

Afasi och dysartri

Talstörningar vid neurologiska sjukdomar

Olle Gunnilstam

Bland logopedernas patienter är gruppen med afasi eller dysartri en av de tre stora kategorierna vid sidan av röst- och barnpatienter. Här redogöres i korthet för sjukdomssymptom, statistik, logopedens roll och arbetsuppgifter, samt för sociala konsekvenser av afasi och dysartri.

Olle Gunnilstam är leg logoped och knuten till den neurologiska rehabiliteringsavdelningen på Stora Sköndals sjukhus i södra Stockholm.

Språkets och talets neurologi är komplicerade företeelser att beskriva redan i det friska tillståndet. Om vi istället vill definiera afasi och dysartri finner vi till att börja med att afasi är en språklig störning och att dysartri är en talstörning.

Afasi drabbar tal, skrift, förståelse och läsning i olika utsträckning och beror alltid på en skada i storhjärnan, oftast i vänster hemisfär. Skadan skall inträffa efter att språket tillägnats. Definitionen täcker inte de yngsta barnen. Det är vanligare med nedsatt språkförmåga (*dysfasi*) än ett totalt bortfall (afasi), ändå används termen afasi oftare. I denna text används alltid termen afasi.

Dysartri kan uppträda om skadan drabbar någon del av perifera eller centrala nervsystemet, dock ytterst sällan cortex. Patienten kan läsa och förstå vad vi säger. Hon kan skriva om handen inte är förlamad. Patienten har inga svårigheter att finna ord, formulera sig, stava, osv, såsom vid afasi. Talet är otydligt. Störningen avser endast artikulation och/eller betoning. Dysartri är vanligt vid tex parkinsons sjukdom, MS, lillhjärnsskador och hjärnstamsskador, här ingår

också CP-skador. Likaså märks dysartri efter skador i basala ganglierna.

Afasityper

Afasisymptom kan indelas efter olika principer. Indelning efter det friska språkets olika "kanaler", ger termerna expressiv eller motorisk (tal och skrift) respektive impressiv eller sensorisk (förståelse och läsning) samt agrafi (endast skrift) och alexi (endast läsning). Denna indelningsprincip är förhärskande i de gamla läroböckerna och används alltjämt på många håll, dock inte bland logopeder. Framsteg inom neurologi, neuropsykologi och neuroradiologi har lett till nya indelningsprinciper, nämligen efter skadelokalisation eller efter vilken kortikal grundfunktion som är störd. Man får härigenom termer som bättre beskriver afasin, tex "efferent motorisk afasi" för att visa att afasin beror på störning av talets efferenta motorik, dvs hjärnan har svårt att skapa den motoriska sekvensen för ett yttrande eller skrivet ord. En annan afasityp är "akustikomnestisk afasi" som innebär stort språkligt auditivt minne, dvs orden är "borta" eller känns inte igen då patienten lyssnar och hon kan inte heller hitta rätt ord i sitt minne när hon skall prata (den gamla termen impressiv är således både gammal och felaktig). Ytterligare en rad varianter finns. Total eller global afasi uppstår vid tex infarkt i hela mediaartärens försörjningsområde.

.....
Afasi är en språklig störning, dysartri är en talstörning.
.....

Minst 5 000 personer drabbas av afasi varje år.

Dysartrityper

Liksom vid afasi uppstår olika typer av dysartri beroende på lokalisationen av den neurologiska skadan, och liksom vid afasi medföljer även vid dysartri en mängd övriga symptom (förlamningar, osv) beroende på platsen för skadan. Dysartritermerna rättar sig antingen efter skadeplatsen (tex cerebellär dysartri) eller efter den motoriska funktion som är störd (ataktisk dysartri). Vissa dysartrier sammanhänger med systemsjukdomar såsom tex MS som kan ha en utbredd "lokalisation" och då föredrar man termen "MS-dysartri".

Statistik

Incidensen för afasi har uppskattats till 5 000–6 000 fall per år (2, 6).

Till största delen beror afasi på en cerebral insult (ca 90%) och i några fall på trauma, tumör eller annat. Av de ca 225 strokefallen per 100 000 inv och år har minst hälften tal- eller språkstörning i det akuta skedet. I detta skede är det lika vanligt med afasi som dysartri. Efter någon månad har 15% av fallen kvarstående afasi och bara ett par procent har bestående dysartri (6).

En uppskattning blir att antalet fall med *behandlingsbehov* uppgår till ca 2 000 afasipatienter resp ca 400 dysartripatienter per år. Alla är inte helt rehabiliteringsbara men föranleder åtminstone logopediska insatser i form av diagnosticering och rådgivning till anhöriga och personal.

Logopeder och afasi

Någon specialitet för afasi tillkom inte förrän i början av 1960-talet. Den första logopedutbildningen startade 1964. Idag finns knappt 500 logopeder. Alla har utbildning för afasibehandling. De flesta tjänstgör på logopedmottagningar vid större sjukhus där afasibehandling utgör en del av arbetet. Ett fåtal tjänster finns inom rehabilitering och långvård där logopeder arbetar med enbart afasi- och dysartripatienter. Den största delen av afasibehandlingen sker på de öppna

logopedmottagningarna vid sjukhusen.

Olika undersökningar visar att det krävs en behandlingsinsats på 60 timmar för att en patient med afasi skall få varaktig behållning av träningen (6). För att tillgodose detta behandlingsbehov skulle varje logoped behöva ta hand om mer än 30 afasipatienter per år. I verkligheten är det bara 10–20% av alla afasi- och dysartripatienter som får adekvat logopediskt omhändertagande med nuvarande resurser.

De flesta långvårdssjukhus saknar idag egen logoped men har ibland en logoped från logopedmottagningen som konsult. På ett ordinärt långvårdssjukhus brukar ca 12% av patienterna vara fall för logoped (7). Vissa landsting, bla Stockholms läns landsting, har föresatt sig att successivt bygga ut logopedtjänster just inom långvården.

Ungefär hälften av de behandlingsbara afasifallen vistas hemma eller i serviceboende. Om dessa har logopedbehandling får de sådan polikliniskt vid logopedmottagningarna.

En mycket liten del afatiker kan få behandling av privatpraktiserande logopeder. Dessa är ytterst få till antalet och har inte alltid handikappvänliga lokaler.

Många afatiker får efterbehandling på dagvårdsavdelningar när de behöver fortsätta med arbetsterapeutisk eller sjukgymnastisk behandling. Logopeder är sällan knutna till dagvårdsavdelningar trots att det vore befogat på större sådana. Många afatiker reser därför både till logopedmottagningen och dagvårdsavdelningen.

Behandlingen

Patientkontakten inleds vanligtvis med ett allmänt samtal, gärna i närvaro av anhöriga. Vid nästa tillfälle påbörjas diagnosticeringsarbetet. Efter en enklare undersökning av pareser, känslensättningar och synfält, kartläggs patientens språkliga förmågor. Resultatet korreleras sedan med neuroradiologiska fynd.

Endast 10–20% av alla afasi- och dysartripatienter får adekvat logopediskt omhändertagande med nuvarande resurser.

Det är viktigt att alla afasipatienter remitteras till logoped.

Hänsyn tas också till apraxi- och agnosisymptom. Logopeden strävar efter att få en samlad bild av afasin och patientens hjärnskada. Undersökningen visar både vilka funktioner som är nedsatta och vilka som är bibehållna. Om patienten har enbart dysartri blir utredningen enklare och kräver tex inte kartläggning av läsförmåga.

Efter diagnosarbetet har man förhoppningsvis fått en uppfattning om patientens sjukdomsinsikt, motivation och "språkliga" bakgrund. Man har fått veta vilken grundläggande cerebral funktion som är påverkad och kan ge en beskrivande diagnos. Dessutom har man fått en anvisning om vilken behandlingsväg som skall väljas.

Diagnosticeringen är viktig även vid dålig prognos. Undersökningen är nödvändig för att logopeden skall kunna ge adekvat information till anhöriga och personal. Det är viktigt att *alla* afasipatienter remitteras till logoped. Endast logopeden kan avgöra vilken åtgärd som är lämplig med hänsyn till afasin.

Logopedbedömningen är befogad också för differentialdiagnosticering mellan afasi och dysartri, mellan afasi och demens eller mellan afasi och andra ickelogopediska, tex psykiatriska, diagnoser.

Bedömningen leder till en åtgärd som är beroende av diagnos, prognos och logopedresurser. Afasibehandlingen bör, som nämnts, omfatta 60 timmar för att ha effekt. Den bör också ges tillräckligt ofta, ca två eller tre timmar per vecka under ett halvt år. Helst skall logopedbehandlingen kompletteras med språkstimulans genom annan sjukvårdspersonal och genom anhöriga, gärna också med självträning. Kompletterande insatser kan också fortsätta efter att logopedkontakten avslutats.

Hos logopeden får patienten genomgå olika individuellt anpassade träningsmoment. Träningen är strukturerad, dvs uppbyggd av successiva moment med olika innehåll och målsättning. En afasi av den motoriska typen tränas genom att man tex låter patienten fylla i slutet av en ofullbordad mening, eller

"mobilisera" ord av en viss kategori. Övningar kan ofta göras såväl skriftliga som muntliga. En afatiker med nedsatt auditiv språklig förmåga, får tex lära sig att lyssna noggrannare, att skilja på ord som låter nästan lika, eller att efterkomma uppmaningar av olika slag. Vid dysartri av tex parkinsontyp övas patienten i att tala rytmiskt en stavelse eller ett ord i taget samtidigt som hon slår takten i bordet eller pekar fram varje ord på en "pace board", en taktbräda.

En viktig uppgift för logopeden är också att ge stöd till afatikerns familj. Anhöriga behöver råd och hjälp för att kunna umgås med den afasidrabbade på bästa sätt och för att kunna stimulera språkförmågan vid lämpliga tillfällen. Detta stöd är väsentligt för att afatikern skall kunna återanpassas och fungera i sin hemmiljö.

Nya behandlingsmetoder

För att komplettera logopedens behandling och effektivisera patientens träning, arbetar man på vissa ställen med datorstödd träning av afasipatienter (4, 8).

Olika hjälpmedel kan vara aktuella för afasi- och dysartripatienter. Ett hjälpmedel som ofta ordineras är en vanlig kassettbandspelare som kan fungera som träningshjälpmedel och ibland som kommunikationshjälpmedel. För många dysartripatienter kan en kommunikator, en liten skrivmaskin i fickformat, vara outhärlig. Tyvärr är kommunikatorn oftast oanvändbar för afatiker. För denna patientgrupp finns egentligen inget bra kommunikationshjälpmedel. Med datorernas utveckling närmar vi oss möjligheten att skapa kommunikationshjälp genom syntetiskt tal. Än så länge får afatiker nöja sig med "pek-böcker".

Behandlingsresultat

Utsikterna till förbättring av afasin är beroende av en rad faktorer. Dit hör bl a patientens ålder och allmänna bakgrund (utbildning, missbruk mm), skadans art

En viktig uppgift för logopeden är att ge stöd till afatikerns familj.

.....
*Trots att afasi sällan går i fullständig regress
skall man inte förringa värdet av begränsade
framsteg.*
.....

(infarkt eller blödning, osv) samt skadans storlek och lokalisation.

Även grav afasi kan förbättras genom språklig träning om den bedrivs tillräckligt intensivt under tillräcklig lång tid (1, 3, 5). Trots att afasi sällan går i fullständig regress skall man inte förringa värdet av begränsade framsteg.

De bästa resultaten erhålles om behandlingen får pågå under det första halvåret efter insjuknandet. Förbättringstakten avtar därefter under de följande åren men blir egentligen aldrig så dålig att det inte skulle löna sig med någon form av språklig stimulans.

Afasiföreningar

Numera finns afasiföreningar i alla län och ett Afasiförbund på riksplenet. Föreningsverksamheten har vuxit fram ur det stora behov av särskilt omhändertagande, som finns hos många afatiker.

En undersökning (9), som avsåg 280 afatiker, visade att

- nästan alla afatiker önskar mer språkträning,
- hälften har rörelsehinder som kräver förflyttningshjälpmedel, därav knappt hälften rullstol,
- en tredjedel har hemservice,
- tre fjärdedelar har färdtjänst,
- åtta av tio har sjuk- eller folkpension oavsett ålder,
- hälften av afatikerna arbetade vid tiden för insjuknandet,
- endast ett fåtal har återgått (på deltid) till sitt arbete,
- man har som afatiker färre fritidsaktiviteter än tidigare.

Afasiföreningarna erbjuder afatiker och anhöriga en mängd värdefulla tjänster och aktiviteter. Afatiker kan efter avslutad logopedkontakt övergå till en sk afasicirkel, en studiecirkelverksamhet för språklig träning och stimulans. Vidare erbjuds samtalsgrupper för anhöriga. Många föreningar anordnar även information för anhöriga till nyblivna afatiker. Lägarvecor anordnas och för yngre afatiker (under 65 år) erbjuds specialkurser vid ett antal folkhögskolor.

Dessutom utger afasiföreningarna ett stort antal skrifter, alltifrån allmän information till facklitteratur.

Att informera allmänhet och myndigheter om afasi är för Afasiförbundet och dess föreningar den absolut viktigaste uppgiften. Först när det blir allmänt känt vad afasi är och innebär, kan vår strävan efter förbättrade villkor för afatiker få effekt.

REFERENSER

1. Basso, A., Capitani, E. & Vignolo, L. A.: Influence of rehabilitation on language skills in aphasic patients — a controlled study. Arch. Neur. 36: 190—196, 1979.
 2. Broman, T., Lindholm, A. & Melin, B.: Rehabilitering av afasipatienter — analys av ett års klientel i Göteborg. Läkartidningen 46: 4595—4600, 1967.
 3. Feigensohn, J. S., McDowell, F. H., Meese, P., McCarthy, M. L. & Greenberg, S. D.: Factors influencing outcome and length of stay in a stroke rehabilitation unit. Stroke 8: 651—656, 1977.
 5. Sarno, M. T. & Levita, E.: Recovery in treated aphasia in the first year post-stroke. Stroke 10: 663—670, 1979.
 6. Sheats, A. C.: Afasistatistik och behandlingsbehov. Nord. sem. för logopedi och foniatri, Kungälv, 1981.
- Fullständig referensförteckning kan beställas från författaren.