın günleri, sayı sayma; sosyal dil niteliğinde «merhaba, iyiyim» sözcükleri izlenebilir. Bu dizilerden biri verildiğinde, arkası hasta tarafından getirilebilir.

7. *Tepki Tutarsızlığı* : Beyin incinmeli hastalar, karşılaştırılması olası ya da birbirinin benzeri durumlarda gösterdikleri tepkilerde tutarsızdırlar. Afazili birey, bir nesneyi belirli bir dönemde isimlendirebilir, ancak hemen ardından aynı nesnenin ismini çağrıştıramayabilir. Aynı yetersizliğe bir sembolün ya da sembolik durumun yorumuyla ilgili tüm durumlarda rastlanabilir. Daha önce değinilen dikkat yetersizliği, yanıtlardaki yetersizliği bir yönden açıklayabilir.

Afaziye özgü davranışsal değişikliklerden en sık gözlenenler bu yazıda incelenmiştir. Wepman (1951), afazili hastalarda sözyitimi dışında 34 değişmeye değinmektedir. Bunlardan başlıcaları kaygı (*anksiyete*), taşkın coşku (*euphoria*), girişim eksikliği olarak görülmektedir.

Çocuk ve erişkin afazililerde sağaltım ilke ve yöntemleri, izleyen yazının konusunu oluşturmaktadır.

KAYNAKLAR

- Benton, A. Problems in test construction in the field of aphasia, *Cortex*, 1 : 42 - 44, 1967.
- Bickerstaff, E. *Neurological examination in clinical practice*. 3rd ed., Oxford : Blackwell Scientific, 1973.
- Bloom, L.M. A Rationale for Group Treatment of Aphasic Patients, *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 27 : 11 - 16, 1962.
- Burt, M.M. Perceptual Deficits in Hemiplegia, *American Journal of Nursing*, 70 : 1026 - 1029, 1970.
- Delp, M. and M.H. Ralph. *Physical Diagnosis*. Philadelphia : Saunders, 1962.
- Geswind, N. and W. Levitsky. Human Brain : Left - Right Asymetries in Temporal Speech Region *Science*, 161 : 186 - 187, 1968.
- Goldstein, K. *After - effects of brain injuries in war : Their evaluation and treatment*. New York : Grune and Stratton, 1942.
- Humphrey, M.E. and O.I. Zangwill. Dysphasia in Left - Handed Patients with Unilateral Brain Lesions, *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 15 : 184 - 193, 1952.
- Kreindler, A. and Fradis. *Performance in Aphasia*. Paris : Gauthier - Villars, 1968.
- Penfield, W. and L. Roberts. *Speech and Brain Mechanisms*. Princeton University Press, 1959.
- Subirana, A. «The Relationship Between Handedness and Language Function» *International Journal of Neurology*, 4 : 215 - 234, 1963 - 64.
- Truex, R.C. and M.B. Carpenter. *Human Neuroanatomy*. Baltimore : Williams and Wilkins Co., 1969.
- Wepman, J.M. *Recovery from Aphasia*. New York : Ronald Press, 1951.
- Wilkins, R.H., I.A. Brody and N.C. Durham. Wernicke's Sensory Aphasia. *Archives of Neurology*, 22 : 279 - 282, 1970.