
Yaşlılıkta Nörolojik Temelli İletişim Sorunları ve Dil ve Konuşma Terapisi

Neurological Communication Disorders in the Elderly: Speech and Language Therapy

Yrd.Doç.Dr. İlknur MAVİŞ*
Doç.Dr. Demet ÖZBABALIK**

Öz: Sağlık, yaşamımızın ileri yıllarında tüm getirilerinden yararlanmak üzere korunması ve bakılması gereken bir olgudur. Sağlıklı olmak yaşlılarda bireyin yaşam kalitesini sürdürür ve onların topluma katkısını devam ettirir. Yaşlanma süreci çevresel etkiler, yaşam biçimi ve hastalıklardan etkilenir. Buna göre, yaşlanma, ilerleyici ve yaşa bağlı olarak gelişen hastalık risklerine karşı koyamama ile gelişen işlev yetersizliği olarak tanımlanabilir. Özellikle, gelişen ülkelerde, kronik bir hastalık veya yetersizlik durumunda uygun sağlık rehabilitasyonuna erişim yaşlılar için çok önemlidir. Dil ve Konuşma terapisi de yaşlı popülasyona sağlanması gereken en önemli sağlık hizmetlerinden biridir. İletişim kurabilme yetisi her yaş için insana özgü çok önemli bir özelliktir ve hasarlanması durumunda bireyin tüm hayatı etkilenebilir. Bu makalede, sağ ve sol beyin hasarları, Alzheimer demansı ve Parkinson Hastalıklarının yetişkin ve yaşlılarda ne tür dil ve konuşma sorunlarına yol açtığına değinilecek, bu sorunlara ilişkin olarak dil ve konuşma terapistinin rolü tartışılacaktır.

Anahtar sözcükler: İletişim sorunları, Afazi, Alzheimer demansı, Parkinson, dil ve konuşma terapisi.

Abstract: Health is a state to be promoted and preserved in order to ensure that the full benefits are enjoyed in later years. Good health is essential to maintain life quality and ensures continued contributions of older persons to society. Aging is defined as a function disability resulting in a loss of response to growing risk of age associated diseases. Especially, in developing countries access to adequate health care is essential for the elderly accompanied by a chronic illness. Speech and language therapy is one of the vital services that should be provided for them in case of disability or impairment. Communication is unique to human beings. When affected negatively, it may alter individual's whole life. Accordingly, in this study, how right and left brain damages, Alzheimer's and Parkinson's affect speech and language in the elderly was described and the role of the speech and language therapist was discussed regarding the aforementioned neurological disorders.

Key words: Communication disorders, Aphasia, Alzheimer's, Parkinson's, speech and language therapy.

* Anadolu Üniversitesi, Dil ve Konuşma Bozuklukları, Eğitim, Araştırma ve Uygulama Merkezi (DİLKOM).
E-mail: imavis@anadolu.edu.tr

** Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nöroloji ABD.

1. GİRİŞ

Yaşlılık, insan yaşamının geç dönemindeki değişimleri betimleyen bir dönemdir. Göreceli bir kavram olarak bilinen yaşlılık, toplumsal ve kültürel etmenler açısından farklılık gösterir; dolayısıyla, yaşlılık ve yaşlı kavramları, toplumda aldığı değerle yerini bulur. Bireysel bir değişim olarak ele alındığında, yaşlanma kişinin fiziksel ve ruhsal yönden gerilemesi olarak tanımlanabilecek biyolojik bir olaydır (Karaman, 2000; <http://www.who.int/hpr/ageing/MenAgingandHealth>).

“Yaşlı” tanımını kronolojik olarak betimleyen çalışmalar 65 yaşı yaşlılığın başlangıcı olarak kabul ederler. Çoğu ülkede 65 yaş aynı zamanda emeklilik yaşı olarak da belirlenmiştir. Birleşmiş Milletlerin yaşlılıkla ilgili yayınladığı raporlarda yaşlanma kronolojik olarak 60 yaştan başlatılmaktadır (U.N. 1980). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise yaşlanmayı, kronolojik açıdan *orta yaşlılar* (45-59 yaş), *yaşlılar* (60-74 yaş) ve *kocamışlar* (75 + yaş) gruplarına ayırmaktadır. Türkiye’de, 2000 yılı itibarıyla, 65 yaş ve üstü %5.5 ile temsil edilirken (Kara vd. 2002), 2025’e kadar bu niceliğin %9lara yükselmesi beklenmektedir (DİE,1994).

Tıbbi açıdan, yaşlılık, yaşam sürecinde kayıpların ve çöküşün sıklıkla görüldüğü bir dönemdir. “Yaşlı” olarak tanımlanan nüfus grubu kendine özgü sorunları olan, diğer kesimlere göre çok daha fazla sağlık riski taşıyan özel bir gruptur (Bozdemir ve Tokgöz, 2000). Bu nüfus grubunun belirgin özellikleri şöyle özetlenebilir: a) bu grupta yer alan kişilerin önemli bir bölümünün en az bir hastalığı ya da sağlık sorunu vardır; b) bu grupta en sık olarak gözlenen sağlık sorunları, hipertansiyon, şeker hastalığı (diabetes mellitus), kronik akciğer hastalığı, Parkinson, demans, Alzheimer, kemik erimesi (osteoporoz) gibi uzun süren, izlenme ve bakım gereksinimi doğuran hastalıklardır; c) bireylerin yaşı ilerledikçe sağlık sorunları artmaktadır; d) bu yaş grubunda bulunan bireylerden önemli bir kısmının sağlık hizmetine ulaşmak için bilgilendirmeye veya yönlendirmeye ihtiyaçları vardır.

Ülkemizde, yaşlıların sorunlarının farkında olmamaları, bilgilendirilme eksiklikleri, hastane ve sağlık kurumlarından yeterince yararlanamamaları, bu gruba verilecek hizmetin özelliğinin taşıması gereğini ortaya koymaktadır (Kara vd., 2002). Yaşlı nüfusunun gittikçe çoğalması ve tıbbın gelişmesi ile doğru orantılı olarak insan ömrünün uzaması, “yaşlı” popülasyona yönelik çalışmalara yoğunluk verilmesine neden olmaktadır (Folstein, 1994).

1.1. Yaşlılarda İletişim Sorunları

Yaşlılarda iletişim, biyolojik yetersizliğe bağlı olarak azalabilir. Örneğin, yaşlılarda sıklıkla gözlenen işitme kayıpları neredeyse beklenen ve fazla ciddiye alınmayan bir yetersizliktir. İşitme kaybı pek ciddi olmasa da, bireyin iletişim yetisini etkilemesi açısından beklenenden daha sıkıntılı olabilir.

Kendi deneyimlerinden aktardıkları raporlara göre, yaşlıları en çok üzen sorunlardan biri ‘en bilinen’ sözcükleri bile hatırlayamaz olmalarıdır (Burke ve Shafto, 2004). Tüm yaşlarda gözlenebilecek sözcük bulma güçlükleri yaşla birlikte en çok etkilenen bilişsel sorundur. Bu tür yetersizlikler, yaşlıların iletişimlerini azaltan ve dil yeterliliklerinin başkaları tarafından ‘zayıf’ olarak değerlendirildiği bir sonucu hazırlar. Seksen yaşına kadar, yaşlıların %20-30’u günlük işlevlerini etkileyen demans hastalığına yakalanabilirler. Bazı çalış-

malar 50-59 yaş arası bireylerin %20'sinin , %80-89 yaş arasındakilerin ise %40 ve üzerinin kognitif yetersizlikten yakındıklarını belirtmektedir (Mercer, 1998).

Yaşlılıkla birlikte ortaya çıkması olası dil ve konuşma sorunları ise bazı gelişimsel ya da edinilmiş hasarlara bağlı olarak gözlenebilir. Konuşma üretiminde görev alan kasları enerjileştiren kranyal ve spinal sinirlerde motor uyarıların akışını bozarak alt ve üst motor nöron hasarlanmalarının ortaya çıkardığı konuşma bozukluğu olarak anılan 'dizartri' veya edinilmiş dil ve konuşma kaybı olarak bilinen 'afazi', Parkinson hastalığı veya beyin-damar hastalıkları gibi çoğunlukla ileri yaşlarda rastlanabilecek sorunlara bağlı olarak ortaya çıkabilir. Doğal olarak, yaşlı insanlarda bu tür sorunlar daha sıklıkla ortaya çıkar. Yaş ortalaması 61 olan yirmi Parkinson hastası ve yaş ortalaması 69 olan yirmi Alzheimer tipi demans hastasının "lisan (dil) fonksiyon bozukluklarını" değerlendiren bir çalışma, Parkinson'lularda konuşma akıcılığı, okuma ve tekrarlama yetilerinin, Alzheimer hastalarında ise işitsel ve görsel uyarana dikkat etme dışındaki tüm kognitif işlevlerin azaldığını saptamıştır (Karaman vd., 1997).

1.2. Nörolojik İletişim Sorunlarında Dil ve Konuşma Terapistinin Rolü

Dil ve konuşma sorunlarında insanlara yardımcı olabilecek ve terapisini yapabilecek en önemli kaynak dil ve konuşma terapistidir (DKT). Bir dil ve konuşma terapistinin hedefi konuşmayı mümkün olduğu kadar anlaşılır kılmaktır. Bu hedefle, terapist hastayı detaylı bir değerlendirme ile ele alır ve uygun terapiye karar vererek seansları planlar. Değerlendirme, aynı zamanda, terapide görülen iyileşme ölçütlerine temel oluşturduğu için çok önemlidir. En önemlisi, değerlendirmeler terapistte hastasının kuvvetli ve zayıf yönlerini belirleyerek, uygun terapiler planlamasına yardımcı olur.

Bazı konuşma biçimleri sorunların en iyi belirtileri olduğu için, hasta tanılamada DKT'ler nörologlara yardımcı olabilirler. Değerlendirme sürecinde hastanın konuşmasını dinlemek çok önemlidir. Terapistin eğitilmiş kulağı hastayı dinlerken konuşma anlaşılabilirliğinin düzeyini anlayabilir. Aynı zamanda, konuşma üretimini gerçekleştiren organların nasıl etkilendiği de değerlendirilir. Anlaşılabilirlik düzeyi, terapistte hastanın yaşadığı yetersizliğin bir göstergesidir; bu da dizartri veya dispraksi gibi konuşma bozukluklarının hastanın yaşam kalitesine etkisini ortaya çıkarır.

Bu çalışmada değinilmeyen çoğu nörolojik sorunda da olduğu gibi, afazi gibi sendromlara bağlı dil ve konuşma bozuklukları geri dönüşlü olmayabilir. Bu yüzden, dil ve konuşma terapisinin hedefi nadir olarak normal dile geri dönüşü amaçlar. Hedef, dil sorunlarının, dizartri veya apraksinin etkilerini en aza indirmeye çalışmaktır. Terapi başlangıcında, nörolojik sorunun tipi ve şiddeti çok önemlidir. Bir o kadar önemlisi de, hastanın iyileşmeye ve terapiye yönelik motivasyonu ve aile ve çevresinden aldığı destektir.

1.3. Amaç

Yaşa bağlı olarak ortaya çıkan nörolojik sorunlar, günümüzde yetişkin ve yaşlılarımızı tehdit etmektedir. Bu sorunlar genelde "adı" ile bilinmekte ama devamında hayatımızı ve iletişimimizi etkileyecek özellikleri bilinmemektedir. Bir anket çalışmasının bulguları, insanlarımızın nörolojik sorunların ve bunların yol açtığı dil ve konuşma sorunlarının farkında olmadığını, bu konularda bilgilendirilmeyi daha çok doktorlardan beklediklerini, üniversite-

teler ya da dil ve konuşma terapistlerinin bilgilendirme amaçlı yazılarına kolay erişemediklerini ortaya çıkarmıştır (Maviş ve Torun, 2001). Çalışmanın bulgularına göre, ankete katılan bireylerin adını en az duyduğu nörolojik rahatsızlık MS (*multiple sclerosis*), adını en çok duyduğu ise *epilepsi ve demans* olarak belirlenmiştir. Özelliklerine göre en çok hangisini tanıdıkları sorulduğunda, sıralama değişmemiş ama adı sunulan tüm nörolojik hastalıkların özelliklerine göre tanınırlıkları düşmüştür.

Bilgilendirme amacı taşıyan bu makalede, inme (stroke), Alzheimer demansı ve Parkinson hastalığı ile ortaya çıkabilecek dil ve konuşma sorunları betimlenecek, adı geçen sorunlarda yaşlı kesim ve bakıcılarına dil ve konuşma terapistinin sağlayacağı hizmet ve gerekliliği üzerinde durulacaktır.

2. BEYİN HASARI VE DİL-KONUŞMA SORUNLARI

2.1. İnme ve Afazi: Bir Sözyitimi Sorunu

Yetişkin bir insanın beyin hasarına uğraması pek çok dil ve iletişim sorununu da beraberinde getirir. Dilin edinilmesinden sonra ortaya çıkan bu tür hasarlar, çoğunlukla alıcı ve ifade edici dil bozukluğu ile betimlenir (Vinson, 2000). İnme sonrasında, özellikle beynin sol yarısının hasardan etkilenmesi *afazi*ye ortaya çıkarabilir; ya da sağ beynin etkilenmesi ile ilgili bilişsel ve dil bozuklukları gözlenir.

Afazi, beynin kortikal veya sub-kortikal alanlarındaki fokal hasar sonucu oluşan bir nöro-bilişsel yetersizliktir (MacNeil ve Pratt, 2001). Özellikle afazide görülen dil bozukluklarının demanstan, motor işlev bozukluklarından veya duyuşsal kayıptan kaynaklanan dil bozukluklarından ayırdedilmesi önemlidir.

Afazide görülen dil bozukluklarının ortaya çıkışını belli bir yaş ile ilişkilendirmek doğru olmaz çünkü afazi bir hastalık değil beyin hasarının gözlenen semptomlarından biridir. Afazi, çoğunlukla beyin-damar (serebrovasküler- SVO) hastalıkları sonucu ortaya çıkar. En çok orta serebral arter lezyonları, tromboemboliler, intraserebral veya subaraknoid kanama yapan nedenler ile beyin tümörleri, kafa travması, enfeksiyon hastalıkları veya apseler, ilerleyici ve hasarlayıcı beyin hastalıkları, devamlı olmayıp aralıklarla görülen ateş, nöbet gibi intermitan hastalıklar afaziye neden olarak görülürler. Çoğunlukla yetişkin ve yaşlılarda görülse de (Özdemir, 2000), gençler ve çocuklarda da ortaya çıkabilir. Bu yüzden, afazi sadece ileri yaş grubunu etkileyen bir dil bozukluğu olarak anılmaz ama iyileşme sürecinde yaşın önemli bir faktör olduğu bilinir. Özellikle ergenlik öncesi dönemdeki çocuk ve gençlerde en ciddi afazi belirtilerinin bile iyileşme olasılığı çoktur (Steele vd., 2003). Orta yaş grubunun iyileşmesi göreceli olabilirken, daha yaşlıların tümüyle iyileşmesine oldukça seyrek rastlanır. Hangi tip afazili olgunun iyileşebileceğini kestirmek de diğer bir güçlüktür. Erken evrelerinde bazı afazi tiplerinde diğerlerine göre daha çok iyileşmeye rastlanabilmektedir. Bireyin motivasyonu, bakıcıların ilgisi gibi bireye ilişkin değişkenlerin de iyileşmeyi etkilemesi olasıdır (Maviş ve diğ.,2005). Dolayısıyla, iyileşmeyi olumlu ya da olumsuz etkileyen en önemli nedenler yaş ve afazinin tipi olabilirken, hasar yeri (lokalizasyon) ve oluşumun üzerinden geçen zaman gibi diğer etkileşimlerin de ileriye yönelik iyileşmeye (prognosa) önemli bir etken olabileceği unutulmamalıdır.

2.1.1. Afazi Değerlendirmesi ve Terapisi

Afazili olgular, genellikle, dört geniş kategori içinde ele alınırlar. *Tutuk* (ifade edici) tip afazi, konuşma veya yazma yolu ile düşüncelerini iletme zorluğu yaşayan bireyleri kapsar. Afazili yetişkin ne söyleyeceğini bilmekte ama gereksinimi olan sözcükleri bellekten bulup geri çağırma veya anımsadığı sözcüğü sesletmede zorluk çekmektedir. *Akıcı* afazi tipi, sözlü ve yazılı dili anlamakta zorluk çeken bireyleri kapsar. Birey sesi işitmekte, yazıyı görmekte ama çözümleme ve algılama sorunu olduğu için işittiği ya da okuduğu sözcüklere bir anlam verememektedir. '*Anomik ya da amnezik tip*' olgular çok ciddi afazi belirtileri göstermemekle birlikte nesne, insan, yer ve olaylar için doğru adlandırmayı yapmada ciddi güçlük yaşarlar. '*Global afazi*' ise, beynin tüm dil alanlarının ciddi ve yoğun hasarlanması sonucu ortaya çıkıp, kişinin hem ifadesi hem de anlaması dahil olmak üzere tüm dil işlevlerini kaybetmesine yol açar.

Afazi değerlendirmelerinde ortaya çıkan dil bozukluğu sendromlarının bütün yönleriyle ortaya konulması, hem doğru ve eksiksiz bir klinik tanının konulmasında, hem de hastanın prognozunu yordamada gerekli bir unsurdur (Tanrıdağ, 2005). Yatakbaşında yapılan kısa hasta değerlendirmesi, korunmuş dil özelliklerinin ortaya konulmasını mümkün kılmaz. Bu nedenle, Afazi Tanılama Testleri var olan durumunun daha iyi anlaşılması ve prognoz tahmini açısından önem taşıdığı gibi, rehabilitasyon ve terapi girişimleri için de vazgeçilmez değerlendirme araçlarıdır.

Afazi çalışmalarının sıklıkla yapıldığı dönemler, nörolojik ve nöropsikolojik yaklaşımlar ile dilbilim ve rehabilitasyon yaklaşımlarının baskınlığı ile belirlenmiştir. Zaman içinde ortaya çıkan bu iki baskınlıkla, afazi artık ülkemizde de multi-disipliner yaklaşımlarla ele alınmaya başlanmıştır. 20 yıllık bir geçmişle ilk Türk afazi testi olan GAT (Gülhane Afazi Testi), içerdiği bölümlerle afazinin farklı klinik tabloları ve prognozu konusunda bir özellik kazanmıştır (Tanrıdağ, 1995). Bunun yanı sıra, dilbilim ve rehabilitasyon yaklaşımları afazili hastaların dil özelliklerinin detaylı olarak ele alınmasını gerekli kılmış; bu amaca hizmetle henüz standardizasyon çalışmaları devam eden farklı afazi testleri Türk dil özelliklerine uygun olarak geliştirilme sürecine girilmiştir.

Afazili olgularla her değerlendirme bir terapi, her terapi bir değerlendirmedir (Chapey, 1994). Terapide ele alınacak dil yetersizliğini belirlemek amacıyla yapılan değerlendirme sonrası, hasarlı dilin veya iletişimin tekrar yapılandırılması hedefine odaklanılır. Hastaya, telafi yöntemlerinin öğretilmesi bu hedef çerçevesindedir. Son dönem terapilerinde hedef, hastanın iletişimini klinik ortamlarda çalışmak ve doğal ortamlarda genellenmesini gerçekleştirmektir. Bu terapi yaklaşımında aile desteği ve katılımı çok önemlidir. Yazılı, çizili, görsel, dilsel olan ve olmayan tüm araçların bir karışımı ile hastaya özgü bir terapinin uygulanması yaklaşımı 'Total İletişim' olarak bilinir (Pound vd., 2000). Yine de, her afazili birey için aynı tür terapinin işe yaramayacağı, terapi planının hastanın konuşma ve bireysel özellikleri ile yaşam gereksinimleri göz önüne alınarak yapılması gerektiği göz önüne alınmalıdır.

2.2. Sağ Beyin Hasarı (SBH)

Çok yakın bir zamana kadar sadece sol beynin dili işlemlemede baskın olduğu ve sağ beynin dil ile ilgili bir işlevi olmadığı düşünülmekteydi; ancak, araştırmacılar dil ve iletişim işlevi ile ilgili pek çok çalışmada, beynin sağ yarı küresini de incelemişlerdir. Bu araştır-

malar sonucunda, bu tür bir hasara uğrayan hastaların sesbilgisi, sözcükbilgisi, ve sözdizimi gibi dil becerilerinin fazla hasarlanmadığı ama dilin kullanım (pragmatik) boyutunun etkilendiği gözlenmiştir. (Obler ve Gjerlow, 1999). Örneğin, bu tür olgularda mizah yetisinin veya duygusal içeriği olan bağlamın özellikle etkilendiğini gösteren çalışmalar yapılmıştır. Bağlamda kullanım boyutu, örneğin bağdaşıklık (coherence), ciddi şekilde etkilenmiştir. Bağdaşıklık, söylenen bir cümlenin bir sonraki cümleye başlık ve içerik açısından ne kadar ilintili olduğunu gösteren bir özelliktir; demanslı hastalarda da olumsuz olarak etkilendiği bilinir. (Dijkstra vd., 2003).

Sağ beyin hasarlı olgularda, dolaylı yoldan sağlanan bağlamın anlaşılmasına ilişkin çalışmalar da yapılmıştır. Örneğin, bizler kirli bir arabanın önündeki adam ve çocuk resminde, adamın çocuğa “araba çok kirli görünüyor” dediğini okusak, adamın sadece arabanın ne kadar kirli gözüktüğü ile ilgili yorum yapmakla kalmayıp, çocuğun temizlemesini ima ettiği derin anlamını çıkarabiliriz. Sol beyin hasarlı olgular, alt anlamı uygun bir şekilde çıkarabilirken, sağ beyin hasarlılar kastedilen anlamı seçememektedirler. İletişimin kurulduğu ortamın duygusal bağlamını; kullanılan yüz ifadelerini, prosodik özellikleri anlamlandırmada iyi olmadıkları gibi, bu tür hastalarda konuşma üretiminin bürün (prozodik) boyutunun da hasarlandığı öne sürülmektedir. Örneğin, konuşmanın ezgisi (entonasyon) neredeyse hiç duygu ifade etmeyecek şekilde düzdür (Shames, Wiig ve Secord, 1991).

Sağ beyin hasarlı hastaların daha çok sözel olmayan becerilerinin (dikkat, oryantasyon, algı, görsel-mekansal algı ve farkındalık, serbest ve kopyalarak çizme, işaretleme gibi) değerlendirilmesine yoğunlaşılır (Maviş, 2004). Görsel-mekansal algının çalışılması bireylerde okuma ve yazmalarının gelişmesini de sağlayacaktır. Resim betimleme testleri, bireylerin iletişim sorunlarını ortaya çıkarmak açısından uygundur. Resim üstündeki bazı öğelerin seçilmesi ve bu öğeler arasındaki ilişkilerin çalışılması terapinin yönlendirileceği sorunların değerlendirilmesini sağlayacaktır. Sağ beyin hasarlı bireylerin dil ve biliş yetilerini değerlendirecek Türkçe standart test bulunmamaktadır.

3. DEMANS VE DİL-KONUŞMA SORUNLARI

Demans, “farklı nedenlere bağlı olarak, beyinde belirli bir süre içinde gelişen ve ilerleyerek devam eden etkilenmeler sonucu yüksek serebral işlevlerin ve davranışların ve çok yönlü bozukluklarının yarattığı klinik tablolara” verilen genel bir addır (Tanrıdağ, 1994). Hastalık, doğası gereği, kişinin entelektüel ve sosyal yeteneklerini, günlük işlevlerini etkileyecek şekilde ilerleyicidir.

Demans, orta ve ileri yaştaki kişilerde en çok yıkıma neden olan beyin hastalığıdır. Alzheimer, daha seyrek olarak da Parkinson hastalığına eşlik eden demans gibi pek çok tipi olan bu hastalığın, özellikle gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfusun giderek artıyor olmasına bağlı olarak ortaya çıkışı ciddi bir sağlık sorunu olarak dikkat çekmektedir.

Hastalığın görülme sıklığı yaşla doğru orantılı olarak artmaktadır; yaygınlığı 65-69 yaş grubunda %1.5-2, 75-79 yaş grubunda %5.5-6.5 iken 85-89 yaş grubunda %20-22'ye ulaşmaktadır. 80'li yaşlarda her iki yaşlıdan birinde yakın hafızanın zayıflaması ve günlük işlerin yapılmasının unutulmasıyla demans belirtileri görülmektedir. Yine de, her unutkanlığın bir demans belirtisi olup olmadığı tiroid fonksiyon testleri, sifilis (cinsel yolla bulaşan bir hastalık), B12 vitamin düzeyi, kan şekerinin düşmesi (hipoglisemi) gibi bazı değerlerin araştırılmasıyla belirlenmelidir (Selekler, 2003). Bunun yanı sıra, geçirilmiş sara nöbet-

leri (epilepsi), kafa travması, beyin tümörleri, beyin damarsal hastalıkları, beyne cerrahi girişim, karbon monoksit zehirlenmesi, beyin dokusunu tutan enfeksiyon hastalıkları, bazı ilaç kullanımları ve depresyon ayırt edici tanılama için göz önüne alınmalı; gerektiğinde beyin görüntüleme yöntemlerinden de yararlanılmalıdır. Demans değerlendirmesinde güvenilir ölçüt Mini Mental Durum Değerlendirme aracının bulguları (Chayer, 2002) ve DSM-IV gerekliliklerinin karşılanmasıdır (Lovestone vd., 2001).

Demanstaki bilişsel kayıplar *amnezi*, *agnozi*, *apraksi* ve *afazi* olarak dört grupta ele alınabilir (Scinto ve Daffner, 2000). Amnezi; bilgileri ya da yaşantıları anımsama güçlüğüdür. Örneğin, hasta farklı bir şehirdedir ama kendisini yaşadığı şehirde zannetmektedir. Agnozi; nesnelere tanıyamama halidir. Genellikle demansın geç dönemlerinde gözlenir. Örneğin hasta çay sever ve içmekten hoşlanır ama çayı nerede pişireceğini ya da çaydanlığın çay pişirme amacıyla kullanıldığını bilemez. Apraksi, gömleğin düğmesini ilikleme gibi basit günlük eylemleri yapamama durumudur. Sıklıkla amnezi ile ilgili belirtiler, ilerleyen dönemlerde de apraksi ile ilgili sorunlar gözlenir. Afazi ise kendini ifade edebilme amaçlı konuşamama halidir. Özellikle, sol beyin yarısındaki konuşma merkezini tutan patolojilerde afazi sıklıkla ortaya çıkar.

3.1. Alzheimer Tipi Demans ve Dil-Konuşma Sorunları

Afazi, inme veya beklenmedik bir kaza sonrasında aniden ortaya çıkar. Alzheimer gibi bunama belirtileri ile başlayan hastalıklarda ise ilk belirtiler sinsili olarak başlar ve hastalığın ne zaman başladığını bilmek olası değildir. Belirtiler belirginleşmeden önce ilerleyici yıkım senelerce sürmüş olabilir (Selekler, 2003). Bu hasar öylesine belirsizdir ki çekilen beyin filmlerinde bile açığa çıkmayabilir. Otopsi yapılan insan beyinleri üzerinde yapılan çalışmalar, bellek, sorun çözme, öğrenme yetisi ve/veya dil yetilerini de kapsayan bilişsel yetilerin gelişimsel olarak hasarlandığını yansıtan hücre bozulmalarını göstermektedir.

Demans, çok genel bir kavram olan *bunamanın* tıp dilindeki karşılığı, Alzheimer hastalığı ise demansın sıklıkla görülen nedenlerinden biridir. Demans görülen hastaların üçte ikisi Alzheimer'dan muzdariptir. Kognitif kayıp ve buna ilişkin hastalıklar konusundaki pek çok çalışma yakın tarihlidir. İnsanların ömür yaşları uzadıkça, özellikle Alzheimer hastalığı sayıca artış göstermiştir. Buna göre, Alzheimer'ın dünya literatürüne göre ortaya çıkma oranı 70 yaş öncesinde çok nadir (%0.6) ama 84 yaş üzerinde daha sıktır (%8.4). İngiltere'de yakın tarihli yapılan bir çalışmada genç yaş popülasyonunda da demans görülme sıklığının yükseldiği ortaya çıkmıştır (Harvey vd., 2003). Genç grup içinde (30-64 yaş) gözlenen Alzheimer tipi demansın (%34) daha yaşlı grupta gözlenen orana (%80) doğru yükseilmesi ilgi çekicidir.

Alzheimer'ın en belli başlı özelliği, başlangıçtan itibaren gözlenen progresif (ilerleyen) unutkanlıktır. Dikkat, dil ve konuşma ve gördüklerini algılama gibi bilişsel yetilerin kaybı sıklıkla karşılaşılan bir durumdur (Scinto ve Daffner, 2000). Bu bilgiler ışığında, Alzheimer'i, unutkanlığın ön planda olduğu bir demans tipi olarak tanımlamak mümkündür. Demansta görülen diğer önemli bir belirti, hastalığın erken evrelerinde bozulan görsel-uzaysal işleme becerileridir. Yüz tanıma ve çizgi oryantasyon testi gibi değerlendirme ölççekleri, hastalığın erken evrelerinde bu tür sorunları kolaylıkla saptayabilmektedir (Bradley vd., 2004).

Nöroloji hastasının ilk tanınmasında, beyin dokularının esas olarak kortikal (beyin yüzeyi) ya da subkortikal (beynin alt yüzeyi) düzeyde hasarlanıp hasarlanmadığı ayırt edilir. Örneğin, Parkinson hastalığında subkortikal yapılar, Alzheimer'da ise kortikal yapılar hasarlanır. Bu yüzden, Alzheimer hastalığında, kortikal yapı hasarı sonucu ortaya çıkan afaziye andıran dil bozuklukları gözlenir. Özellikle, düşünce ve zekanın baskın olarak yönlendirdiği anlam ve kullanımbilgisi demanslı hastalarda bozulmaya açık dil bileşenleridir. İlaveten, sesbilgisel ve sözdizimsel kullanımları da çok bilinçli değildir. Hastaların konuşması ya da yazması dikkatle izlendiğinde, biçimle ilgili hataları -özellikle biçimbirim eksiltmesi ya da uygun olmayan biçimlerin ilave edilmesi- farkedilir (Chapey,1994).

Ön evredeki Alzheimer'lı hastaların dil sorunları anomik afazide gözleendiği gibidir; vaka, nesnelere adlandırma gücünü yaşar. Adlandırma sorunu özellikle kategori isimlendirme testlerinde ortaya çıkar. Orta ve geç evrelerinde, dil sorunları transkortikal sensöriyel afaziye anımsatır; hastaların akıcı ama içeriğini kontrol edemedikleri konuşmaları vardır (Benson ve Ardila,1996). İşittiklerini anlama sorunları ve göreceli uzunluktaki cümleleri tekrar etme zorlukları da olabilir. Hastalığın geç evrelerinde, çoğu hastanın dil kullanımını azalarak neredeyse mut (dilsizleşme) durumuna gelebilirler. Bazıları ise insanların olmadığı ortamlarda konuşurken, toplum içinde konuşamazlar. Bu evrede, hastanın sözlü üretimi tamamıyla "jargon konuşma" şeklindedir. Bu bağlamda, "sözcüğün tümünde yapılan ses değişimleri ile sözcüğün anlamının kaybolması" *jargon* olarak tanımlanmıştır (Chapey,1994). Alzheimer'in geç evreleri, global afazide olduğu gibidir, yani dili anlama ve üretme yetileri çok azalmıştır. Bununla birlikte, hala göz kontağı gerçekleştirme ya da "bugün nasılsın?" gibi kalıp soruları cevaplama yetileri korunmuş olabilir.

Erken dönemlerinde, bu hastaların okuma yetisi, konuşulan dili anlama yetisinden daha iyidir. Orta evrelerinde, okuma sırasında sözcüklerde yer değiştirmeler ortaya çıkar. Orta evrenin başlarında, sesli okuma yetisi anlama amaçlı okuma yetisinden daha belirgin olarak korunmuş görünür. Çok yakın zamanlara kadar, sesli okumanın geç evrelere kadar korunacağı düşünülmüşse de, sesli okumanın da zaman içinde gelişimsel olarak hasarlandığı iddia edilmektedir. Erken evrelerinde, yazma yetisinde seyrek eksiltmeler ya da uygun olmayan çekim eklerinin ilave edilmesi ile ortaya çıkan yazım yanlışları dikkat çeker.

Aslında, Alzheimer'in erken evrelerinde, eklerle ilgili bazı sözdizimsel (sentaktik) yapıların hastaları zorladığı belirlenmiş (Ferrand ve Bloom,1997); sözdizimsel açıdan karmaşık cümlelerin kullanıldığı anlam testlerinde de ilişkili sorunlar yaşanmıştır. Özellikle, anlamı çok net olmayan deyimlerin anlaşılabilirliğinin hasarlandığı açıktır. Yapılan çalışmalarda Alzheimer'lı hastaların adlandırma testlerinde görsel açıdan yanlış algılama yaptıkları ileri sürülmüşse de, daha sonraki çalışmalarda tüm yaşlardaki sağlıklı insanların da bu tür yanılmaya düşebilecekleri belirtilmiştir. Zaten bu tür durumlarda, hasarın sözcüğün kendisine mi, yoksa ona erişim yoluna mı ilişkilendirildiği tartışılmaktadır.

Hastalar, dil bozukluğuna bağlı başka değişikliklerin gözlenmediği dönemlerde, adlandırma testlerinde başarısız olabilirler. Adlandırma bozukluğunun, genel olarak semantik sistemin bozulmasını mı yansıttığı yoksa gerçek bir afazik bozukluk mu olduğu konusu tartışmalıdır; çünkü Alzheimer tipi demansta dil bozukluklarının iyileşme olasılığı yoktur (<http://www.unc.edu/>).

Demans ve Alzheimer tipi demans hastalarının dil yetileri 'dil testleri' ile değerlendirilir. Bir üniversite hastanesinde, hafif Alzheimer demansı olduğu nörologlar tarafından saptanmış 20 demans hastasının dil özellikleri, dil bozukluklarını saptamak üzere bu çalışma için

hazırlanmış bir dil testi ile ortaya konmuştur (Cangökçe, 2004). Dil testi öncesinde Mini Mental Durum Değerlendirme (MMSE) bulguları 30 puan üzerinden 20-23 arasında belirlenen hasta grubunun, sesli ve içinden okuma yetisi ile otomatik ve kategorik adlandırma yetisi etkilenmiş olarak dikkat çekmiştir.

3.2. Diğer Demanslar ve Dil Sorunları

Primer Progresif Afazi, beyin sol yarı küresinde atrofi ve dil bozuklukları ile başlayan ve kognitif kaybın çok daha sonra eklendiği bir demans türüdür (Mesulam, 2000). Tomografide sol bölgede fokal atrofi ve EEG de yavaşlama sıklıkla görülür. Bu klinik sendromun, afazi belirtileri ile başlayan Alzheimer hastalığı olabileceği varsayımı yaygındır. Ortaya çıkan afazi formu akıcı tiptedir. Yapılan bir çalışmada, üç yıl önce pelteklik şikayeti ile başlayan ve giderek artan konuşma bozukluğuna ek olarak yazma güçlüğü de eklenen bir hastanın Primer Progresif Afazi olabileceği tartışılmıştır (Kutluk vd.,2000). Ancak, alanyazın bulgusuna ters olarak vakanın konuşması tutuk afazi biçimindedir. Bununla birlikte, duyarak ve okuyarak anlaması iyi, normal bilişsel testleri ise normal sınırlar içinde bulunmuştur.

Frontotemporal demanslar (FTD), dil bozukluğunun belirgin olduğu diğer demans tiplerinden biri olup, tüm demansların % 2-3ünü kapsar. FTD, beyinde frontal, orta ve ön temporal lobların giderek bozulmasıyla ilerleyen çoğul etiolojili demansiyel bir sendromdur. Bellek işlevleri göreceli olarak korunmuşken, konuşma miktarı sıklıkla azalmıştır. Konuşma niteliği sterotipik (basmakalıp) konuşmalardan ekolalik (tekrarlayıcı) ve mut konuşmaya kadar değişebilir. Çöp ve/veya eşya toplama gibi sosyal olarak uygun olmayan davranışlarının da belirlendiği seyrek vakalardan dolayı, şizofreni benzeri bir bulgu olarak psikiyatri kliniklerinde gözlemlenildiği çalışmalar yapılmıştır (Pırıldar vd., 2001).

3.3. Demansta Dil Terapisi

Farklı demans tiplerinin her birinin, dil ve biliş açısından nörolojik işlevlere farklı etkisi vardır. Farklı işlevler farklı davranışlarla bireye yansır. Yaşlandıkça, hemen herkeste ortak bir özellik ortaya çıkabilir. 'Dilimin ucunda ama söyleyemiyorum' cümlesi ile ifade edilen bu özellik karşılıklı iletişimi ve yanıtlamaları yavaşlatır. Duyusal ve çevresel etmenler de bu özelliği pekiştirir. Yaşa bağlı olarak gelişen pek çok özellik öncelikle işitme yetersizliğine yüklenir. Demanslı bireylerde işitme kaybı bireyi zamanla geri çekilmeye ve izole yaşamaya yönlendirir. Görmeye dayalı yetersizlik olması durumunda, odaklaşma yetersizliği ve nesnelere, renkleri seçebilmede azalma gözlenir. Dolayısıyla, demansa ek olarak işitme ve görme kaybı iletişime öncelikle ket vuran duyusal faktörlerdir. Çevresel yetersizlik, bireyin etrafında kimsenin olmaması, konuşacak konunun olmaması da bireyin iletişimini etkiler. Bir dil ve konuşma terapistinin görevi çevresel düzenlemeyi gerçekleştirmekle başlayabilir. Bu çerçevede, demanslı bireyin iletişim gereksiniminin belirlenmesi, iletişimdeki zorluk düzeyinin ve korunmuş becerilerinin ortaya çıkarılması önemlidir. Demans öncesi dil becerileri ve bireyin eğitim seviyesinin belirlenmesi de ön değerlendirme bulguları arasında yer alır.

Amerikan Konuşma-Dil-İşitme Birliği (ASHA), bir dil ve konuşma terapistinin demanslı hasta iletişim becerilerinin değerlendirmesinde, işlevsel iletişimin sürdürülmesi ve ko-

laylaştırılması amaçlı terapi programlarının sağlanmasında ve hastanın bakıcılarının demansın ortaya çıkardığı iletişim sorunlarını anlamasına yardımcı olmada aktif katılım göstermesini önermektedir (Ferrand ve Bloom, 1997). Demansın ilk evrelerinde bir dil ve konuşma terapistinin rehabilitasyon ekibi içinde rolü olmalıdır. Bu rol, gerek çevresel düzenleme yapma gerekse hastanın ailesini yönlendirme amaçlı olabilir. Uygun şartlarda, ilk hasar gören adlandırma ve okuma yetilerinin çalışılması konusunda da bireysel terapiler düzenlenebilir. Demansın ilk evrelerinde yapılabilecek dil ve konuşma terapisi şu maddelerde özetlenmiştir (<http://www.mhilli.org/index.html>).

1. Ailenin, arkadaşların veya multidisipliner ekibin, hastanın dil ve iletişimindeki azami yeterliliğinin farkında olmasını sağlamak,
2. Demanslı bireyle etkin bir iletişim biçimi bulmak üzere uygulamaları geliştirmek,
3. Var olan dil yetisinin çoğunluğundan yararlanabilmek için ipucu yöntemlerinden ve çizimle anlatmak gibi alternatif iletişim yollarından yararlanmayı sağlamak,
4. Bireysel veya gruplar halinde özel dil ve iletişim terapileri düzenlemek,
5. Demans geliştikçe, yeterlilik ve ortaya çıkan güçlükler konusunda bilgilendirme yapmak,
6. Demanslı bireyin karar verme, otorite kullanma gibi özgün haklarında yardımcı olmak,
7. Aile ve arkadaşların üzerindeki iletişim kurma stresini azaltmak.

Bu arada, demanslı bireyin ailesinin de iletişim kurma çabası içindeki yanlışlarını düzeltmek ve önerilerde bulunmak da bir dil ve konuşma terapistinin görevidir. Örneğin, terapist hasta yakınlarına şu önerilerde bulunabilir:

1. Demanslı hasta ile sözlü iletişimde bulunurken kendi konuşmanıza dikkat edin ve çevredeki konuşma biçimlerine duyarlı olun,
2. Duyduğunuz konuşmaya göre acele yanıt girişimlerinde bulunmayın ve hastayı dinleyin,
3. Demanslı hastayı etkin bir durumda ve tepkinizi yansıtarak dinleyin, göz kontağı kurun, uygun yerlerde başınızı sallayın, gülümseyin veya kendisini anlayamadığınız kısımlarda yüzünüzle tepkinizi gösterin,
4. Bireyin konuşmasından ne anladığınızı ona geri bildirin,
5. Hastayı ve duygularını anladığınızı ona belirtin.

4. PARKİNSON HASTALIĞI VE DİL-KONUŞMA SORUNLARI

Parkinson, genellikle 50-60 yaşları arasında başlayan progresif bir hastalıktır. 65 yaş üstü nüfusun %1'inde Parkinson hastalığına rastlanır (Ertan, 2005). Gerek konuşma zorluğu gerekse yutma güçlüğü bazı vakalarda daha hafif yaşanırken, bazı vakalarda çok ciddi olabilir. Hiç bir vaka yaşanan güçlükler açısından bir diğerine benzememektedir. Araştırmalar, Parkinson hastalarının %60-90'ında konuşma zorluğu, %50'sinde ise yutma/yutkunma ve çiğneme güçlüğü yaşandığına dikkat çekmektedir.

Konuşma ve yutma süreçleri çene, dudaklar, dil, boğaz ve gırtlak gibi gırtlak altı ve üstü kasları ve sinirlerinden yardım alarak gerçekleşir. Parkinson hastalarında bütün bu yapıların kas ve sinirleri etkilenebilir. Bu nedenle, Parkinson hastaları yürüme gibi otomatikleşmiş kabul edilen hareketlerde görülen tutukluk ve yavaşlığı, diğer bir otomatik eylem dizini olan konuşma ve yutkunmaya da yansıtırlar. Ellerde titreme gibi istemsiz gelişen hareketlere benzer şekilde, çene ve dilde de istemsiz hareketlilik gözlenir. Konuşma ve yutma sorunları birlikte ortaya çıkabileceği gibi, birbirlerinden ayrı olarak da hastayı etkilerler.

Nedeni bilinmeyen nöron dejenerasyonunun ortaya çıkardığı idyopatik tip Parkinson'lu hastaların yaklaşık % 8-30'ında, hastalık süreci içinde demans oluşabilmektedir. Yine de, çoğu vakada, demansın Parkinson hastalığından veya eşlik eden bir Alzheimer hastalığından kaynaklanıp kaynaklanmadığını belirlemek güçtür (Freed, 2000). Özellikle, subkortikal hasarlar sonucu oluşan Parkinson hastalığı ve eşlik eden demansta bireylerin iletişim yetileri farklı etkilenir. Hastalar çok yavaş konuşurlar, konuşmaları anlaşılmalıdır; hatta, birkaç sözcük sonrası neredeyse 'ağızda sözcük sürükleme/yuvarlama' diye betimlenen pelteklik hareketleri gözlenir.

Parkinson hastalığıyla ilişkilendirilen konuşma bozukluğu *dizartri* olarak bilinir. Dizartri, konuşma üretiminin kontrolünü sağlayan kasların hasarlanması sonucu ortaya çıkan motor konuşma bozukluğudur. Daha nörolojik bir tanımla, dizartri, "santral ya da periferik sinir sistemi lezyonlarına bağlı olarak konuşmanın nöromüsküler kontrolünün yetersizliği, yavaşlaması veya inkoordinasyonu ile oluşan bir grup konuşma bozukluğunun genel adıdır" (Torun, 1991). Kas kontrolsüzlüğünün altında yatan neden, beyni etkileyen bir yaralanma veya hastalık olabilir. Örneğin, 'dizartri' yüzün ve ağızın bir tarafındaki kasların kontrolünü sağlayan beyin bölgesindeki hücrelerin ölmesine yol açan inmeden de kaynaklanabilir. Bu tür bir hasar, kas tonüsünün düzenlenmesini, yüz, ağız ve vücuttaki hareketliliğin gerçekleşmesini etkilemekteyse, dizartri zaman içinde daha da kötüleşecektir. Parkinson hastalarında görülen dizartri tipi, genelde, harekette azalmayı vurgulayan hipokinetik dizartridir. Diğer bir deyişle, yüz, ağız, farinks (boğaz) ve larinks (gırtlak) kaslarında hareket aralığının azalması şeklindeki diskinetik durum Parkinson'lu hastalarda hipokinetik dizartriyi ortaya çıkarır.

4.1. Parkinson Dizartrisinin Tanı ve Terapisi

Yukarıdaki tanımlardan, Parkinson hastasındaki konuşma güçlüğünün bir kas kontrolsüzlüğünden kaynaklandığı anlaşılmaktadır. Bu tür bir rahatsızlık zeka veya bellekte azalmaya yol açmamaktadır. Yine de, insanlar zeka ve kişiliklerini daha çok sözel iletişimleriyle ortaya çıkardıkları için, yaşanan sözel iletişim güçlüğü, diğer yetilerin de etkilendiğini düşündürür.

Her ne kadar Parkinson konuşma örnekleri bir değişkenlik gösterse de, hipokinetik dizartri yaşayan Parkinson hastalarının ortak şikayetleri konuşma tonunun düşmesidir. Göğüs kafesindeki kasların gerginliği sık ve düzensiz nefes alıp vermeye yol açar. Normal durumunda çok elastik olup belli bir hız ve güç ile çalışan bu kaslardaki gerginlik ve tutukluk, doğal olarak, ses volümünün azalmasına yol açacaktır. Konuşma sırasında ses volümünün kabul edilebilir bir tonun altına düşmesinin arkasındaki fizyolojik gerçek, soluma kaslarındaki esnekliğin gitgide kaybolması ile açıklanabilir (Freed, 2000).

İnsanların uyuyan bir kişinin yanında yaptıkları gibi seslerini kısımları ya da işitme engelli birine seslenme durumunda olduğu gibi seslerini yükseltmeleri ses volümünde yaptıkları değişikliklerle gerçekleşir. Zaman zaman söyleyeceklerimizi vurgulamak amacıyla ses değişiklikleri de yapabiliriz. Parkinsona bağlı dizartri geliştirmiş insanlar bu tip değişiklikleri yapabilme yetilerini kaybetmişlerdir. Dinleyen kişi için, hastanın sesi söylediklerinin anlamını ve bağlamını destekleyecek, kuvvetlendirecek güçte değildir.

Ses niteliğindeki ilk farkedilir değişiklik, dinleyenlerin tanımlaması ile 'kaba ve nefesli' gibidir. Nedeni fizyolojik açıdan gırtlak içindeki ses tellerinin hareketlerindeki yavaşlama ve gerginleşme ile bağdaştırılır. Konuşma ezgisindeki iniş-çıkışlar; yani, perde değişiklikleri, söylenen sözcüklerin/cümlelerin derin anlamını yansıtır. Ezgi, insan kişiliğinin algılanma biçimlerinden sadece birisidir (Maviş, 1988). Dizartri olan Parkinson hastalarında ses perdesindeki alçalıp yükselme yetisi de kaybolduğu için hastaların konuşması monotonlaşır. Ses tellerinin gerginliği, bu ve bunun gibi diğer konuşma parametrelerinin kaybolmasına neden olur. Dolayısıyla, bu hastalar işitilmesi ya da anlaşılması giderek güçleşen, ezgisiz, düz bir konuşma biçimine doğru gelişim gösterirler (Duffy, 1995).

Hipokinetik dizartrinin bir başka belirtisi konuşma oranındaki kontrol kaybıdır. İlk evrelerde, konuşma oranı o kadar hızlı ve patlama gibidir ki, konuşma hastadan kaçır gibidir. Giderek, ses volümündeki azalma ile birleşen belirtiler Parkinson hastasının anlaşılabilirliğini oldukça azaltır. Fizyolojik neden, yine beyin ile ilgili olup bradikinezi (hareketlerdeki yavaşlama) olarak bilinir. Bütün bu belirtilere, çoğu dizartride sesletim bozukluğu da eşlik eder. Bu tip hastaların konuşmasında sesler neredeyse birlikte sesletilir ya da sözcük sonundaki sesler sesletilmez. Dinleyenler hastanın 'mırıldandığını' düşünürler. Sesletim bozukluğu dil ve dudak hareketlerindeki güç ve hız kaybından kaynaklanmaktadır.

Günümüzde, dizartri tanısı için, hastalardan alınan konuşma örneklerinin dinleme yolu ile değerlendirildiği bazı öznel yöntemlerden daha çok, nesnel değerlendirme olan stroboscopy, larengeal EMG ve Electrolottografi gibi araçlar kullanılmaya başlanmıştır. Türkiye'de Parkinson hastalarının konuşma biçimlerini electrolottografi ile değerlendiren ilk çalışmalardan biri 1991 yılında yapılmıştır (Torun, 1991). Konuşma davranışını engellemeden vokal kordların (ses teli) işlevsel açıdan değerlendirilmesini amaçlayan bu yöntemle onsekiz Parkinson hastasının %95inde vokal kord düzensizliği saptanmıştır. Hastalarda dizartri etkilenmeler; konuşmanın ritmik düzenleme, ses tonu ve şiddeti, ses üretimi ve genel anlaşılabilirlik boyutlarındaki bozulmalar şeklinde ortaya çıkmıştır.

Parkinson hastalarında görülebilecek ses volümündeki azalma, monoton ezgi, ses kalitesindeki bozulma, durak vermeden yuvarlayarak konuşma veya istenmeyen duraksamalar gibi konuşmaya ilişkin sorunlar ortaya çıktığında bir dil ve konuşma terapistinden yardım istenebilir. Sorunlar ciddileşmeden ve zaman geçirilmeden başlanacak terapiler yararlı olacaktır. Doğru nefes alıp verme uygulamaları ses volümünü artırır. Buna ilaveten, dil, dudak ve çene eksersizleri (oral-motor hareketler) ile sesletim, ezgi ve konuşma oranını artırıcı egzersizler önerilir. Kısaca, dizartri terapisinde temel olan fonasyon, respirasyon ve rezonans (sesleme, soluma ve tınılama) terapileri bu hastalar için uygundur. Yutma ve çiğneme güçlükleri başladığında da konuşma terapisti tekrar devreye girebilir.

Çok şiddetli dizartri veya kısıtlı konuşması olan hastanın kronikleşmiş sorunlarında terapi ile radikal değişiklikler beklemek doğru değildir. Buna rağmen, hastanın çok önemli başlangıç sesleri söyleyebilmesi veya harfleri göstermesi hem anlaşılma hem de üretimde faydalı olacaktır. Orta ve hafif derecede dizartri olan hastalara ise nefes ve sesletim

kontrolü, konuşma oranını yavaşlatma, konuşma seslerini doğallaştırma, ve çevre desteği sağlama gibi konularda konuşma terapisti yardımcı olur.

Klasik konuşma terapisi yaklaşımlarına ilaveten, Parkinson'lu hastalarda konuşma terapisine yönelik yeni yöntemlerin geliştirildiği ve kullanıldığı da bilinmektedir. Ramig ve Mead'ın geliştirdiği *Lee Silverman Yöntemi* (1987) etkin bir ses terapisi. Bu yöntem, bir ay içinde 16 seansı içeren yoğunlukta konuşmanın anlaşılabilirliğini ve ses volümündeki artışı hedefler (<http://www.parkinson.org/>).

Ses tellerinin çok gergin veya zayıf olması durumunda ses tellerinin bir araya gelip titreşememesi konuşma seslerinin zayıf ve nefesli çıkmasına yol açar. Bu durumda ses tellerine uygulanan kolejen iğne takviyesi bir tedavi/terapi yöntemi (*Collagen enjeksiyon yöntemi*) olarak önerilmektedir. Kolejen, deri altına verilen bir tip proteindir. Genellikle onbeş dakika süren bu yöntem Parkinson gibi nörolojik sorunlu hastalar için de önerilir.

SONUÇ

Bu çalışmada, bir dil ve konuşma terapistinin nörolojik sorunlu hastasına yaklaşımı ele alınmıştır. Hastanın yaşı ve eğitimi, terapiye uyumu, iyileşme isteği ve konunun uzmanı dil ve konuşma terapistlerine erişilebilirlik başarılı sonuçların elde edilmesi açısından çok önemlidir. Terapi sürecinde aile desteği kadar, çoklu rehabilitasyon ekibinin de önemli rolü vardır. Dolayısıyla, hastaların tıbbi yönden iyileşmelerinin yanı sıra, psikososyal ve dilsel olarak iyileşmelerinin önemszenmesi ve ekip yaklaşımında bir dil ve konuşma terapistinin de bulunması yaşlı popülasyona verilen sağlık hizmetini zenginleştirecektir.

TEŞEKKÜR

Bu çalışmada, gerek düzeltmeleri gerekse yönlendirmeleri ile bizden desteğini esirgemen Prof. Dr. Öget Öktem TANÖR'e teşekkür ederiz.

KAYNAKÇA

- Benson, F.D., ve Ardila, A. (1996)** *Aphasia. A Clinical Perspective*. New York: Oxford Univ. Press
- Bozdemir, N. ve Tokgöz, M. (2000)** Toplumdaki Yaşlı ve Yaşlanmakta Olan Bireylerin Rehabilitasyonu ve Sosyal Uyum Projesi. <http://www.agv.org.tr/geriatri.doc> (erişim tarihi: Nisan 2005)
- Bradley, W.G., Daroff, R.B., Fenichel, G.M., ve Jankovich, J. (2004)** *Neurology in clinical practice: Principles of diagnosis and management* (4th.ed.) Butterworth and Heinemann Vol1/A
- Bryan, K.** What can speech and language therapy offer in the early stage of dementia? <http://www.mhilli.org/index.html> (erişim tarihi: Mayıs, 2005)
- Burke, M. Deborah. ve Shafto, Meredith.A. (2004)** Aging and Language Production. *American Psychological Society*. Vol 13, No 1
- Burns, M.S. (1997)** *Brief Inventory of Communication and Cognition. The Psychological Corporation*. HarcourtBrace and Company
- Cangökçe, Ö. (2004)** *Hafif Alzheimer Demansı Olan ve Olmayan 60-80 Yaş Arası Yaşlıların Dil İşlevlerinin Karşılaştırılması*. Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir
- Chapey, R. (1994)** (ed.) *Language Intervention Strategies in Adult Aphasia* (3.baskı.) Baltimore, Williams and Wilkins.
- Chayer, C. (2002)** The Neurological examination: brief mental status *Journal of Geriatric Care. Vol 1 No 3*
- Demantia and communication: Language changes in dementia of the Alzheimer type.
<http://www.unc.edu/> (erişim tarihi: Mayıs, 2005)
- Dijkstra, K., Bourgeois, M.S., Allen, R.S. ve Burgio, L.D. (2004)** Conversational coherence: Discourse analysis of older adult with and without dementia. *Journal of Neurolinguistics, Volume 17,4 ,263-283*
- Duffy, J. R. (1995)** *Motor Speech Disorders. Substrates, Differential Diagnosis, and Management*. St. Louis: Mosby

- Ertan, S. (2005)** Parkinson hastalığının klinik özellikleri. Siva, A., Saip, S. ve Kaynak, D. (ed) *Nörolog Olmayanlar için Nöroloji*. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No:42. İstanbul,
- Ferrand, C.T., ve Bloom, R.L. (1997)** *Introduction to Organic and Neurogenic Disorders of Communication. Current Scope of Practice*. Allyn and Bacon, Boston
- Folstein, M (1994)** The Dementias, *Journal of the Neurological Sciences*, 127,1-1-10
- Freed, D. (2000)** *Motor Speech Disorders; Diagnosis and Treatment*. Africa: Singular. Thomson Learning
- Harvey, R.J., Skelton-Robinson, M., ve Rosson, M.N. (2003)** The prevalence and causes of dementia in people under the age of 65 years. *J. Neurol Neurosurg Psychiatry*; 74:1206-1209.
- Kara, S. H., Tuğlu, C., Ateş, İ., Molla, S. ve Abay, E. (2002)** Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Servisinde Yatırılarak Tedavi Edilen Geriatrik Hastaların Sosyodemografik Özellikleri, Tanı ve Tedavi Dağılımları. *Yeni Symposium*. 40(4), 151-155
- Karaman, Y. (2000)**. *Demans*. Kayseri, Geçit Yayınevi,
- Karaman, Y., Köseoğlu, E., Tomar, A. Endoğan, F., Soyuer, A. ve Özküreççi, H. (1997)**. Parkinson ve Alzheimer hastalığında lisan fonksiyon bozuklukları. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji A.B.D. *Nörolojik Bilimler Dergisi*;14(3-4).Kayseri
- Kutluk, K., Özakbaş, S., Çapa K., G., Ünlü, B., Şengün, İ.Ş. ve Dönmez, B. (2000)** *Primer Progresif Afazi: Bir Olgu Sunumu*. Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Nöroloji A.B.D. Otuzaltıncı Ulusal Nöroloji Kongresi.
- Lovestone, S., Gauthier, S. ve Dunitz, M. (2001)** *Management of Dementia*. London, Martin Dunitz Ltd.
- MacNeil, M.R. & Pratt, S.R. (2001)** Defining aphasia: some theoretical and clinical implications of operating from a formal definition. *Aphasiology*, 15(10/11).

- Maviş, İ. (1988)** *Instructional Differences and Learning Outcomes: A Methodological Study of Systematic Intonation Teaching to the Learners of English as a Foreign Language (An Experimental Study with Laryngograph / Voiscope)* Eskişehir, Anadolu University, Institute of Social Sciences Department: English Language Teaching
- Maviş, İ., ve Torun, Ş. (2001)** *Public awareness of aphasia: does it make any difference?* Uluslar arası Özel Eğitim Konferansı: Etkileşim ve İşbirliği. 24-27. Haziran, 2001.
- Maviş, İ. (2004)** *Sözün bittiği yer.. Afazi.* Anadolu Üniversitesi, Dilkom. Dil ve Konuşma Terapisi, Klinik, Eğitim ve Araştırma Dizisi-3. Eskişehir
- Maviş, İ., Doğramacı, Ö., Diken, İ. (2005)** Birincil bakıcıların felçli ve afazili bireylerin sözel olmayan davranışlarına ilişkin görüşleri. *Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi*. Cilt: 11(3) Eskişehir: Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneđi Yayınları
- Men, Ageing and Health: Achieving health across the life span-WHO Report. <http://www.who.int/hpr/ageing/MenAgeingandHealth.pdf> (erişim tarihi: Mayıs, 2005)
- Mercer, B.F. (1998)** Evaluating Memory Loss in Older Women. *Women's Health in Primary Care, Vol 1, No 10*
- Mesulam, M.M. (2000).** *Davranışsal ve Kognitif Nörolojinin İlkeleri.* (çev.ed.Gürvit,H.) Ankara,Yelkovan Yayıncılık.
- Obler, L.K., ve Gjerlow, K. (1999)** *Language and the Brain.* Cambridge Univ. Press
- Özdemir, G. (2000)** *Beyin Krizi nedir? Hakkında Bilmek İstedikleriniz.* Eskişehir, Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneđi Yayınları.
- Pengilly, K.** Introduction to Speech and Swallowing Problems Associated With Parkinson's Disease. <http://www.parkinson.org/> (erişim tarihi: Mart, 2005)
- Pırıldar, Ş., Bora, E., Evyapan, D.ve Özaşkınlı, S. (2001)** Frontotemporal Demans: Şizofreni Benzeri Psikoz Tablosuyla Giden Bir Olgu Sunumu. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, Cilt:11 Sayı: 2*
- Pound, C., Parr, S. Lindsay, J. & Woolf, C. (2000)** *Beyond Aphasia: Therapies for living with communication disability.* Speechmark Pub. Ltd..

- Scinto, L.F.M., ve Daffner, K.R. (2000)** *Early diagnosis of Alzheimer's Disease* (Alzheimer hastalığının erken tanısı) çev. Arıkan, A.A. Tümay Matbaacılık.
- Selekler, K.(2003)** *Alzheimer ve Diğer Demanslar*. Modern Tıp Seminerleri: 26. Ankara, Güneş Kitapevi.
- Shames,G.H., Wiig, E.H., Secord, W.A. (1991)** *Human Communication Disorders. An introduction* (4th. Ed.) NewYork: Merrill
- Steele, R.D., Aftonomos, L.B. ve Munk, M.W. (2003)** Evaluation and treatment of aphasia among the elderly with stroke. *Topics in Geriatric Rehabilitation . V 19 / 2, 98-108.*
- Tanrıdağ, O. (1994)** *Teoride ve pratikte davranış nörolojisi*. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri.
- Tanrıdağ, O. (1995)** *Afazi*, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri (3. baskı)
- Tanrıdağ, O. (2005)** *Gülhane Afazi Testi*. Dil ve Konuşma Bozuklukları 2. Ulusal Dil ve Konuşma Bozuklukları Kongresi Bildiri Kitabı. (tam metin) İstanbul, Kök Yayıncılık.
- Torun, Ş. (1991)** *Parkinson'lularda Konuşma Fonksiyonunun Subjektif ve Objektif (Elektrolaringografik) Yöntemlerle İncelenmesi*. Yayınlanmamış Uzmanlık tezi, Anadolu Üniversitesi, Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı. Eskişehir
- Vinson, B.P. (2000)** *Essentials for speech-language pathologists*. Londra, Singular Thomson Learning.

