Afàsia - Aphasia

Autor:
Data de publicació: 16-01-2023

L'afàsia és una incapacitat per comprendre o formular el llenguatge a causa del dany a regions cerebrals específiques. [2] Les principals causes són l'ictus i el traumatisme cranioencefàlic; la prevalença és difícil de determinar, però s'estima que l'afàsia deguda a l'ictus és del 0,1-0,4% al Nord Global. [3] L'afàsia també pot ser el resultat de tumors cerebrals, infeccions cerebrals o malalties neurodegeneratives

Afàsia

Regions de l'hemisferi esquerre que poden donar lloc a l'afàsia quan es fan malbé[1]

Pronunciació

/??fe???/, /??fe?zi?/ o /e??fe?zi?/

Especialitat
Neurologia, Psiquiatria

Tractament
Logopèdia

L'afàsia és una incapacitat per comprendre o formular el llenguatge a causa del dany a regions cerebrals específiques. [2] Les principals causes són l'ictus i el traumatisme cranioencefàlic; la prevalença és difícil de determinar, però s'estima que l'afàsia deguda a l'ictus és del 0,1-0,4% al Nord Global. [3] L'afàsia també pot ser el resultat de tumors cerebrals, infeccions cerebrals o malalties neurodegeneratives. [4][5]

Per ser diagnosticat d'afàsia, la parla o el llenguatge d'una persona s'han de veure significativament deteriorats en un (o més) dels quatre aspectes de la comunicació després d'una lesió cerebral adquirida. Alternativament, en el cas de

l'afàsia progressiva, ha d'haver disminuït significativament en un curt període de temps. Els quatre aspectes de la comunicació són la comprensió auditiva, l'expressió verbal, la lectura i l'escriptura i la comunicació funcional.

Les dificultats de les persones amb afàsia poden anar des de problemes ocasionals per trobar paraules, fins a perdre la capacitat de parlar, llegir o escriure; la intel·ligència, però, no es veu afectada. [5] El llenguatge expressiu i el llenguatge receptiu també es poden veure afectats. L'afàsia també afecta el llenguatge visual com la llengua de signes. [2] En canvi, sovint es conserva l'ús d'expressions fòrmules en la comunicació quotidiana. [6] Per exemple, mentre que una persona amb afàsia, particularment afàsia expressiva (afàsia de Broca), pot ser que no pugui preguntar a un ésser estimat quan és el seu aniversari, és possible que encara pugui cantar "Feliç aniversari". Un dèficit prevalent en les afàsies és l'anomia, que és una dificultat per trobar la paraula correcta. [7]: 72

Amb l'afàsia, un o més modes de comunicació al cervell s'han danyat i, per tant, funcionen incorrectament. L'afàsia no és causada per danys al cervell que produeixen dèficits motors o sensorials, que produeixen una parla anormal; és a dir, l'afàsia no està relacionada amb la mecànica de la parla sinó amb la cognició del llenguatge de l'individu (tot i que una persona pot tenir tots dos problemes, per exemple, si té una hemorràgia que danya una gran àrea del cervell). El llenguatge d'un individu és el conjunt de regles socialment compartides, així com els processos de pensament que van darrere de la comunicació (ja que afecta tant el llenguatge verbal com el no verbal). No és conseqüència d'una dificultat motora o sensorial més perifèrica, com una paràlisi que afecta els músculs de la parla o una deficiència auditiva general.

Les formes de neurodesenvolupament del trastorn de processament auditiu són diferenciables de l'afàsia, ja que l'afàsia és per definició causada per una lesió cerebral adquirida, però l'afàsia epilèptica adquirida s'ha vist com una forma d'APD.

Contingut

Prevalença
L'afàsia afecta uns dos milions de persones als EUA i 250.000 persones a la Gran Bretanya. [8] Prop de 180.000 persones adquireixen el trastorn cada any als Estats Units,[9] 170.000 a causa d'un ictus. [10] Qualsevol persona de qualsevol edat pot desenvolupar afàsia, ja que sovint és causada per una lesió traumàtica. No obstant això, les persones de mitjana edat i més grans són les més propenses a adquirir afàsia, ja que les altres etiologies són més propenses a edats més avançades. [11] Per exemple, aproximadament el 75% de tots els accidents cerebrovasculars es produeixen en individus majors de 65 anys. [12] Els accidents cerebrovasculars representen la majoria dels casos documentats d'afàsia:[13] Entre el 25% i el 40% de les persones que sobreviuen a un ictus desenvolupen afàsia com a resultat del dany a les regions de processament del llenguatge del cervell. [4]

Afàsia i disfàsia
"Disfàsia" redirigeix aquí. No s'ha de confondre amb la disfàgia.

Tècnicament, disfàsia significa deteriorament del llenguatge i afàsia significa manca de llenguatge. Hi ha hagut crides a utilitzar el terme "afàsia" independentment de la gravetat. Les raons per fer-ho inclouen que la disfàsia es confon fàcilment amb la disfàgia del trastorn de deglució, els consumidors i els patòlegs de la parla prefereixen el terme afàsia i molts idiomes diferents de l'anglès que utilitzen una paraula similar a l'afàsia. [14] El terme "afàsia" s'utilitza més comunament a Amèrica del Nord, mentre que "disfàsia" s'utilitza amb més freqüència en altres llocs. [15][16]

Signes i símptomes
Les persones amb afàsia poden experimentar alguna de les següents conductes a causa d'una lesió cerebral adquirida, encara que alguns d'aquests símptomes poden ser deguts a problemes relacionats o concomitants, com disàrtria o apràxia, i no principalment a causa de l'afàsia. Els símptomes de l'afàsia poden variar en funció de la ubicació del dany al cervell. Els signes i símptomes poden estar presents o no en individus amb afàsia i poden variar en gravetat i nivell d'interrupció de la comunicació. [17] Sovint, aquells amb afàsia poden tenir dificultats per anomenar objectes, de manera que podrien utilitzar paraules com ara cosa o assenyalar els objectes. Quan se'ls demana que posin nom a un

llapis poden dir que és una "cosa que s'utilitza per escriure". [18]

Incapacitat per comprendre el llenguatge
Incapacitat per pronunciar-se, no per paràlisi muscular o debilitat
Incapacitat per formar paraules
Incapacitat per recordar paraules (anomia)
Mala enunciació
Creació excessiva i ús de neologismes personals
Incapacitat per repetir una frase
Repetició persistent d'una síl·laba, paraula o frase (estereotips, pronunciacions recurrents/recurrents/automatisme de la parla) també coneguda com a perseveració.
Parafàsia (substitució de lletres, síl·labes o paraules)
Agrammatisme (incapacitat per parlar gramaticalment correcte)
parlar en frases incompletes
Incapacitat per llegir
Incapacitat per escriure
Sortida verbal limitada
Dificultat per nomenar
Trastorn de la parla
Parlar gibberish
Incapacitat per seguir o entendre sol·licituds senzilles

Comportaments relacionats
Tenint en compte els signes i símptomes anteriorment indicats, sovint s'observen els comportaments següents en persones amb afàsia com a resultat d'intents de compensació per dèficits de parla i llenguatge incorreguts:

Autoreparacions: Més interrupcions en la parla fluida com a resultat d'intents erronis de reparar la producció de parla errònia. [19]
Lluita en afàsies no fluides: Un augment sever de l'esforç expulsat per parlar després d'una vida on parlar i comunicar-se era una habilitat que venia tan fàcilment pot causar frustració visible.
Llenguatge conservat i automàtic: Comportament en què algunes seqüències lingüístiques o lingüístiques que s'utilitzaven amb tanta freqüència abans de l'inici encara es produeixen amb més facilitat que altres seqüències lingüístiques posteriors a l'inici.

Subcortical

Les característiques i símptomes de les afàsies subcorticals depenen del lloc i la mida de la lesió subcortical. Els possibles llocs de lesions inclouen el tàlem, la càpsula interna i els ganglis basals.

Causes
L'afàsia és causada més sovint per un ictus, on aproximadament una quarta part dels pacients que experimenten un ictus agut desenvolupen afàsia. [20] No obstant això, qualsevol malaltia o dany a les parts del cervell que controlen el llenguatge pot causar afàsia. Alguns d'aquests poden incloure tumors cerebrals, lesions cerebrals traumàtiques i trastorns neurològics progressius. [21] En casos rars, l'afàsia també pot resultar d'una encefalitis herpesviral. [22]
El virus de l'herpes simple afecta els lòbuls frontals i temporals, les estructures subcorticals i el teixit de l'hipocamp, que pot desencadenar l'afàsia. [23] En trastorns aguts, com ara lesions al cap o accidents cerebrovasculars, l'afàsia sol desenvolupar-se ràpidament. Quan és causada per un tumor cerebral, infecció o demència, es desenvolupa més lentament. [5][24]

Els danys substancials al teixit en qualsevol part de la regió que es mostra en blau (a la figura de la infotaula anterior) poden provocar afàsia. [1] L'afàsia també pot ser causada de vegades per danys a estructures subcorticals profundes de l'hemisferi esquerre, inclosos el tàlem, les càpsules internes i externes i el nucli caudat dels ganglis basals. [25][26] L'àrea i l'abast del dany cerebral o l'atròfia determinaran el tipus d'afàsia i els seus símptomes. [5][24] Un nombre molt reduït de persones poden experimentar afàsia només després de danys a l'hemisferi dret. S'ha suggerit que aquests individus podrien haver tingut una organització cerebral inusual abans de la seva malaltia o lesió, amb potser una

dependència general més gran de l'hemisferi dret per a les habilitats lingüístiques que en la població general. [27][28]

L'afàsia progressiva primària (PPA), tot i que el seu nom pot ser enganyós, és en realitat una forma de demència que té alguns símptomes estretament relacionats amb diverses formes d'afàsia. Es caracteritza per una pèrdua gradual del funcionament del llenguatge mentre que altres dominis cognitius es conserven majoritàriament, com la memòria i la personalitat. Ppa sol iniciar-se amb dificultats sobtades per trobar paraules en un individu i progressa a una capacitat reduïda per formular oracions gramaticalment correctes (sintaxi) i una comprensió deteriorada. L'etiologia de la PPA no es deu a un ictus, un traumatisme cranioencefàlic (TCE) o una malaltia infecciosa; encara és incert què inicia l'aparició del PPA en els afectats. [29]

L'epilèpsia també pot incloure afàsia transitòria com a símptoma prodròmic o episòdic. [30] L'afàsia també apareix com un efecte secundari rar del pegat de fentanil, un opioide que s'utilitza per controlar el dolor crònic. [31]

Classificació
L'afàsia es considera millor com una col·lecció de trastorns diferents, en lloc d'un sol problema. Cada individu amb afàsia presentarà la seva pròpia combinació particular de punts forts i febles del llenguatge. En conseqüència, és un repte important només documentar les diverses dificultats que es poden donar en diferents persones, i molt menys decidir com es podrien tractar millor. La majoria de les classificacions de les afàsies tendeixen a dividir els diversos símptomes en classes àmplies. Un enfocament comú és distingir entre les afàsies fluides (on la parla continua sent fluida, però pot faltar contingut i la persona pot tenir dificultats per entendre els altres) i les afàsies no afluents (on la parla és molt pausada i esforçada, i pot consistir en només una o dues paraules alhora). [32]

No obstant això, cap agrupació de base tan àmplia s'ha demostrat plenament adequada. Hi ha una gran variació entre les persones fins i tot dins d'una mateixa agrupació àmplia, i les afàsies poden ser molt selectives. Per exemple, les persones amb dèficits de nomenclatura (afàsia anòmica) poden mostrar una incapacitat només per anomenar edificis, o persones o colors. [33]

És important tenir en compte que hi ha dificultats típiques amb la parla i el llenguatge que també vénen amb un envelliment normal. A mesura que envellim, el llenguatge pot arribar a ser més difícil de processar, la qual cosa es tradueix en un alentiment de la comprensió verbal, habilitats lectores i més probabilitats de trobar paraules. Amb cadascuna d'aquestes, però, a diferència d'algunes afàsies, la funcionalitat dins de la vida quotidiana es manté intacta. [7]: 7

Classificació de Boston

Principals característiques dels diferents tipus d'afàsia segons la classificació de Boston[34][35]

Tipus d'afàsiaRepetició de la parlaNomenarComprensió auditivaFluïdesa

Afàsia expressiva (afàsia de Broca)
Moderat-sever
Moderat-sever
Dificultat lleu
No fluid, esforçat, lent

Afàsia receptiva (afàsia de Wernicke)
Lleu-greu
Lleu-greu
Defectuós
Parafàsic fluid

Afàsia de conducció
Pobre
Pobre
Relativament bo

Fluid

Afàsia transcortical mixta
Moderar
Pobre
Pobre
No fluid

Afàsia motora transcortical
Bo
Lleu-greu
Lleu
No fluid

Afàsia sensorial transcortical
Bo
Moderat-sever
Pobre
Fluid

Afàsia global
Pobre
Pobre
Pobre
No fluid

Afàsia anòmica
Lleu
Moderat-sever
Lleu
Fluid

Els individus amb afàsia receptiva (afàsia de Wernicke), també anomenada afàsia fluida, poden parlar en frases llargues que no tenen significat, afegir paraules innecessàries i fins i tot crear noves "paraules" (neologismes). Per exemple, algú amb afàsia receptiva pot dir: "taco deliciós", que significa "El gos ha de sortir, així que el portaré a passejar". Tenen una mala comprensió auditiva i lectora, i una expressió fluida, però insensible, oral i escrita. Les persones amb afàsia receptiva solen tenir grans dificultats per entendre el discurs tant d'ells mateixos com dels altres i, per tant, sovint desconeixen els seus errors. Els dèficits del llenguatge receptiu solen sorgir de lesions a la porció posterior de l'hemisferi esquerre a la zona de Wernicke o prop d'ella. [7][36]: 71 Sovint és el resultat d'un traumatisme a la regió temporal del cervell, concretament danys a l'àrea de Wernicke. [37] El trauma pot ser el resultat d'una sèrie de problemes, però es veu més comunament com a resultat d'un ictus[38]
Els individus amb afàsia expressiva (afàsia de Broca) parlen sovint frases curtes i significatives que es produeixen amb molt d'esforç. Es caracteritza, per tant, com una afàsia nofluent. Les persones afectades solen ometre petites paraules com "és", "i" i "la". Per exemple, una persona amb afàsia expressiva pot dir: "gos de passeig", que podria significar "portaré el gos a passejar", "agafeu el gos a passejar" o fins i tot "el gos va sortir del pati". Els individus amb afàsia expressiva són capaços d'entendre la parla dels altres en diferents graus. Per això, sovint són conscients de les seves dificultats i es poden frustrar fàcilment pels seus problemes de parla. [39] Tot i que l'afàsia de Broca pot semblar només un problema amb la producció del llenguatge, l'evidència suggereix que pot estar arrelada en una incapacitat per processar informació sintàctica. [40] Els individus amb afàsia expressiva poden tenir un automatisme de la parla (també anomenat pronunciació recurrent o recurrent). Aquests automatismes de parla poden ser automatismes lèxics de parla repetits; per exemple, modalitzacions ('No puc..., no puc...'), expletives/juraments, números ('un dos, un dos') o

pronunciacions no lèxiques formades per síl·labes repetides, legals però sense sentit, consonants-vocàliques (per exemple, /tan/, /bi bi/). En casos greus, l'individu pot ser capaç de pronunciar només el mateix automatisme de parla cada vegada que intenta parlar. [41]
Els individus amb afàsia anòmica tenen dificultats per nomenar. Les persones amb aquesta afàsia poden tenir dificultats per anomenar determinades paraules, enllaçades pel seu tipus gramatical (per exemple, dificultat per anomenar verbs i no substantius) o per la seva categoria semàntica (per exemple, dificultat per anomenar paraules relacionades amb la fotografia però res més) o per una dificultat de nomenclatura més general. Les persones tendeixen a produir discursos gramaticals, però buits. La comprensió auditiva tendeix a preservar-se. [42] L'afàsia anòmica és la presentació afàsica dels tumors a la zona del llenguatge; és la presentació afàsica de la malaltia d'Alzheimer. [43] L'afàsia anòmica és la forma més lleu d'afàsia, cosa que indica una possibilitat probable d'una millor recuperació. [42][cal citació addicional]
Els individus amb afàsia sensorial transcortical, en principi la més general i potencialment entre les formes més complexes d'afàsia, poden tenir dèficits similars als de l'afàsia receptiva, però la seva capacitat de repetició pot romandre intacta.
L'afàsia global es considera un deteriorament greu en molts aspectes del llenguatge, ja que afecta el llenguatge expressiu i receptiu, la lectura i l'escriptura. [44] Malgrat aquests molts dèficits, hi ha proves que han demostrat que les persones es van beneficiar de la logopèdia. [45] Tot i que les persones amb afàsia global no es convertiran en oradors, oients, escriptors o lectors competents, es poden crear objectius per millorar la qualitat de vida de l'individu. [39] Les persones amb afàsia global solen respondre bé al tractament que inclou informació rellevant personalment, que també és important tenir en compte per a la teràpia. [39]
Els individus amb afàsia de conducció tenen dèficits en les connexions entre les àrees de comprensió de la parla i de producció de la parla. Això podria ser causat per danys al fascicle arquejat, l'estructura que transmet informació entre la zona de Wernicke i la zona de Broca. Símptomes similars, però, poden estar presents després de danys a l'ínsula o a l'escorça auditiva. La comprensió auditiva és gairebé normal i l'expressió oral és fluida amb errors parafàsics ocasionals. Els errors parafàsics inclouen fonèmics/literals o semàntics/verbals. La capacitat de repetició és pobra. La conducció i les afàsies transcorticals són causades per danys a les vies de matèria blanca. Aquestes afàsies estalvien el còrtex dels centres lingüístics però, en canvi, creen una desconnexió entre ells. L'afàsia de conducció és causada per danys al fascicle arquejat. El fascicle arquejat és un tracte de matèria blanca que connecta les zones de Broca i Wernicke. Les persones amb afàsia de conducció solen tenir una bona comprensió del llenguatge, però una mala repetició de la parla i una dificultat lleu amb la recuperació de paraules i la producció de la parla. Les persones amb afàsia de conducció solen ser conscients dels seus errors. [39] S'han descrit dues formes d'afàsia de conducció: l'afàsia de conducció de reproducció (repetició d'una única paraula multisil·làbica relativament desconeguda) i l'afàsia de conducció de repetició (repetició de paraules familiars curtes no connectades. [46]
Les afàsies transcorticals inclouen afàsia motora transcortical, afàsia sensorial transcortical i afàsia transcortical mixta. Les persones amb afàsia motora transcortical solen tenir una comprensió i consciència intactes dels seus errors, però una mala troballa de paraules i producció de la parla. Les persones amb afàsia sensorial transcortical i transcortical mixta tenen una mala comprensió i desconeixen els seus errors. [39] Malgrat la mala comprensió i els dèficits més greus en algunes afàsies transcorticals, petits estudis han indicat que la recuperació completa és possible per a tot tipus d'afàsia transcortical. [47]

Enfocaments clàssic-localitzadors

Còrtex

Els enfocaments localitzacionistes tenen com a objectiu classificar les afàsies segons les seves principals característiques de presentació i les regions del cervell que més probablement van donar lloc a elles. [48][49] Inspirats en els primers treballs dels neuròlegs del segle XIX Paul Broca i Carl Wernicke, aquests enfocaments identifiquen dos subtipus principals d'afàsia i diversos subtipus menors més:

Afàsia expressiva (també coneguda com a "afàsia motora" o "afàsia de Broca"), que es caracteritza per una parla aturada, fragmentada, esforçada, però ben conservada en relació amb l'expressió. El dany es troba típicament a la porció anterior de l'hemisferi esquerre,[50] sobretot a la zona de Broca. Les persones amb afàsia de Broca sovint tenen

debilitat o paràlisi del costat dret del braç i la cama, perquè el lòbul frontal esquerre també és important per al moviment del cos, particularment al costat dret.
Afàsia receptiva (també coneguda com a "afàsia sensorial" o "afàsia de Wernicke"), que es caracteritza per una parla fluida, però marcada dificultats per comprendre paraules i frases. Tot i que és fluida, el discurs pot mancar de paraules substantives clau (substantius, verbs, adjectius), i pot contenir paraules incorrectes o fins i tot paraules sense sentit. Aquest subtipus s'ha associat amb danys a l'escorça temporal posterior esquerra, sobretot a l'àrea de Wernicke. Aquests individus no solen tenir debilitat corporal, perquè la seva lesió cerebral no està a prop de les parts del cervell que controlen el moviment.
Afàsia de conducció, on la parla es manté fluida i es conserva la comprensió, però la persona pot tenir dificultats desproporcionades per repetir paraules o frases. Els danys solen implicar el fascicle arquejat i la regió parietal esquerra. [50]
L'afàsia motora transcortical i l'afàsia sensorial transcortical, que són similars a l'afàsia de Broca i Wernicke respectivament, però la capacitat de repetir paraules i frases es conserva desproporcionadament.

Els esquemes de classificació recents que adopten aquest enfocament, com el model neoclàssic de Boston,[48] també agrupen aquests subtipus clàssics d'afàsia en dues classes més grans: les afàsies nofluents (que engloba l'afàsia de Broca i l'afàsia motora transcortical) i les afàsies fluides (que engloba l'afàsia de Wernicke, l'afàsia de conducció i l'afàsia sensorial transcortical). Aquests esquemes també identifiquen diversos subtipus més d'afàsia, entre ells: l'afàsia anòmica, que es caracteritza per una dificultat selectiva per trobar els noms de les coses; i l'afàsia global, on tant l'expressió com la comprensió de la parla es veuen greument compromeses.

Molts enfocaments localitzacionistes també reconeixen l'existència de formes addicionals més "pures" de trastorn del llenguatge que poden afectar només una sola habilitat lingüística. [51] Per exemple, en pura alexia, una persona pot ser capaç d'escriure però no llegir, i en sordesa de paraules pures, pot ser capaç de produir discurs i llegir, però no entendre la parla quan se li parla.

Enfocaments neuropsicològics cognitius
Tot i que els enfocaments localitzacionistes proporcionen una manera útil de classificar els diferents patrons de dificultat lingüística en grups amplis, un problema és que un nombre considerable d'individus no s'adapta perfectament a una categoria o a una altra. [52][53] Un altre problema és que les categories, particularment les principals com l'afàsia de Broca i Wernicke, encara continuen sent força àmplies. En conseqüència, fins i tot entre aquells que compleixen els criteris de classificació en un subtipus, pot haver-hi una enorme variabilitat en els tipus de dificultats que experimenten. [54]

En lloc de classificar cada individu en un subtipus específic, els enfocaments neuropsicològics cognitius tenen com a objectiu identificar les habilitats lingüístiques clau o "mòduls" que no funcionen correctament en cada individu. Una persona potencialment podria tenir dificultats amb un sol mòdul o amb diversos mòduls. Aquest tipus d'enfocament requereix un marc o teoria sobre quines habilitats / mòduls es necessiten per realitzar diferents tipus de tasques lingüístiques. Per exemple, el model de Max Coltheart identifica un mòdul que reconeix els fonemes tal com es parlen, la qual cosa és essencial per a qualsevol tasca que impliqui reconeixement de paraules. De la mateixa manera, hi ha un mòdul que emmagatzema els fonemes que la persona té previst produir en la parla, i aquest mòdul és fonamental per a qualsevol tasca que impliqui la producció de paraules llargues o cadenes llargues de parla. Un cop establert un marc teòric, el funcionament de cada mòdul es pot avaluar mitjançant una prova o conjunt de proves específiques. En l'àmbit clínic, l'ús d'aquest model sol implicar la realització d'una bateria d'avaluacions,[55][56] cadascuna de les quals prova un o diversos d'aquests mòduls. Un cop s'arriba a un diagnòstic sobre les habilitats / mòduls on es troba el deteriorament més significatiu, la teràpia pot procedir al tractament d'aquestes habilitats.

Afàsies progressives
L'afàsia progressiva primària (PPA) és una demència focal neurodegenerativa que es pot associar a malalties progressives o demència, com la demència frontotemporal / Malaltia de neurones motores complexes, Paràlisi supranuclear progressiva i malaltia d'Alzheimer, que és el procés gradual de perdre progressivament la capacitat de pensar. La pèrdua gradual de la funció del llenguatge es produeix en el context de la memòria, el processament visual i la personalitat relativament ben conservats fins a les etapes avançades. Els símptomes solen començar amb problemes de cerca de paraules (naming) i progressen cap a una gramàtica deteriorada (sintaxi) i comprensió (processament de frases i semàntica). La pèrdua del llenguatge abans de la pèrdua de memòria diferencia la PPA de les demències típiques. Les persones amb PPA poden tenir dificultats per comprendre el que diuen els altres. També poden tenir dificultats per intentar trobar les paraules adequades per fer una frase. [57][58][59] Hi ha tres classificacions d'Afàsia Progressiva Primària: Afàsia Progressiva Progressiva (PNFA), Demència Semàntica (SD) i Afàsia Progressiva Logopènica (LPA). [59][60]

L'afàsia d'argot progressiu[cal citació] és una afàsia fluida o receptiva en què el discurs de la persona és incomprensible, però sembla que té sentit per a ells. La parla és fluida i senzilla amb la sintaxi i la gramàtica intactes, però la persona té problemes amb la selecció de substantius. O bé substituiran la paraula desitjada per una altra que soni o s'assembli a l'original o tingui alguna altra connexió o la substituiran per sons. Com a tal, les persones amb afàsia d'argot solen utilitzar neologismes i poden perseverar si intenten substituir les paraules que no poden trobar per sons. Les substitucions normalment impliquen triar una altra paraula (real) començant pel mateix so (per exemple, clocktower – colander), escollint-ne una altra relacionada semànticament amb la primera (per exemple, lletra – desplaçament) o escollint-ne una fonèticament similar a la prevista (per exemple, carril - tardà).

Afàsia sorda

Hi ha hagut molts casos que demostren que hi ha una forma d'afàsia entre els individus sords. Les llengües de signes són, al cap i a la fi, formes de llenguatge que s'ha demostrat que utilitzen les mateixes àrees del cervell que les formes verbals del llenguatge. Les neurones mirall s'activen quan un animal actua d'una manera determinada o observa com un altre individu actua de la mateixa manera. Aquestes neurones mirall són importants per donar a un individu la capacitat d'imitar els moviments de les mans. S'ha demostrat que l'àrea de producció de la parla de Broca conté diverses d'aquestes neurones mirall que resulten en similituds significatives de l'activitat cerebral entre la llengua de signes i la comunicació de la parla vocal. La comunicació facial és una part important de com els animals interactuen entre ells. Els humans utilitzem els moviments facials per crear, el que altres humans perceben, per ser cares d'emocions. Mentre es combinen aquests moviments facials amb la parla, es crea una forma de llenguatge més completa que permet a l'espècie interactuar amb una forma de comunicació molt més complexa i detallada. La llengua de signes també utilitza aquests moviments facials i emocions juntament amb la forma principal de comunicar-se amb el moviment de les mans. Aquestes formes de comunicació del moviment facial provenen de les mateixes àrees del cervell. Quan es tracta de danys a determinades àrees del cervell, les formes vocals de comunicació estan en perill de formes greus d'afàsia. Atès que aquestes mateixes àrees del cervell s'estan utilitzant per a la llengua de signes, aquestes mateixes, almenys molt similars, poden mostrar-se formes d'afàsia en la comunitat sorda. Els individus poden mostrar una forma d'afàsia de Wernicke amb la llengua de signes i mostren dèficits en les seves capacitats per poder produir qualsevol forma d'expressió. L'afàsia de Broca també apareix en algunes persones. Aquests individus troben una enorme dificultat per poder signar realment els conceptes lingüístics que intenten expressar. [61]

Severitat

La gravetat del tipus d'afàsia varia en funció de la mida de l'ictus. No obstant això, hi ha molta variància entre la freqüència amb què es produeix un tipus de gravetat en determinats tipus d'afàsia. Per exemple, qualsevol tipus d'afàsia pot anar de lleu a profunda. Independentment de la gravetat de l'afàsia, les persones poden fer millores a causa de la recuperació espontània i el tractament en les etapes agudes de recuperació. [62] A més, mentre que la majoria d'estudis proposen que els majors resultats es produeixen en persones amb afàsia severa quan es proporciona tractament en les etapes agudes de recuperació, Robey (1998) també va trobar que les persones amb afàsia severa també són capaces de guanyar fort el llenguatge en l'etapa crònica de recuperació. [62] Aquesta troballa implica que les persones amb afàsia tenen el potencial de tenir resultats funcionals independentment de la gravetat de la seva afàsia. [62] Tot i que no hi ha un patró diferent dels resultats de l'afàsia basat només en la gravetat, l'afàsia global sol obtenir guanys funcionals del llenguatge, però pot ser gradual, ja que l'afàsia global afecta moltes àrees del llenguatge. [cal citació]

Dèficits cognitius en l'afàsia

Tot i que tradicionalment s'ha descrit l'afàsia en termes de dèficits lingüístics, cada vegada hi ha més evidències que moltes persones amb afàsia solen experimentar dèficits cognitius no lingüístics en àrees com l'atenció, la memòria, les funcions executives i l'aprenentatge. [63][64][65] Per alguns relats, els dèficits cognitius, com l'atenció i la memòria de treball, constitueixen la causa subjacent del deteriorament del llenguatge en persones amb afàsia. [66] Altres suggereixen que els dèficits cognitius sovint es produeixen conjuntament, però són comparables als dèficits cognitius en pacients amb ictus sense afàsia i reflecteixen una disfunció cerebral general després de la lesió. [67] El grau en què els dèficits d'atenció i altres dominis cognitius subjauen als dèficits del llenguatge en l'afàsia encara no està clar. [68]

En particular, les persones amb afàsia solen demostrar dèficits de memòria de treball a curt termini i de treball. [65] Aquests dèficits es poden produir tant en el domini verbal[69][70] com en el domini visuoespacial. [71] A més, aquests dèficits sovint s'associen amb el rendiment en tasques específiques del llenguatge, com ara la denominació, el processament lèxic i la comprensió de frases i la producció de discursos. [72][65][73][74] Altres estudis han trobat que la majoria, però no totes les persones amb afàsia, demostren dèficits de rendiment en tasques d'atenció, i el seu rendiment en aquestes tasques es correlaciona amb el rendiment del llenguatge i la capacitat cognitiva en altres dominis. [65] Fins i tot els pacients amb afàsia lleu, que puntuen prop del sostre en les proves del llenguatge sovint demostren temps de resposta més lents i efectes d'interferència en les habilitats d'atenció no verbal. [75]

A més dels dèficits en memòria a curt termini, memòria de treball i atenció, les persones amb afàsia també poden demostrar dèficits en la funció executiva. [76] Per exemple, les persones amb afàsia poden demostrar dèficits en la iniciació, la planificació, l'autocontrol i la flexibilitat cognitiva. [77] Altres estudis han trobat que les persones amb afàsia demostren una velocitat i eficiència reduïdes durant la finalització de les avaluacions de funcions executives. [78]

Independentment del seu paper en la naturalesa subjacent de l'afàsia, els dèficits cognitius tenen un paper clar en l'estudi i la rehabilitació de l'afàsia. Per exemple, la gravetat dels dèficits cognitius en persones amb afàsia s'ha associat amb una menor qualitat de vida, més encara que la gravetat dels dèficits lingüístics. [79] A més, els dèficits cognitius poden influir en el procés d'aprenentatge de la rehabilitació[80][81] i en els resultats del tractament del llenguatge en l'afàsia. [82][83] Els dèficits cognitius no lingüístics també han estat objecte d'intervencions dirigides a millorar la capacitat del llenguatge, tot i que els resultats no són definitius. [84] Tot i que alguns estudis han demostrat una millora del llenguatge secundària al tractament centrat cognitivament,[85] altres han trobat poques proves que el tractament dels dèficits cognitius en persones amb afàsia tingui una influència en els resultats del llenguatge. [86]

Una advertència important en el mesurament i tractament dels dèficits cognitius en persones amb afàsia és el grau en què les avaluacions de la cognició es basen en les habilitats del llenguatge per a un rendiment reeixit. [87] La majoria d'estudis han intentat eludir aquest repte utilitzant avaluacions cognitives no verbals per avaluar la capacitat cognitiva en persones amb afàsia. No obstant això, el grau en què aquestes tasques són veritablement "no verbals" i no mediatitzades pel llenguatge no està clar. [68] Per exemple, Wall et al.[72] van trobar que el rendiment lingüístic i no lingüístic estava relacionat, excepte quan el rendiment no lingüístic es mesurava mitjançant tasques cognitives de la "vida real".

Prevenció de l'afàsia
L'afàsia és causada en gran part per casos inevitables. No obstant això, es poden prendre algunes precaucions per disminuir el risc de patir una de les dues causes principals d'afàsia: ictus i traumatisme cranioencefàlic (TCE). Per disminuir la probabilitat de tenir un ictus isquèmic o hemorràgic, cal prendre les precaucions següents:

Fer exercici regularment
Portar una dieta saludable, evitant especialment el colesterol
Mantenir baix el consum d'alcohol i evitar el consum de tabac
Control de la pressió arterial[88]
Anar a urgències immediatament si comenceu a experimentar inflor, calor, enrogiment i /o tendresa unilateral de les extremitats (especialment de les cames), ja que són símptomes d'una trombosi venosa profunda que pot provocar un ictus[89]

Per prevenir l'afàsia per lesions traumàtiques, cal prendre mesures de precaució quan es realitzen activitats perilloses com:

Portar casc quan s'utilitzi una bicicleta, un cicle motor, un ATV o qualsevol altre vehicle en moviment que pugui estar implicat en un accident
Portar el cinturó de seguretat quan es condueix o es va en cotxe
Portar un equip de protecció adequat quan es practiquen esports de contacte, especialment futbol americà, rugbi i hoquei, o abstenir-se d'aquestes activitats
Minimitzar l'ús d'anticoagulants (inclosa l'aspirina) si és possible, ja que augmenten el risc d'hemorràgia després d'una lesió al cap[90]

A més, sempre s'ha de buscar atenció mèdica després de patir un traumatisme cranioencefàlic a causa d'una caiguda o accident. Com més aviat es rebi atenció mèdica per una lesió cerebral traumàtica, menys probabilitats hi ha d'experimentar efectes a llarg termini o greus. [91]

Gestió
Quan s'aborda l'afàsia de Wernicke, segons Bakheit et al. (2007), la manca de consciència de les deficiències del llenguatge, una característica comuna de l'afàsia de Wernicke, pot afectar la taxa i l'abast dels resultats de la teràpia. [92] Robey (1998) va determinar que es recomana almenys 2 hores de tractament a la setmana per obtenir guanys significatius del llenguatge. [62] La recuperació espontània pot provocar alguns guanys del llenguatge, però sense la logopèdia, els resultats poden ser la meitat de forts que els de teràpia. [62]

Quan s'aborda l'afàsia de Broca, es produeixen millors resultats quan la persona participa en la teràpia i el tractament

és més eficaç que cap tractament per a les persones en període agut. [62] Dues o més hores de teràpia a la setmana en estadis aguts i postaguts van produir els majors resultats. [62] La teràpia d'alta intensitat era la més eficaç, i la teràpia de baixa intensitat era gairebé equivalent a cap teràpia. [62]

Les persones amb afàsia global de vegades es denominen que tenen síndrome afàsica irreversible, sovint fent guanys limitats en comprensió auditiva i recuperant cap modalitat funcional del llenguatge amb teràpia. Dit això, les persones amb afàsia global poden conservar habilitats de comunicació gestual que poden permetre l'èxit en comunicar-se amb parelles conversacionals en condicions familiars. Les opcions de tractament orientades a processos són limitades i és possible que les persones no es converteixin en usuaris lingüístics competents com a lectors, oients, escriptors o parlants, per molt extensa que sigui la teràpia. [39] No obstant això, les rutines diàries i la qualitat de vida de les persones es poden millorar amb objectius raonables i modestos. [39] Després del primer mes, no hi ha curació a les habilitats lingüístiques de la majoria de la gent. Hi ha un pronòstic esgarrifós que deixa un 83% que eren globalment afàsics després del primer mes que es mantindran globalment afàsics el primer any. Algunes persones es veuen tan greument deteriorades que els seus enfocaments de tractament orientats a processos existents no ofereixen signes de progrés i, per tant, no poden justificar el cost de la teràpia. [39]

Potser a causa de la relativa raresa de l'afàsia de conducció, pocs estudis han estudiat específicament l'eficàcia de la teràpia per a persones amb aquest tipus d'afàsia. A partir dels estudis realitzats, els resultats van mostrar que la teràpia pot ajudar a millorar els resultats específics del llenguatge. Una intervenció que ha tingut resultats positius és l'entrenament de repetició auditiva. Kohn et al. (1990) van informar que l'entrenament de repetició auditiva perforat relacionat amb millores en la parla espontània, Francis et al. (2003) van informar de millores en la comprensió de les oracions, i Kalinyak-Fliszar et al. (2011) van informar de millores en la memòria auditiva-visual a curt termini. [93][94][95]

La majoria dels casos aguts d'afàsia recuperen algunes o la majoria de les habilitats treballant amb un patòleg de la parla i del llenguatge. La recuperació i millora pot continuar durant anys després de l'ictus. Després de l'aparició de l'afàsia, hi ha aproximadament un període de sis mesos de recuperació espontània; durant aquest temps, el cervell intenta recuperar i reparar les neurones danyades. La millora varia àmpliament, depenent de la causa, el tipus i la gravetat de l'afàsia. La recuperació també depèn de l'edat, la salut, la motivació, la mà i el nivell educatiu de la persona. [24]

No hi ha cap tractament que demostri ser eficaç per a tot tipus d'afàsies. La raó per la qual no hi ha un tractament universal per a l'afàsia és per la naturalesa del trastorn i les diverses maneres en què es presenta, tal com s'explica en els apartats anteriors. L'afàsia poques vegades s'exhibeix de manera idèntica, cosa que implica que el tractament s'ha d'atendre específicament a l'individu. Els estudis han demostrat que, tot i que no hi ha consistència en la metodologia de tractament en la literatura, hi ha una forta indicació que el tractament, en general, té resultats positius. [96] La teràpia per a l'afàsia va des d'augmentar la comunicació funcional fins a millorar la precisió de la parla, depenent de la gravetat, les necessitats i el suport de la persona a la família i amics. [97] La teràpia de grup permet als individus treballar les seves habilitats pragmàtiques i de comunicació amb altres individus amb afàsia, que són habilitats que sovint no es poden abordar en sessions individuals de teràpia individual. També pot ajudar a augmentar la confiança i les habilitats socials en un entorn còmode. [7]: 97

L'evidència no dóna suport a l'ús de l'estimulació transcranial de corrent directe (tDCS) per millorar l'afàsia després de l'ictus. L'evidència de qualitat moderada indica millores en el rendiment dels noms per als substantius, però no per als verbs que utilitzen tDCS[98]

Les tècniques de tractament específiques inclouen les següents:

Teràpia de còpia i record (CART): la repetició i la recuperació de paraules dirigides dins de la teràpia poden enfortir les representacions ortogràfiques i millorar la lectura, l'escriptura i la denominació d'una sola paraula[99]
Teràpia de comunicació visual (VIC): l'ús de targetes d'índex amb símbols per representar diversos components de la parla
Teràpia d'acció visual (IVA) - normalment tracta persones amb afàsia global per entrenar l'ús de gestos manuals per a articles específics[100]
Tractament de la comunicació funcional (FCT) - se centra en millorar les activitats específiques de les tasques funcionals, la interacció social i l'autoexpressió
Promoure l'eficàcia comunicativa de l'afàsia (PACE), un mitjà per fomentar la interacció normal entre les persones amb afàsia i els metges. En aquest tipus de teràpia, l'enfocament se centra en la comunicació pragmàtica més que en el tractament en si. Es demana a les persones que comuniquin un missatge determinat als seus terapeutes mitjançant el

dibuix, fent gestos amb la mà o fins i tot apuntant a un objecte[101]
Teràpia d'entonació melòdica (MIT) - té com a objectiu utilitzar les habilitats de processament melòdic / prosòdic intactes de l'hemisferi dret per ajudar a la recuperació de paraules i llenguatge expressiu[7]: 93
Centeredness Theory Interview ("CTI") - Utilitza la formació d'objectius centrats en el client en la naturalesa de les interaccions actuals del pacient, així com les interaccions futures / desitjades per millorar el benestar subjectiu, la cognició i la comunicació. [102]
Altres – és a dir, el dibuix com a forma de comunicar-se, companys de conversa entrenats[96]

Anàlisi semàntica de característiques (SFA) – un tipus de tractament de l'afàsia que es dirigeix als dèficits de cerca de paraules. Es basa en la teoria que les connexions neuronals es poden enfortir mitjançant l'ús de paraules i frases relacionades que són similars a la paraula objectiu, per acabar activant la paraula diana al cervell. El SFA es pot implementar de múltiples formes, com ara verbalment, per escrit, mitjançant targetes d'imatges, etc. El SLP proporciona preguntes ràpides a l'individu amb afàsia per tal que la persona posi nom a la imatge proporcionada. [103] Els estudis demostren que la SFA és una intervenció eficaç per millorar la denominació confrontacional. [104]

La teràpia d'entonació melòdica s'utilitza per tractar l'afàsia no fluida i ha demostrat ser eficaç en alguns casos. [105] No obstant això, encara no hi ha proves d'assajos controlats aleatoritzats que confirmin l'eficàcia del MIT en l'afàsia crònica. El MIT s'utilitza per ajudar les persones amb afàsia a vocalitzar-se a través de la cançó de parla, que després es transfereix com a paraula parlada. Els bons candidats per a aquesta teràpia inclouen persones que han tingut cops d'hemisferi esquerre, afàsies no fluides com la de Broca, bona comprensió auditiva, mala repetició i articulació, i bona estabilitat emocional i memòria. [106] Una explicació alternativa és que l'eficàcia del MIT depèn de circuits neuronals implicats en el processament de la rítmica i les expressions fòrmules (exemples extrets del manual del MIT: "Estic bé", "com estàs?" o "gràcies"); mentre que les característiques rítmiques associades a l'entonació melòdica poden involucrar principalment àrees subcorticals de l'hemisferi esquerre del cervell, se sap que l'ús d'expressions fòrmules es recolza en xarxes neuronals corticals i subcorticals bilaterals de l'hemisferi dret. [6][107]

Les revisions sistemàtiques donen suport a l'eficàcia i la importància de la formació de socis. [108] Segons l'Institut Nacional sobre Sordesa i Altres Trastorns de la Comunicació (NIDCD), involucrar la família amb el tractament d'un ésser estimat afàsic és ideal per a tots els implicats, ja que, tot i que sens dubte ajudarà en la seva recuperació, també facilitarà que els membres de la família aprenguin la millor manera de comunicar-se amb ells. [109]

Quan la parla d'una persona és insuficient, es podrien considerar diferents tipus de comunicació augmentativa i alternativa, com ara pissarres alfabètiques, llibres de comunicació pictòrics, programari especialitzat per a ordinadors o aplicacions per a tauletes o telèfons intel·ligents. [110]

Intensitat del tractament
La intensitat de la teràpia amb afàsia està determinada per la durada de cada sessió, les hores totals de teràpia a la setmana i les setmanes totals de teràpia proporcionades. No hi ha consens sobre què implica la teràpia d'afàsia "intensa" ni quina ha de ser la teràpia intensa per obtenir els millors resultats. Una revisió de Cochrane del 2016 de la logopèdia per a persones amb afàsia va trobar que els tractaments de més intensitat, dosis més altes o durant una llarga durada del temps van conduir a una comunicació funcional significativament millor, però les persones tenien més probabilitats d'abandonar el tractament d'alta intensitat (fins a 15 hores setmanals). [111]

La intensitat de la teràpia també depèn de la recència de l'ictus. Les persones amb afàsia reaccionen de manera diferent al tractament intens en la fase aguda (0-3 mesos després de l'ictus), la fase subaguda (3-6 mesos després de l'ictus) o la fase crònica (més de 6 mesos després de l'ictus). S'ha trobat que la teràpia intensiva és eficaç per a persones amb afàsia crònica nofluent i fluida, però menys eficaç per a persones amb afàsia aguda. [112] Les persones amb afàsia subaguda també responen bé a la teràpia intensiva de 100 hores durant 62 setmanes. Això suggereix que les persones en fase subaguda poden millorar molt en les mesures de comunicació del llenguatge i funcional amb teràpia intensiva en comparació amb la teràpia regular. [112]

Prestació de serveis individualitzada
La intensitat del tractament s'ha d'individualitzar en funció de la recència de l'ictus, els objectius de la teràpia i altres característiques específiques, com ara l'edat, la mida de la lesió, l'estat de salut general i la motivació. [112][113] Cada individu reacciona de manera diferent a la intensitat del tractament i és capaç de tolerar el tractament en diferents moments posteriors a l'ictus. [113] La intensitat del tractament després d'un ictus ha de dependre de la motivació, la resistència i la tolerància de la persona per a la teràpia. [114]

Resultats
Si els símptomes de l'afàsia duren més de dos o tres mesos després d'un ictus, és poc probable una recuperació

completa. No obstant això, és important tenir en compte que algunes persones continuen millorant en un període d'anys i fins i tot dècades. La millora és un procés lent que sol implicar tant ajudar l'individu i la família a comprendre la naturalesa de l'afàsia com aprendre estratègies compensatòries per comunicar-se. [115]

Després d'un traumatisme cranioencefàlic (TCE) o accident cerebrovascular (ACV), el cervell pateix diversos processos de curació i reorganització, que poden resultar en una millora de la funció del llenguatge. Això es coneix com a recuperació espontània. La recuperació espontània és la recuperació natural que el cervell fa sense tractament, i el cervell comença a reorganitzar-se i canviar per recuperar-se. [39] Hi ha diversos factors que contribueixen a la possibilitat de recuperació d'una persona causada per un ictus, inclosa la mida i la ubicació de l'ictus. [116] No s'ha trobat que l'edat, el sexe i l'educació siguin gaire predictius. [116] També hi ha investigacions que apunten que els danys a l'hemisferi esquerre es curen amb més eficàcia que el dret. [20]

Específica de l'afàsia, la recuperació espontània varia entre les persones afectades i pot no semblar igual en totes, la qual cosa dificulta la predicció de la recuperació. [116]

Tot i que alguns casos d'afàsia de Wernicke han mostrat millores més grans que les formes més lleus d'afàsia, les persones amb afàsia de Wernicke poden no assolir un nivell tan alt d'habilitats de parla com les que tenen formes lleus d'afàsia. [117]

Història

El primer cas registrat d'afàsia prové d'un papir egipci, el papir Edwin Smith, que detalla problemes de parla en una persona amb una lesió cerebral traumàtica al lòbul temporal. [118]

Durant la segona meitat del segle 19, l'afàsia va ser un focus important per als científics i filòsofs que treballaven en les primeres etapes del camp de la psicologia. [2] En la investigació mèdica, la parla es va descriure com un pronòstic incorrecte i no hi havia cap suposició que existissin complicacions subjacents al llenguatge. [119] Broca i els seus col·legues van ser alguns dels primers a escriure sobre l'afàsia, però Wernicke va ser el primer acreditat que va escriure extensament sobre que l'afàsia era un trastorn que contenia dificultats de comprensió. [120] Malgrat les afirmacions de qui va informar primer sobre l'afàsia, va ser F.J. Gall qui va donar la primera descripció completa de l'afàsia després d'estudiar les ferides al cervell, així com la seva observació de les dificultats de la parla derivades de lesions vasculars. [121] Hi ha disponible un llibre recent sobre tota la història de l'afàsia (Referència: Tesak, J. & Code, C. (2008) Fites en la història de l'afàsia: teories i protagonistes. Hove, East Sussex: Psychology Press).

Etimologia

Afàsia és del grec a- ("sense", prefix negatiu) + phásis (?????, "parla").

La paraula afàsia prové de la paraula ?????? afàsia, en grec antic, que significa[88] "sense parla",[122] derivada de ?????? aphatos, "sense paraules"[123] de ?- a-, "no, un" i ???? phemi, "parlo".

Mètodes de neuroimatge

La ressonància magnètica (RM) i la ressonància magnètica funcional (FMRI) són les eines de neuroimatge més comunes que s'utilitzen per identificar l'afàsia i estudiar l'abast del dany en la pèrdua de capacitats lingüístiques. Això es fa fent exploracions de ressonància magnètica i localitzant l'abast de lesions o danys dins del teixit cerebral, particularment dins d'àrees de les regions frontals i temporals esquerres, on hi ha moltes àrees relacionades amb el llenguatge. En els estudis de fMRI sovint es completa una tasca relacionada amb el llenguatge i després s'analitza la imatge BOLD. Si hi ha respostes BOLD inferiors a les normals que indiquen una disminució del flux sanguini a la zona afectada i poden demostrar quantitativament que la tasca cognitiva no s'està completant.

Hi ha limitacions a l'ús de fMRI en pacients afàsics particularment. Com que un alt percentatge de pacients afàsics el desenvolupen a causa de l'ictus, hi pot haver infarts presents, que és la pèrdua total del flux sanguini. Això pot ser degut a l'aprimament dels vasos sanguinis o al bloqueig complet d'aquest. Això és important en fMRI, ja que es basa en la resposta BOLD (els nivells d'oxigen dels vasos sanguinis), i això pot crear una falsa hiporesponsa després de l'estudi de la FMRI. [124] A causa de les limitacions de la fMRI, com ara una resolució espacial més baixa, pot mostrar que algunes àrees del cervell no estan actives durant una tasca quan en realitat ho són. A més, com que l'ictus és la causa de molts casos d'afàsia, l'abast del dany al teixit cerebral pot ser difícil de quantificar, per la qual cosa els efectes del dany cerebral de l'ictus sobre la funcionalitat del pacient poden variar.

Substrats neuronals dels subtipus d'afàsia

La ressonància magnètica s'utilitza sovint per predir o confirmar el subtipus d'afàsia present. Els investigadors van

comparar 3 subtipus d'afàsia: afàsia primària progressiva nofluent (nfPPA), afàsia progressiva primària de variant logopènica (lvPPA) i afàsia progressiva primària de variant semàntica (svPPA), amb afàsia progressiva primària primària (PPA) i malaltia d'Alzheimer. Això es va fer analitzant les IRM dels pacients amb cadascun dels subconjunts de PPA. [125] Les imatges que comparen subtipus d'afàsia, així com per trobar l'abast de les lesions, es generen mitjançant imatges superposades del cervell de diferents participants (si escau) i aïllant àrees de lesions o danys mitjançant programari de tercers com MRIcron. La ressonància magnètica també s'ha utilitzat per estudiar la relació entre el tipus d'afàsia desenvolupada i l'edat de la persona amb afàsia. Es va trobar que els pacients amb afàsia fluida són de mitjana més grans que les persones amb afàsia no fluida. També es va trobar que entre els pacients amb lesions confinades a la porció anterior del cervell una part inesperada d'ells presentava afàsia fluida i eren notablement més antics que els que tenien afàsia no fluida. Aquest efecte no es va trobar quan es va estudiar la porció posterior del cervell. [126]

Condicions associades

En un estudi sobre les característiques associades a diferents trajectòries de la malaltia en l'afàsia primària progressiva relacionada amb la malaltia d'Alzheimer (MA), es va trobar que els patrons metabòlics mitjançant l'anàlisi PET SPM poden ajudar a predir la progressió de la pèrdua total de la parla i l'autonomia funcional en pacients amb MA i PPA. Això es va fer comparant una imatge de ressonància magnètica o TC del cervell i la presència d'un biomarcador radioactiu amb nivells normals en pacients sense malaltia d'Alzheimer. [127] L'apràxia és un altre trastorn sovint correlacionat amb l'afàsia. Això es deu a un subconjunt d'apràxia que afecta la parla. Concretament, aquest subconjunt afecta el moviment dels músculs associats a la producció de la parla, l'apràxia i l'afàsia sovint es correlacionen a causa de la proximitat de substrats neuronals associats a cadascun dels trastorns. [128] Els investigadors van concloure que hi havia 2 àrees de superposició de lesions entre pacients amb apràxia i afàsia, el lòbul temporal anterior i el lòbul parietal inferior esquerre. [129]

Tractament i Neuroimatge

L'evidència dels resultats positius del tractament també es pot quantificar mitjançant eines de neuroimatge. L'ús de fMRI i un classificador automàtic pot ajudar a predir els resultats de recuperació del llenguatge en pacients amb ictus amb un 86% de precisió juntament amb les puntuacions de les proves d'edat i llenguatge. Els estímuls provats eren frases tant correctes com incorrectes i el subjecte havia de prémer un botó sempre que la frase fos incorrecta. Les dades de fMRI recollides es van centrar en les respostes en regions d'interès identificades per subjectes sans. [130] La recuperació de l'afàsia també es pot quantificar mitjançant imatges de tensor de difusió. El fascicle precís (AF) connecta el lòbul temporal superior dret i esquerre, regions premotores/gir frontal inferior posterior. i l'escorça motora primària. En un estudi que va inscriure pacients en un programa de logopèdia, es va trobar un augment de les fibres i el volum de la FA en els pacients després de 6 setmanes en el programa que es va correlacionar amb la millora a llarg termini d'aquests pacients. [131] Els resultats de l'experiment es mostren a la figura 2. Això implica que la DTI es pot utilitzar per quantificar la millora en els pacients després d'aplicar programes de tractament de la parla i del llenguatge.

Conclusió

Les eines de neuroimatge serveixen com a mètode útil per determinar la progressió del trastorn, la quantificació del dany cortical, el subtipus d'afàsia, l'eficàcia del tractament i la diferenciació del diagnòstic amb trastorns correlacionats. La utilització d'eines de neuroimatge és necessària per a la progressió del coneixement de l'afàsia i els seus subtipus.

Més investigació
Actualment s'està investigant utilitzant imatges de ressonància magnètica funcional (fMRI) per presenciar la diferència en com es processa el llenguatge en cervells normals vs cervells afàsics. Això ajudarà els investigadors a entendre exactament què ha de passar el cervell per recuperar-se del Traumatisme Cranioencefàlic (TCE) i com responen diferents àrees del cervell després d'una lesió d'aquest tipus. [132]

Un altre enfocament intrigant que s'està provant és el de la teràpia farmacològica. Hi ha investigacions en curs que esperem que descobreixin si es podrien utilitzar o no determinats fàrmacs a més de la logopèdia per tal de facilitar la recuperació del funcionament adequat del llenguatge. És possible que el millor tractament per a l'Afàsia impliqui combinar el tractament farmacològic amb la teràpia, en lloc de confiar en l'un sobre l'altre. [133]

Un altre mètode que s'està investigant com a possible combinació terapèutica amb la logopèdia és l'estimulació cerebral. Un mètode en particular, l'Estimulació Magnètica Transcranial (TMS), altera l'activitat cerebral en qualsevol àrea que estimuli, la qual cosa ha portat recentment els científics a preguntar-se si aquest canvi en la funció cerebral causat per la TMS podria ajudar les persones a tornar a aprendre idiomes.

La investigació que s'està posant sobre Afàsia no ha fet més que començar. Els investigadors semblen tenir múltiples idees sobre com l'Afàsia podria ser tractada de manera més eficaç en el futur. [109]

Vegeu també

Agnòsia, incapacitat per processar informació sensorial (per exemple, incapacitat per reconèixer objectes)
Afàsia, estudi del deteriorament del llenguatge (generalment per dany cerebral)
Apràxia de la parla, dificultat per connectar missatges de parla del cervell a la boca
Aprosodia
Trastorn del processament auditiu
Lethologica
Llistes de trastorns del llenguatge
My Beautiful Broken Brain, un documental del 2014
Origen del discurs

Referències

^ Jump up to:un b Henseler I, Regenbrecht F, Obrig H (març 2014). "Correlats de lesions de perfils patolingüístics en l'afàsia crònica: comparacions de l'avaluació a nivell de síndrome, modalitat i simptomatologia". Cervell. 137 (Pt 3): 918-930. DOI:10.1093/brain/awt374. 24525451 PMID.
^ Jump up to:un b c Damasio AR (febrer de 1992). "Afàsia". The New England Journal of Medicine. 326 (8): 531-539. DOI:10.1056/NEJM199202203260806. 1732792 PMID.
^ Codi, Chris; Petheram, Brian (2011-02-01). "Lliurament per a l'afàsia". Revista Internacional de Patologia de la Parla i del Llenguatge. 13 (1): 3-10. DOI:10.3109/17549507.2010.520090. ISSN 1754-9507. 21329405 PMID. 2 S44461150CID.
^ Jump up to:un b "Una visió general de l'afàsia". WebMD.
^ Jump up to:un b c d "American Speech-Language-Hearing Association (ASHA): Aphasia". asha.org.
^ Jump up to:un b Stahl B, Van Lancker Sidtis D (2015). "Aprofitar els recursos neuronals de la comunicació: el llenguatge fòrmic en la teràpia de l'afàsia". Fronteres en Psicologia. 6 (1526): 1526. DOI:10.3389/fpsyg.2015.01526. pmc 4611089. 26539131 PMID.
^ Jump up to:un b c d e Manasco MH (2014). Introducció als Trastorns Neurogènics de la Comunicació. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning. ISBN 978-1-4496-5244-9.
^ "Estadístiques d'Afàsia"..
^ "Full informatiu d'Afàsia - Associació Nacional d'Afàsia". Associació Nacional d'Afàsia. [Consulta: 18 desembre 2017].
^ Acharya, Aninda B.; Escrit, Michael (2022), "Broca Aphasia", StatPearls, Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, PMID 28613781, recuperat el 2022-04-18
^ "Afàsia: Qui està en risc d'afàsia?".
^ "Estadístiques de l'ictus".
^ "Preguntes freqüents sobre l'afàsia".
^ Worrall, Linda; Simmons-Mackie, Nina; Wallace, Sarah J; Rosa, Tanya; Brady, Marian C; Kong, Anthony Pak Hin; Murray, Laura; Hallowell, Brooke (2016). "Anomenem-la "afàsia": Racionals per eliminar el terme "disfàsia"". Revista Internacional d'Ictus. 11 (8): 848-851. DOI:10.1177/1747493016654487. ISSN 1747-4930. 27384070 PMID. 2 S28020306CID.
^ "Quina diferència hi ha entre l'afàsia, la disfàsia i la disàrtria?". Toqueu Tipus de lectura i encanteri. [Consulta: 24 març 2020].
^ "Què és la disfàsia?". Línia de salut. 14 desembre 2017. [Consulta: 24 març 2020].
^ Associació Americana de Parla-Llenguatge-Audició (1997–2014)
^ Nolen-Hoeksema, S. (2014). Trastorns del neurodesenvolupament i neurocognitius. En Psicologia anormal (6a ed.). Nova York: McGraw-Hill. isbn 9780078035388
^ Middleton EL, Schwartz MF, Brecher A, Gagliardi M, Garvey K (2016). "Millora la precisió dels noms mitjançant l'autocontrol dels errors?". Neuropsicologia. 84: 272-281. DOI:10.1016/j.neuropsicologia.2016.01.027. pmc 4826482. 26863091 PMID.
^ Jump up to:un b Berthier, Marcelo L. (2005-02-01). "Afàsia poststroke". Drogues & Envelliment. 22 (2): 163-182. DOI:10.2165/00002512-200522020-00006. ISSN 1179-1969. 15733022 PMID. 2 S22725166CID.
^ "Afàsia". www.asha.org. [Consulta: 2015-11-18].
^ Soares-Ishigaki EC, Cera ML, Pieri A, Ortiz KZ (2012). "Encefalitis per virus de l'afàsia i l'herpes: un estudi de

cas". Revista Mèdica de Sao Paulo. 130 (5): 336-341. DOI:10.1590/S1516-31802012000500011. 23174874 PMID.
^ Naudé H, Pretorius E (3 juny 2010). "L'encefalitis del virus herpes simple pot causar afàsia?". Desenvolupament i atenció primerenca del nen. 173 (6): 669-679. DOI:10.1080/0300443032000088285. 2 S143811627CID.
^ Jump up to:un b c "Afàsia". MedicineNet.com. [Consulta: 2011-05-23].
^ Kuljic-Obradovic DC (juliol 2003). "Afàsia subcortical: tres síndromes de trastorn del llenguatge diferents?". Revista Europea de Neurologia. 10 (4): 445-448. DOI:10.1046/j.1468-1331.2003.00604.x. 12823499 PMID. 2 S19945519CID.
^ Kreisler A, Godefroy O, Delmaire C, Debachy B, Leclercq M, Pruvo JP, Leys D (març de 2000). "L'anatomia de l'afàsia revisitada". Neurologia. 54 (5): 1117-1123. DOI:10.1212/wnl.54.5.1117. 10720284 PMID. 2 S21847976CID.
^ Coppens P, Hungerford S, Yamaguchi S, Yamadori A (desembre 2002). "Afàsia creuada: una anàlisi dels símptomes, la seva freqüència i una comparació amb la simptomatologia de l'afàsia de l'hemisferi esquerre". Cervell i Llenguatge. 83 (3): 425-463. DOI:10.1016/s0093-934x(02)00510-2. 12468397 PMID. 2 S46650843CID.
^ Mariën P, Paghera B, De Deyn PP, Vignolo LA (febrer 2004). "L'afàsia creuada adulta en dextrals revisitada". Còrtex; Revista dedicada a l'estudi del sistema nerviós i el comportament. 40 (1):
41-74. DOI:10.1016/s0010-9452(08)70920-1. 15070002 PMID. 2 S4481435CID.
^ "Afàsia progressista primària". www.asha.org. [Consulta: 2015-11-15].
^ Blumenfeld H, Meador KJ (agost 2014). "La consciència com a concepte útil en la classificació de l'epilèpsia". Epilèpsia. 55 (8): 1145-1150. DOI:10.1111/epi.12588. pmc 4149314. 24981294 PMID.
^ "Fentanil Transdermal Informació oficial de la FDA, efectes secundaris i usos". Informació sobre drogues en línia.
^ Damasio, Antonio (1992). "Afàsia". The New England Journal of Medicine. 326 (8):
531-539. DOI:10.1056/NEJM199202203260806. 1732792 PMID. [Consulta: 21 febrer 2022].
^ Kolb, Bryan; Whishaw, Ian Q. (2003). Fonaments de neuropsicologia humana. [Nova York]: Val la pena. 502, 505, 511. ISBN 978-0-7167-5300-1. 464808209 OCLC.
^ "Què és l'Afàsia". Associació Atlanta Aphasia. 2006. [Consulta: 2008-12-01].
^ Murdoch BE (1990). "Síndromes d'afàsia bostoniana i luriana". Trastorns adquirits de la parla i del llenguatge. Springer, Boston, MA. pàgines 60-96. DOI:10.1007/978-1-4899-3458-1_2. ISBN 9780412334405.
^ DeWitt I, Rauschecker JP (novembre 2013). "L'àrea de Wernicke revisitada: fluxos paral·lels i processament de textos". Cervell i Llenguatge. 127 (2): 181-191. DOI:10.1016/j.bandl.2013.09.014. pmc 4098851. 24404576 PMID.
^ "Afàsia". NIDCD. 2015/08/18. [Consulta: 2017-05-02].
^ "Classificacions comunes de l'afàsia". www.asha.org. [Consulta: 2017-05-02].
^ Jump up to:un b c d e f g h i Brookshire R. "Introducció als trastorns de la comunicació neuròg ena (7a edició). St. Louis, MO: Mosby".
^ Embick D, Marantz A, Miyashita Y, O'Neil W, Sakai KL (2000). "Una especialització sintàctica per a l'àrea de Broca". Actes de l'Acadèmia Nacional de Ciències dels Estats Units d'Amèrica. 97 (11):
6150-6154. Bibcode:2000PNAS... 97.6150E. doi:10.1073/pnas.100098897. PMC 18573. 10811887 PMID.
^ Codi C (1982). "Anàlisi neurolingüística de pronunciaments recurrents en afàsia". Còrtex. 18 (1):
141-152. DOI:10.1016/s0010-9452(82)80025-7. 6197231 PMID. 2 S4487128CID.
^ Jump up to:un b Escuder LR; Dronkers NF; Baldo JV (2009). "Enciclopèdia de la neurociència". DOI:10.1016/B978-008045046-9.01876-3.
^ Alexander MP, Hillis AE (2008). Georg Goldenberg, Bruce L Miller, Michael J Aminoff, Francois Boller, D F Swaab (eds.). Afàsia. Manual de Neurologia Clínica. Vol. 88 (1 ed.). 287-310. DOI:10.1016/S0072-9752(07)88014-6. ISBN 9780444518972. 733092630 OCLC. 18631697 PMID.
^ Demeurisse G.; Capó A. (1987). "Recuperació del llenguatge en pacients amb ictus afàsic: estudis clínics, TAC i CBF". Afàsia. 1 (4): 301-315. DOI:10.1080/02687038708248851.
^ Baix A, Macis M (2001). "Eficàcia de la teràpia en l'afàsia crònica" Neurologia conductual. 24 (4):
317-325. DOI:10.1155/2011/313480. pmc 5377972. 22063820 PMID.
^ Shallice, Tim; Warrington, Elizabeth K. (octubre de 1977). "Deteriorament de la memòria auditiva-verbal a curt termini i afàsia de conducció". Cervell i Llenguatge. 4 (4): 479-491. DOI:10.1016/0093-934x(77)90040-2. ISSN 0093-934X. pmid 922463. 2 S40665691CID.
^ Flamand-Roze C, Cauquil-Michon C, Roze E, Souillard-Scemama R, Maintigneux L, Ducreux D, et al. (desembre 2011). «L'afàsia en infarts de zona fronterera té un patró inicial específic i un bon pronòstic a llarg termini». Revista Europea de Neurologia. 18 (12): 1397-1401. DOI:10.1111/j.1468-1331.2011.03422.x. 21554494 PMID. 2 S26120952CID.
^ Jump up to:un b Goodglass, H., Kaplan, E., & Barresi, B. (2001). La valoració de l'afàsia i trastorns relacionats. Lippincott Williams & Wilkins.
^ Kertesz, A. (2006). Afàsia occidental revisada per la bateria (WAB-R). Austin, Texas: Pro-Ed.
^ Jump up to:un b "Classificacions comunes de l'afàsia". www.asha.org. [Consulta: 2015-11-19].
^ Kolb, Bryan; Whishaw, Ian Q. (2003). Fonaments de neuropsicologia humana. [Nova York]: Val la pena.
502-504. ISBN 978-0-7167-5300-1. 464808209 OCLC.
^ Godefroy O, Dubois C, Debachy B, Leclerc M, Kreisler A (març de 2002). "Afàsies vasculars: principals característiques dels pacients hospitalitzats en unitats d'ictus agut". Ictus. 33 (3):

702-705. DOI:10.1161/hs0302.103653. 11872891 PMID.
^ Ross K.B.; Wertz R.T. (2001). "Tipus i gravetat de l'afàsia durant els primers set mesos". Revista mèdica de patologia de la parla i del llenguatge. 9: 31-53.
^ "Què és l'afàsia? — Tipus, Causes i Tractament.» NIDCD. [Consulta: 2022-06-17].
^ Coltheart, Max; Kay, Janice; Menor, Ruth (1992). PALPA valoracions psicolingüístiques del processament del llenguatge en l'afàsia. Hillsdale, N.J: Lawrence Erlbaum Associats. ISBN 978-0-86377-166-8.
^ Porter, G., & Howard, D. (2004). CAT: prova integral de l'afàsia. Premsa de Psicologia.
^ Mesulam MM (abril 2001). "Afàsia primària progressiva". Annals de Neurologia. 49 (4):
425-432. DOI:10.1002/ana.91. 11310619 PMID. 2 S35528862CID.
^ Wilson SM, Henry ML, Besbris M, Ogar JM, Dronkers NF, Jarrold W, et al. (juliol 2010). "Producció de parla connectada en tres variants de l'afàsia progressiva primària". Cervell. 133 (Pt 7):
2069-2088. DOI:10.1093/cervell/awq129. pmc 2892940. 20542982 PMID.
^ Jump up to:un b Harciarek M, Kertesz A (Setembre 2011). "Les afàsies progressives primàries i la seva contribució al coneixement contemporani sobre la relació cervell-llenguatge". Revisió de Neuropsicologia. 21 (3):
271-287. DOI:10.1007/s11065-011-9175-9. pmc 3158975. 21809067 PMID.
^ Gorno-Tempini ML, Hillis AE, Weintraub S, Kertesz A, Mendez M, Cappa SF, et al. (març 2011). "Classificació de l'afàsia progressiva primària i les seves variants". Neurologia. 76 (11):
1006-1014. DOI:10.1212/WNL.0b013e31821103e6. pmc 3059138. 21325651 PMID.
^ Carlson N (2013). Fisiologia del Comportament. Nova York: Pearson. 494-496. ISBN 9780205239399.
^ Jump up to:un b c d e f g h Robey RR (febrer de 1998). "Una metaanàlisi dels resultats clínics en el tractament de l'afàsia". Revista d'investigació sobre la parla, el llenguatge i l'audició. 41 (1):
172-187. DOI:10.1044/jslhr.4101.172. 9493743 PMID.
^ Helm-Estabrooks, Nancy (març-abril de 2002). "Cognició i afàsia: una discussió i un estudi". Revista de Trastorns de la Comunicació. 35 (2): 171-186. DOI:10.1016/S0021-9924(02)00063-1. 12036150 PMID. [Consulta: 15 octubre 2021].
^ Vallila-Rohter, Sofia; Kiran, Swathi (gener 2013). "Aprenentatge no lingüístic i afàsia: evidències d'un associat aparellat i tasca basada en comentaris". Neuropsicologia. 51 (1):
79-90. DOI:10.1016/j.neuropsicologia.2012.10.024. pmc 3626426. 23127795 PMID.
^ Jump up to:un b c d Murray LL (Maig 2012). "Atenció i altres dèficits cognitius en afàsia: presència i relació amb les mesures de llenguatge i comunicació" (PDF). Revista Americana de Patologia de la Parla i del Llenguatge. 21 (2):
S51–64. DOI:10.1044/1058-0360(2012/11-0067). ISSN 1058-0360. 22230179 PMID. Arxivat (PDF) de l'original el 2022-10-09.
^ Hula WD, McNeil MR (Agost 2008). "Models d'atenció i realització de doble tasca com a construccions explicatives en l'afàsia". Seminaris de Parla i Llenguatge. 29 (3): 169–187, qüestionari C 3–4. DOI:10.1055/s-0028-1082882. 18720315 PMID.
^ Fonseca J, Raposo A, Martins IP (març 2018). "Rendiment cognitiu i recuperació de l'afàsia". Temes en Rehabilitació de l'Ictus. 25 (2): 131-136. DOI:10.1080/10749357.2017.1390904. 29072540 PMID. 2 S3884877CID.
^ Jump up to:un b Villard S, Kira n S (2017-10-03). "Fins a quin punt l'atenció fonamenta el llenguatge en l'afàsia?". Afàsia. 31 (10): 1226-1245. DOI:10.1080/02687038.2016.1242711. 2 S151445078CID.
^ Martin N, Ayala J (juny 2004). "Les mesures de l'abast de l'STM auditiu-verbal en l'afàsia: efectes de l'element, la tasca i el deteriorament lèxic". Cervell i Llenguatge. 89 (3): 464-483. DOI:10.1016/j.bandl.2003.12.004. 15120538 PMID. 2 S11497057CID.
^ Laures-Gore J, Marshall RS, Verner E (gener 2011). "Rendiment d'individus amb ictus i afàsia de l'hemisferi esquerre i individus amb dany cerebral dret en tasques d'abast de dígits cap endavant i cap enrere" Afàsia. 25 (1):
43-56. DOI:10.1080/02687031003714426. pmc 3090622. 21572584 PMID.
^ Kasselimis DS, Simos PG, Economou A, Peppas C, Evdokimidis I, Potagas C (Agost 2013). "Els dèficits de memòria depenen de la presència d'afàsia en pacients danyats cerebrals esquerres?". Neuropsicologia. 51 (9):
1773-1776. DOI:10.1016/j.neuropsicologia.2013.06.003. 23770384 PMID. 2 S14620782CID.
^ Jump up to:un b Wall KJ, Cumming TB, Copland DA (2017-05-05). "Determinació de l'associació entre el llenguatge i les proves cognitives en l'afàsia posttroke". Fronteres en Neurologia. 8: 149. DOI:10.3389/fneur.2017.00149. pmc 5418218. 28529495 PMID.
^ Cahana-Amitay D, Jenkins T (novembre 2018). "Memòria de treball i producció de discursos en persones amb afàsia 6". Revista de Neurolingüística. 48: 90-103. DOI:10.1016/j.jneuroling.2018.04.007. 2 S53183275CID.
^ Minkina I, Martin N, Spencer KA, Kendall DL (març 2018). "Vincles entre la memòria a curt termini i la recuperació de paraules en afàsia". Revista Americana de Patologia de la Parla i del Llenguatge. 27 (1S):
379-391. DOI:10.1044/2017_AJSLP-16-0194. pmc 6111490. 29497750 PMID.
^ Hunting-Pompon R, Kendall D, Bacon Moore A (juny 2011). "Examinar l'atenció i el processament cognitiu en participants amb anomia lleu autoinformada". Afàsia. 25 (6-7): 800-812. DOI:10.1080/02687038.2010.542562. 2 S145763896CID.
^ Murray LL, Ramage AE (2000). "Avaluar les capacitats de funció executiva d'adults amb trastorns de la comunicació neurògena". Seminaris de Parla i Llenguatge. 21 (2): 153–167, qüestionari 168. DOI:10.1055/s-2000-7562. 10879547

PMID.
^ Murray LL (2017-07-03). "Fluïdesa en el disseny posterior a l'aparició de l'afàsia: un patró diferent de dificultats de funció executiva?". Afàsia. 31 (7): 793-818. DOI:10.1080/02687038.2016.1261248. ISSN 0268-7038. 2 S151808957CID.
^ Purdy M (Abril 2002). "Capacitat de funció executiva en persones amb afàsia". Afàsia. 16 (4-6): 549-557. DOI:10.1080/02687030244000176. ISSN 0268-7038. 2 S144618814CID.
^ Nicolau M, Hunsaker E, Guarino AJ (2017-06-03). "La relació entre llenguatge, cognició no verbal i qualitat de vida en persones amb afàsia". Afàsia. 31 (6): 688-702. DOI:10.1080/02687038.2015.1076927. 2 S146960778CID.
^ Vallila-Rohter, Sofia (gener 2017). "Considerant la capacitat d'aprenentatge en els plans de rehabilitació lingüística". Perspectives dels grups d'especial interès de l'ASHA. 2 (2): 23-30. DOI:10.1044/persp2. SIG2.23. [Consulta: 15 octubre 2021].
^ Middleton, Erica L.; Schwartz, MyrnaF.; Rawson, Katherine A.; Traut, Hilary; Verkuilen, Jay (octubre 2016). "Cap a una teoria de l'aprenentatge per a la rehabilitació de noms: pràctica de recuperació i efectes d'espaiat" Revista d'investigació sobre la parla, el llenguatge i l'audició. 59 (5): 1111-1122. DOI:10.1044/2016_JSLHR-L-15-0303. pmc 5345556. 27716858 PMID.
^ Dignam J, Copland D, O'Brien K, Burfein P, Khan A, Rodriguez AD (febrer 2017). "Influència de la capacitat cognitiva en els resultats de la teràpia per a l'anomia en adults amb afàsia posttrofa crònica" (PDF). Revista d'investigació sobre la parla, el llenguatge i l'audició. 60 (2): 406-421. DOI:10.1044/2016_JSLHR-L-15-0384. 28199471 PMID.
^ Lambon Ralph MA, Snell C, Fillingham JK, Conroy P, Sage K (abril 2010). "Predir el resultat de la teràpia amb anomia per a persones amb afàsia post CVA: tant el llenguatge com l'estat cognitiu són predictors clau". Rehabilitació Neuropsicològica. 20 (2): 289-305. DOI:10.1080/09602010903237875. 20077315 PMID. 2 S23062509CID.
^ Murray LL, Keeton RJ, Karcher L (Gener 2006). "Tractament de l'atenció en afàsia lleu: avaluació del procés d'atenció entrenament-II". Revista de Trastorns de la Comunicació. 39 (1): 37-61. DOI:10.1016/j.jcomdis.2005.06.001. 16039661 PMID.
^ Peach RK, Beck KM, Gorman M, Fisher C (agost 2019). "Resultats clínics després del tractament d'atenció específic del llenguatge versus l'entrenament d'atenció directa per a l'afàsia: un estudi d'eficàcia comparativa". Revista d'investigació sobre la parla, el llenguatge i l'audició. 62 (8): 2785-2811. DOI:10.1044/2019_JSLHR-L-18-0504. 31348732 PMID. 2 S198934220CID.
^ Nouwens F, de Lau LM, Visch-Brink EG, van de Sandt-Koenderman WM, Lingsma HF, Goosen S, et al. (juny 2017). "Eficàcia del tractament cognitiu-lingüístic primerenc per a l'afàsia deguda a l'ictus: un assaig controlat aleatoritzat (Rotterdam Aphasia Therapy Study-3)". Revista Europea de l'Ictus. 2 (2): 126-136. DOI:10.1177/2396987317698327. pmc 5992741. 29900407 PMID.
^ Mayer JF, Murray LL (Setembre 2012). "Mesurar els dèficits de memòria de treball en l'afàsia". Revista de Trastorns de la Comunicació. 45 (5): 325-339. DOI:10.1016/j.jcomdis.2012.06.002. 22771135 PMID.
^ Jump up to:un b "Què és l'afàsia? Què causa l'afàsia?". Notícies mèdiques d'avui. 21 de febrer de 2017.
^ "DVT (Coàgul de sang de trombosi venosa profunda a la cama)".
^ Albrecht, Jennifer S.; Liu, Xinggang; Baumgarten, Mona; Langenberg, Patricia; Rattinger, Gail B.; Smith, Gordon S.; Gambert, Steven R.; Gottlieb, Stephen S.; Zuckerman, Ilene H. (2014). "Beneficis i riscos de la represa de l'anticoagulació després d'un traumatisme cranioencefàlic" JAMA Medicina Interna. 174 (8): 1244-1251. DOI:10.1001/jamainternmed.2014.2534. pmc 4527047. 24915005 PMID.
^ "Causes i efectes de les lesions cerebrals traumàtiques". 22 de gener de 2018.
^ Bakheit AM, Shaw S, Carrington S, Griffiths S (octubre 2007). "La taxa i el grau de millora amb la teràpia dels diferents tipus d'afàsia en el primer any després de l'ictus". Rehabilitació Clínica. 21 (10): 941-949. DOI:10.1177/0269215507078452. 17981853 PMID. 2 S25995618CID.
^ Kalinyak-Fliszar M, Kohen F, Martin N (gener 2011). "Remediació del processament del llenguatge en l'afàsia: Millora de l'activació i manteniment de les representacions lingüístiques en la memòria (verbal) a curt termini". Afàsia. 25 (10): 1095-1131. DOI:10.1080/02687038.2011.577284. pmc 3393127. pmid 22791930.
^ Francis D, Clark N, Humphreys G (2003). "El tractament d'un dèficit auditiu de memòria de treball i les implicacions per a les capacitats de comprensió de frases en afàsia lleu 'receptiva'". Afàsia. 17 (8): 723-750. DOI:10.1080/02687030344000201. 2 S145088109CID.
^ Kohn SE, Smith KL, Arsenault JK (abril de 1990). "La remediació de l'afàsia de conducció mitjançant la repetició de frases: un estudi de cas". El British Journal of Disorders of Communication. 25 (1): 45-60. DOI:10.3109/13682829009011962. 1695853 PMID.
^ Jump up to:un b Schmitz, Thomas J.; O'Sullivan, Susan B. (2007). Rehabilitació física. Filadèlfia: F.A. Davis. ISBN 978-0-8036-1247-1. 70119705 OCLC.
^ "Afàsia". asha.org.
^ Elsner, Bernhard; Kugler, Joaquim; Pohl, Marcus; Mehrholz, gener (21 de maig de 2019). "Estimulació transcranial de corrent directe (tDCS) per millorar l'afàsia en adults amb afàsia després de l'ictus". La base de dades Cochrane de revisions sistemàtiques. 5 (5): CD009760. DOI:10.1002/14651858.CD009760.pub4. ISSN 1469-493X. pmc 6528187. 31111960 PMID.

^ Beeson, P. M., Egnor, H. (2007), Combining treatment for written and spoken naming, Journal of the International Neuropsychological Society, 12(6); 816–827.
^ "Afàsia". Associació Americana d'Audició del Llenguatge de parla. Recuperat de http://www.asha.org/PRPSpecificTopic.aspx?folderid=8589934663&section=Treatment Arxivat 2020-10-01 a Wayback Machine.
^ Alexander MT, Hillis AE (2008). "Afàsia". A Goldenberg G, Miller BL, Aminoff MJ, Boller F, Swaab DF (eds.). Neuropsicologia i Neurologia del Comportament: Manual de Neurologia Clínica. Vol. 88. Elsevier Ciències de la Salut. 287-310. ISBN 978-0-444-51897-2. 733092630 OCLC.
^ "APA PsycNet". psycnet.apa.org. [Consulta: 2023-03-21].
^ Davis , Stanton (2005). "L'anàlisi semàntica de característiques com a eina de teràpia funcional". Temes Contemporanis en Ciències i Trastorns de la Comunicació. 35: 85-92. DOI:10.1044/cicsd_32_F_85.
^ Maddy KM, Capilouto GJ, McComas KL (juny 2014). "L'eficàcia de l'anàlisi semàntica de trets: una revisió sistemàtica basada en l'evidència". Annals de Medicina Física i Rehabilitació. 57 (4): 254-267. DOI:10.1016/j.rehab.2014.03.002. 24797214 PMID.
^ Norton A, Zipse L, Marchina S, Schlaug G (Juliol 2009). "Teràpia d'entonació melòdica: idees compartides sobre com es fa i per què pot ajudar" Annals de l'Acadèmia de Ciències de Nova York. 1169: 431-436. DOI:10.1111/j.1749-6632.2009.04859.x. pmc 2780359. 19673819 PMID.
^ van der Meulen I, van de Sandt-Koenderman ME, Ribbers GM (Gener 2012). "Teràpia d'entonació melòdica: controvèrsies presents i oportunitats futures". Arxius de Medicina Física i Rehabilitació. 93 (1 Suppl): S46–52. DOI:10.1016/j.apmr.2011.05.029. 22202191 PMID.
^ Stahl B, Kotz SA (2013). "Enfrontar-se a la música: tres qüestions en la recerca actual sobre el cant i l'afàsia". Fronteres en Psicologia. 5 (1033): 1033. DOI:10.3389/fpsyg.2014.01033. pmc 4172097. 25295017 PMID.
^ Simmons-Mackie, Nina; Raymer, Anastasia; Cherney, Leora R. (2016). "Formació de socis de comunicació en afàsia: una revisió sistemàtica actualitzada". Arxius de Medicina Física i Rehabilitació. 97 (12): 2202-2221.e8. DOI:10.1016/j.apmr.2016.03.023. 27117383 PMID.
^ Jump up to:un b "Afàsia". Institut Nacional de Sordesa i Altres Trastorns de la Comunicació. 2015/08/18. [Consulta: 16 desembre 2017].
^ Russo MJ (2017). "Comunicació augmentativa d'alta tecnologia per a adults amb afàsia post-ictus: una revisió sistemàtica". Revisió pericial de productes sanitaris. 26 d'abril (5): 355-370. DOI:10.1080/17434440.2017.1324291. 28446056 PMID. 2 S10452302CID.
^ Brady MC, Kelly H, Godwin J, Enderby P, Campbell P (juny 2016). "Logopèdia per a l'afàsia després de l'ictus". La base de dades Cochrane de revisions sistemàtiques. 2016 (6): CD000425. DOI:10.1002/14651858.CD000425.pub4. hdl:1893/26112. pmc 8078645. 27245310 PMID.
^ Jump up to:un b c Cherney LR, Patterson JP, Raymer AM (Desembre 2011). "Intensitat de la teràpia amb afàsia: evidència i eficàcia". Informes actuals de neurologia i neurociència. 11 (6): 560-569. DOI:10.1007/s11910-011-0227-6. 21960063 PMID. 2 S10559070CID.
^ Jump up to:un b Sage K, Snell C, Lambon Ralph MA (gener 2011). "Quina intensitat ha de tenir la teràpia d'anomia per a les persones amb afàsia?". Rehabilitació Neuropsicològica. 21 (1): 26-41. DOI:10.1080/09602011.2010.528966. 21181603 PMID. 2 S27001159CID.
^ Palmer R (2015). "Innovacions en el tractament de l'afàsia després de l'ictus: Tecnologia per al rescat". British Journal of Neuroscience Nursing. 38: 38-42. DOI:10.12968/bjnn.2015.11.sup2.38.
^ "Preguntes freqüents sobre l'afàsia" Associació Nacional d'Afàsia. [Consulta: 16 desembre 2017].
^ Jump up to:un b c Watila MM, Balarabe SA (Maig 2015). «Factors que prediuen la recuperació de l'afàsia post-ictus». Revista de les Ciències Neurològiques. 352 (1-2): 12-18. DOI:10.1016/j.jns.2015.03.020. 25888529 PMID. 2 S136750791CID.
^ Laska AC, Hellblom A, Murray V, Kahan T, Von Arbin M (maig 2001). "Afàsia en l'ictus agut i relació amb el resultat". Revista de Medicina Interna. 249 (5): 413-422. DOI:10.1046/j.1365-2796.2001.00812.x. 11350565 PMID. 2 S32102500CID.
^ McCrory PR, Berkovic SF (desembre 2001). "Concussió: la història de conceptes clínics i fisiopatològics i idees errònies". Neurologia. 57 (12): 2283-2289. DOI:10.1212/WNL.57.12.2283. 11756611 PMID. 2 S219209099CID.
^ Eling P, Whitaker H (2009). "Capítol 36 Història de l'afàsia". Història de la Neurologia. Manual de Neurologia Clínica. Vol. 95. 571-582. DOI:10.1016/S0072-9752(08)02136-2. ISBN 978-0-444-52009-8. 19892139 PMID.
^ Boller F (maig de 1977). "Johann Baptist Schmidt. Pioner en la història de l'afàsia". Arxius de Neurologia. 34 (5): 306-307. DOI:10.1001/archneur.1977.00500170060011. PMID 324450.
^ Riese W (1947-05-01). "La història primerenca de l'afàsia". Butlletí d'Història de la Medicina. 21 (3): 322-334. 20257374 PMID.
^ ??????, Henry George Liddell, Robert Scott, Un lèxic greco-anglès, sobre Perseu.
^ ??????, Henry George Liddell, Robert Scott, Un lèxic greco-anglès, sobre Perseu.
^ Crinion, Jenny; Holanda, Audrey L.; Copland, David A.; Thompson, Cynthia K.; Hillis, Argye E. (2013-06-01). "Neuroimatge en la investigació del tractament de l'afàsia: Quantificació de lesions cerebrals després de

l'ictus" NeuroImatge. 73: 208-214. DOI:10.1016/j.neuroimage.2012.07.044. ISSN 1053-8119. pmc 3534842. 22846659 PMID.
^ Sajjadi, S. A.; Xeic-Bahaei, N.; Creu, J.; Gillard, J. H.; Burles, D.; Néstor, P. J. (2017-05-01). "L'avaluació visual de la ressonància magnètica pot diferenciar les variants de l'afàsia primària-progressiva?". Revista Americana de Neuroradiologia. 38 (5): 954-960. DOI:10.3174/ajnr. A5126. ISSN 0195-6108. pmc 7960364. 28341715 PMID.
^ Basso, Anna; Bracchi, Maurizio; Capitani, Erminio; Laiaconal, Marcella; Zanobio, M. Ester (1987-09-01). "Edat i evolució de les funcions de l'àrea de llenguatge. Un estudi en pacients amb ictus adult". Còrtex. 23 (3): 475-483. DOI:10.1016/S0010-9452(87)80008-4. ISSN 0010-9452. 3677734 PMID. 2 S4478097CID.
^ Mazzeo, Salvatore; Polito, Cristina; Lassi, Miquel; Bagnoli, Sílvia; Mattei, Marta; Padiglioni, Sònia; Berti, Valentina; Lombardi, Gemma; Giacomucci, Giulia; De Cristofaro, Maria Teresa; Passeri, Alessandro; Ferrari, Camilla; Nacmias, Benedetta; Mazzoni, Alberto; Sorbi, Sandro (2022-09-01). "Pèrdua de la parla i deteriorament funcional en l'afàsia primària progressiva relacionada amb la malaltia d'Alzheimer: factors predictius del declivi" Neurobiologia de l'Envelliment. 117: 59-70. DOI:10.1016/j.neurobiolaging.2022.05.002. ISSN 0197-4580. 35665686 PMID. 2 S248726399CID.
^ Ogar, Jennifer; Slama, Hilary; Dronkers, Nina; Amici, Serena; Luisa Gorno-Tempini, Maria (2005-12-01). "Apràxia del discurs: una visió general". Neurocasa. 11 (6): 427-432. DOI:10.1080/13554790500263529. ISSN 1355-4794. 16393756 PMID. 2 S8650885CID.
^ Goldenberg, Georg; Randerath, Jennifer (2015-08-01). "Substrats neuronals compartits d'apràxia i afàsia". Neuropsicologia. 75: 40-49. DOI:10.1016/j.neuropsicologia.2015.05.017. ISSN 0028-3932. 26004063 PMID. 2 S46093007CID.
^ Saur, Dorothee; Ronneberger, Olaf; Kümmerer, Dorothee; Mader, Irina; Weiller, Cornelius; Klöppel, Stefan (2010). "Les primeres activacions d'imatges de ressonància magnètica funcional prediuen el resultat del llenguatge després de l'ictus" Cervell. 133 (4): 1252-1264. DOI:10.1093/cervell/awq021. 20299389 PMID.
^ Schlaug, Gottfried; Marchina, Sarah; Norton, Andrea (Juliol 2009). "Evidència de plasticitat en els tractes de matèria blanca de pacients amb afàsia crònica de Broca sotmesos a una teràpia logopèdica basada en l'entonació intensa" Annals de l'Acadèmia de Ciències de Nova York. 1169 (1): 385-394. DOI:10.1111/j.1749-6632.2009.04587.x. pmc 2777670. 19673813 PMID.
^ "Què és l'afàsia? – Tipus, Causes i Tractament". NIDCD. [Consulta: 2021-10-18].
^ Berthier, Marcelo L.; Pulvermüller, Friedemann; Dávila, Guadalupe; Casares, Natalia García; Gutiérrez, Antonio (setembre 2011). "Teràpia farmacològica de l'afàsia post-ictus: una revisió de l'evidència actual" Revisió de Neuropsicologia. 21 (3): 302-317. DOI:10.1007/s11065-011-9177-7. ISSN 1040-7308. 21845354 PMID. 2 S39980301CID.

Enllaços externs

Recursos de la Biblioteca sobre
Afàsia

Recursos de la teva biblioteca
Recursos d'altres biblioteques

Busqueu l'afàsia o l'afèmia a Wiktionary, el diccionari gratuït.

Associació Nacional d'Afàsia
Afàsia a Curlie

Classificació

D

CIM-10: F80.1, F80.2, R47.0
CIM-10-CM: R47.01
CIM-9-CM: 315.31, 315.32, 784.3, 438.11
MeSH: D001037
MalaltiesDB: 4024

Recursos externs

MedlinePlus: 003204
eMedicina: neuro/437